Erlanger Migrations- und Integrationsstudien 12

Tobias Weidinger, Petra Bendel, Stefan Kordel, Yasemin Bekyol und Theresa Wagner

Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

FAU University Press

Tobias Weidinger, Petra Bendel, Stefan Kordel,
Yasemin Bekyol und Theresa Wagner

Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

Gefördert durch:

Gesundheit!
Teilhabe im Pflegesektor

STIFTUNG
MERCATOR

Erlanger Migrations- und Integrationsstudien

Band 12

Herausgeberin der Reihe: Petra Bendel

Institut für Politische Wissenschaft
Forschungsbereich Migration, Flucht und Integration

Tobias Weidinger, Petra Bendel, Stefan Kordel,
Yasemin Bekyol und Theresa Wagner

Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

Erlangen
FAU University Press
2025

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Kontakt: Petra Bendel, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (ROR https://ror.org/0of7hpc57), ORCID 0009-0007-2488-6976 und Tobias Weidinger, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (ROR https://ror.org/0of7hpc57), ORCID: 0000-0003-1411-2268

Bitte zitieren als
Weidinger, Tobias/Bendel, Petra/Kordel, Stefan/Bekyol, Yasemin und Wagner, Theresa. 2025. *Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte*. Erlanger Migrations- und Integrationsstudien Band 12. Erlangen: FAU University Press. DOI: 10.25593/978-3-96147-859-0.

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.
Die Rechte an allen Inhalten liegen bei den Autoren.
Sie sind nutzbar unter der Creative-Commons-Lizenz BY.

Der vollständige Inhalt des Buchs ist als PDF über OPEN FAU der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg abrufbar:
https://open.fau.de/home

Umschlag: Originale: ©Panthermedia
Composing: FAU/Stabsstelle Presse und Kommunikation, Andrea Förster

Verlag und Auslieferung:
FAU University Press, Universitätsstraße 4, 91054 Erlangen
Druck: docupoint GmbH

ISBN: 978-3-96147-858-3 (Druckausgabe)
eISBN: 978-3-96147-859-0 (Online-Ausgabe)
ISSN: 2509-6761
DOI: 10.25593/978-3-96147-859-0

Zusammenfassung

Um die Gesundheitsversorgung flächendeckend in Stadt und Land sicherzustellen ist der Pflegesektor in Deutschland in zunehmendem Umfang auf Arbeitskräfte aus dem Ausland angewiesen. Aus einer interdisziplinären Perspektive aus Politikwissenschaft, Public Health und Humangeographie heraus fokussierte die Studie ‚Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor' (2022-2025) die Frage, wie es gelingen kann, Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte nachhaltig zu gestalten.

Umfangreiche empirische Erhebungen liefern Evidenz zur Vorbereitung von Angeworbenen auf Deutschland, die Rekrutierung aus dem Ausland und vor Ort, zum Ankommen in der Einrichtung und am Wohnort sowie zum Bleiben.

Ergebnisse zeigen, dass neben einem wertschätzenden und diskriminierungsfreien Arbeitsumfeld und dem Aufzeigen von Weiterentwicklungsmöglichkeiten insbesondere dem Lebensalltag abseits des Arbeitsplatzes konsequent Bedeutung geschenkt werden muss. Teilhabe wird durch Partizipation am Sozialleben genauso erreicht wie durch den Zugang zu adäquatem Wohnraum oder die Möglichkeit, Alltagsmobilität zu realisieren. Aus den Befunden wurden in partizipativen Verfahren Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Abstract in englischer Sprache

To ensure adequate healthcare provision in urban and rural areas, the nursing and care sector in Germany increasingly relies on international workers. The study 'Gesundheit! Inclusion in the nursing and care sector' (2022-2025) focused on the question how to shape the employment of these care workers and nurses to achieve sustainability drawing from interdisciplinary perspectives of political science, public health and human geography.

Extensive empirical data provided evidence on the preparation of health care workers for Germany, the recruitment from abroad as well as in the region, the arrival at the workplace and at the place of residence as well as retention.

Results show that, in addition to an appreciative and non-discriminatory workplace and the provision of opportunities for further individual professional development, special emphasis should be given to everyday life beyond the workplace. Inclusion is facilitated through participation in social life as well as through access to adequate housing or the access to everyday mobility. Based on the findings, recommendations were developed in the course of a participatory process.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis vii

Tabellenverzeichnis ix

1 Einführung in die Thematik 1

2 Internationaler Forschungsstand 15

2.1 Vorgehen 15
2.2 Anwerbung aus dem Ausland bzw. vor Ort: Bewerbungsprozess und Anerkennung von Qualifikationen ..18
2.3 Ankunft in der Stadt/Region bzw. der Einrichtung und Phase der Einarbeitung 27
2.4 Arbeits- und Lebensalltag nach der Einarbeitung und Bleiben in der Einrichtung, in der Pflege und am Wohnort 33

3 Forschungsdesign und Methodik 45

3.1 Methodik, Untersuchungsregionen und Datenset 45
3.2 Konzeptioneller Analyserahmen 58
3.3 Operationalisierung der Analyse 62

4 Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen 65

4.1 Transnationaler und EU-Rahmen 65
4.2 Akteure in Deutschland 66
4.3 Aufenthaltsrechtlicher Rahmen in Deutschland 73
4.4 Anerkennung von Qualifikationen 80

5 Anwerbung, Vorbereitung und Erwartungsmanagement 85

5.1 Zuwanderung und Anwerbung in die Pflege 85
5.2 Vorbereitung auf das Arbeiten und Leben in Deutschland und die Rolle von Erwartungsmanagement 89

6 Ankommen am Arbeitsplatz und Arbeitsalltag 101

6.1 Onboarding 101
6.2 Arbeitsalltag 106

7 Ankommen in Deutschland und Lebensalltag 111

7.1 Orientierung am Wohnort und in neuem Lebensalltag 111
7.2 Lebensalltag und Freizeit 118
7.3 Wohnen 129
7.4 Gesundheit und Wohlbefinden 140
7.5 Mobilität 149
7.6 Soziale Kontakte 156

8 Bleibeorientierung 167

8.1 Bindungen an Arbeitsplatz und Wohnort 168
8.2 Netzwerkarbeit als Voraussetzung für nachhaltige Bindung . 177

9 Handlungsempfehlungen 185

10 Literatur 193

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland 6
Abbildung 2: Altersstruktur der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland 6
Abbildung 3: Ausländer:innen in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe in Deutschland 8
Abbildung 4: Ausländer:innen in der Altenpflege in Deutschland 9
Abbildung 5: Genutzte deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe..... 16
Abbildung 6: Übersicht über Erhebungsphasen und Methoden 45
Abbildung 7: Beispiel einer Mobility Map (Q47) 47
Abbildung 8: Karte der Untersuchungsregionen 52
Abbildung 9: Erweitertes Integrationsmodell nach Ager und Strang 2008 59
Abbildung 10: Interdependente Perspektiven im Projekt 62
Abbildung 11: Netzwerk möglicher beteiligter Akteure am Migrationsverfahren, dem Arbeitsmarktzugang und der Anerkennung von Pflegekräften aus Drittstaaten..... 72
Abbildung 12: Typologie: Arten von Wohnen und Unterstützungsmaßnahmen für Mitarbeiter:innen..... 133
Abbildung 13: Typologie: Übergang in privaten Wohnraum ... 133
Abbildung 14: Von befragten Pflegekräften aufgesuchte Orte im Alltag 151
Abbildung 15: Mögliche Stellenanzeige für Sprachlehrkraft ... 182

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Identifizierte Themenkomplexe in der Literatur 17
Tabelle 2: Charakteristika der Untersuchungsregionen 53
Tabelle 3: Datenset 57

1 Einführung in die Thematik

Der Gesundheits- und Pflegesektor ist weltweit mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Globalisierung und die Neoliberalisierung von Gesundheitsinfrastrukturen gehen mit einem erhöhten Wettbewerb einher. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt eine globale Unterausstattung von Pflegepersonal fest, die zur Beeinträchtigung von Gesundheitssystemen und einer Konkurrenz um Pflegekräfte führt (vgl. Gerrish & Griffith 2004). Dies gilt auch für die Staaten Europas: So berichteten die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Europäische Kommission kürzlich, dass ein Mangel an Pflegekräften bzw. Pflegehilfskräften 16 bzw. 15 EU-Mitgliedstaaten betrifft (vgl. OECD & European Commission 2024).

Die Ursachen für den Fach- und Arbeitskräftemangel insbesondere in Ländern des sogenannten Globalen Nordens sind vielfältig. Sie umfassen eine alternde Gesellschaft und einen entsprechenden Nachwuchsmangel sowie attraktive, alternative Karrieremöglichkeiten, die zur Abwanderung Beschäftigter aus dem Pflegesektor führt (vgl. Buchan & Sochalski 2004; Troy et al. 2007). Holland et al. (2012) führen einen solchen ‚Pflexit' (Taufer & Fuchs 2022) unter anderem auf Burnouts zurück – infolge immer kürzerer Verweildauer von Patient:innen in Kliniken, die Zunahme des Arbeitspensums und zu betreuender Personen. Bedingt durch 1. die abzusehende Verrentung von Pflegepersonal und dem daraus resultierenden altersbedingten Ersatzbedarf, 2. die Gender-Struktur der Beschäftigten und die vermehrte Teilzeitarbeit sowie 3. die Zunahme an alternder und pflegebedürftiger Bevölkerung werden in der Zukunft

Bedarfe an Pflegekräften in der Akut- und Langzeitversorgung entsprechend vieler Prognosen noch erheblich steigen (vgl. Wydra-Somaggio & Stabler 2022). Das Statistische Bundesamt geht etwa von einem zusätzlichen Bedarf von 280.000 bis 690.000 Pflegekräften bis zum Jahr 2049 allein für Deutschland aus (vgl. Statistisches Bundesamt 2024). Um sowohl den aktuellen als auch den künftigen Bedarfen gerecht zu werden, wird – neben der Digitalisierung und technologischer Innovationen sowie einer besseren Entlohnung (vgl. Beivers & Kolodziej 2022; Carstensen et al. 2025) – gerade auch die Rekrutierung von Personen mit Migrationsgeschichte[1] vor Ort und die Anwerbung von Migrant:innen aus dem Ausland als eine wichtige Stellschraube gesehen (vgl. Kordes et al. 2020).

Eine solche Anwerbung aus dem In- und Ausland von Pflegekräften lässt sich in vielen Ländern des Globalen Nordens beobachten (vgl. Batalova 2023; OECD 2020). Der ungleiche Wettbewerb von Regierungen und Einrichtungen in Ländern des Globalen Nordens und Südens befördert einerseits einen internationalen *war of talents* (Young et al. 2010), andererseits trägt er zur Entstehung globaler Pflegeketten bei (*nursing care chains*, Yeates 2005): Diese bezeichnen eine Reihe persönlicher Verbindungen zwischen Menschen auf der ganzen Welt, die auf bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit beruhen (vgl. Hochschild 2000). Während Migrant:innen in den Zielländern unter anderem auf bessere Bezahlung, Weiterqualifizierungsmöglichkeiten, Auslandserfahrung oder einen höheren Lebensstan-

[1] In diesem Band werden die Begriffe ‚Migrant:innen', ‚Eingewanderte', ‚Einwandernde', ‚Menschen mit Migrationsgeschichte' und ‚Menschen mit Einwanderungsgeschichte' zur sprachlichen Varianz synonym verwendet.

dard einschließlich Sicherheit am Arbeitsplatz und im Alltag hoffen,[2] stellen sich aus der Perspektive der Herkunftsländer Fragen der Gerechtigkeit (vgl. Aluttis et al. 2014). Die Auswanderung von Personal im Gesundheits- und Pflegebereich kann sich einerseits negativ auf die heimischen Gesundheitssysteme auswirken (für *low income countries*, vgl. Aluttis et al. 2014; für Diskussionen um den *care drain*, vgl. Kline 2003 und Lutz & Palenga-Möllenbeck 2012). Andererseits können sie vor dem Hintergrund eines *migration-development nexus* (vgl. Cranston et al. 2019) auch die Herkunftsländer vielfältig stimulieren – sei es über Rimessen von Personen, die im Ausland arbeiten (vgl. Bach 2003) oder darüber, dass hochqualifiziertes Pflegepersonal in die Herkunftsstaaten zurückkehrt.[3] Entsprechend versuchen politische Akteure die Migration von Pflegekräften ins Ausland auch zu fördern und zu erleichtern (vgl. Walton-Roberts et al. 2025).

Deutschland stellt, auch aufgrund von Sprachbarrieren, dabei nicht das Zielland der ersten Wahl dar – im Unterschied beispielsweise zu Großbritannien, wo die Sprache, aber auch (post)koloniale Bezüge zu den Herkunftsländern und bestehende migrantische Communities eine wichtige Rolle spielen (vgl. Buchan et al. 2006; Likupe 2006). Allerdings hat Deutschland bereits in den 1960er Jahren auf den Rückgang des Modells christlicher Schwesternschaften und den Ausbau des Gesundheitswesens reagiert: So hat es

[2] vgl. Carney 2005; Likupe 2006; Wellard & Stockhausen 2010; Xaba & Phillips 2001.

[3] Dass Auswanderung weder Ursache noch Lösung von sogenannten Entwicklungsproblemen in Herkunftsländern ist, zeigt de Haas (2023). In ihrem Buch *Migrants for export* beschreibt Rodriguez (2010) die neoliberale Logik der philippinischen Regierung Arbeitsvermittlung ins Ausland aktiv zu unterstützen mit dem Ziel 1. Rimessen zu generieren und 2. militante soziale Bewegungen als Reaktion auf soziale, politische und wirtschaftliche Ungerechtigkeit einzudämmen.

fertig ausgebildete Pflegekräfte und Personen zur Ausbildung angeworben und 1976 schätzungsweise 16.000 asiatische Pflegekräfte, u. a. aus Indien, Südkorea und den Philippinen beschäftigt (vgl. Kreutzer 2022; Pütz et al. 2019; Wielga et al. 2023). In den vergangenen Jahren kamen weitere zentrale politische Maßnahmen wie die Anerkennung der Pflegeberufe als ‚Mangelberufe', das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG) oder die Umsetzung des *Triple Win*-Programms hinzu, die die Zuwanderung nach Deutschland vereinfachen sollten (siehe Kapitel 4). Bis heute haben sich die Herkunftsländer von migrantischen Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege, ebenso wie in der Altenpflege, weiter diversifiziert. Ihre absolute Zahl und ihr prozentualer Anteil haben sich seither stark erhöht (vgl. Khalil et al. 2020; SVR 2022; Wolf 2022). Der Beschäftigungsanstieg im Pflegesektor in den letzten zehn Jahren geht überwiegend, seit 2022 ausschließlich, auf ausländische Pflegekräfte zurück (vgl. Singer & Fleischer 2025; siehe Abbildung 1).[4]

Im September 2024 sind von den 1,24 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe[5] in Deutschland 192.000 Personen Ausländer:innen. Seit 2014 nahm die Zahl der Beschäftigten um knapp 250.000 Beschäftigte zu, darunter 142.000 ausländische Beschäftigte (siehe Abbildung 1). Der Ausländeranteil stieg von seinerzeit 5,1 % auf heute 15,5 %. In der Altenpflege sind von den

[4] Die statistische Kategorie ‚Ausländer:in' wird hier als Annäherung verwendet, da keine spezifischen Daten zu Migrant:innen vorliegen.

[5] Die beiden breiteren statistischen Kategorien, die hier auch den Rettungsdienst und die Geburtshilfe umfassen, und ausländische statt migrantische Krankenpflegekräfte umfassen, werden hier als Annäherung verwendet.

insgesamt 643.290 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 135.620 Personen Ausländer:innen. Die Zahl der Beschäftigten stieg seit 2014 dabei um gut 142.000, darunter knapp 100.000 Ausländer:innen (siehe Abbildung 1). Der Ausländeranteil nahm in den vergangenen zehn Jahren von 7,9 % auf heute 21,1 % zu. Die zehn häufigsten Herkunftsländer der Beschäftigten in der deutschen Krankenpflege mit ausländischer Staatsangehörigkeit bilden Bosnien und Herzegowina, Polen, die Philippinen, die Türkei, Kroatien, Serbien, Rumänien, Albanien, Italien und Indien, in der Altenpflege hingegen Polen, Rumänien, die Türkei, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Vietnam, Syrien, die Ukraine, Serbien und Italien (vgl. Carstensen et al. 2024; SVR 2022; Wolf 2021). Herkunftsländer sind also sowohl EU-Mitgliedstaaten als auch sogenannte Drittstaaten (Westbalkan, Türkei, Anwerbeländer in Asien) sowie – mit Syrien und der Ukraine – auch zwei Herkunftsländer von Geflüchteten. In Bezug auf das Geschlecht offenbart sich – wie im Pflegesektor insgesamt (78,2 % bzw. 81,2 % in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege) – auch bei ausländischen Beschäftigten ein deutlicher Frauenüberhang (74,7 % bzw. 76,0 %, vgl. BA Statistik 2025), wenngleich der Männeranteil durch Zuwanderung in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen ist (vgl. SVR 2022). Hinsichtlich der Altersstruktur zeigt sich, dass die ausländischen Beschäftigten in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe wie auch in der Altenpflege deutlich jünger sind als die deutschen Beschäftigten. Absolut und relativ am häufigsten sind Ausländer:innen in der Altersgruppe 25 bis unter 35 Jahre mit 74.450 bzw. 41.300 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und ca. 25 % bzw. 30 %-Anteilen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dieser Kohorte (Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege, siehe Abbildung 2).

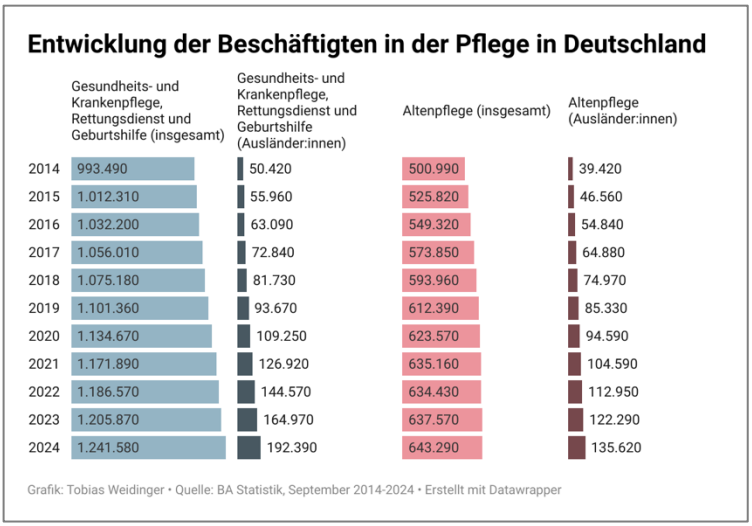

Abbildung 1: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland

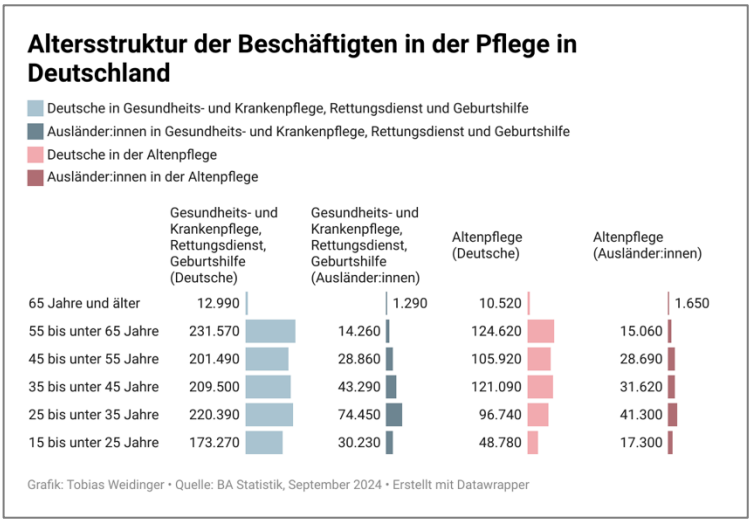

Abbildung 2: Altersstruktur der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland

In Bezug auf die regionale Verteilung von ausländischen Beschäftigten fallen in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe bei einem Blick auf Abbildung 3 besonders hohe Werte in den deutschen Metropolregionen auf, etwa im Rhein-Main-Gebiet, u. a. in Offenbach am Main (45,1 %), im Main-Taunus-Kreis (44,0 %), in Frankfurt am Main (41,6 %) und im Landkreis Offenbach (41,3 %) sowie im Großraum München (u. a. München, 42,6 %; Landkreis München, 40,0 %; Landkreis Ebersberg, 39,0 % und Landkreis Dachau, 37,8 %).

Deutschlandweiter Spitzenreiter in Bezug auf die Beschäftigung von Personen mit Migrationsgeschichte in der Altenpflege ist die Großstadt München mit einem Ausländeranteil von 62,3 %. Hohe Werte von über 50 % werden aber auch im Münchner Umland (u. a. Landkreis Ebersberg, 60,3 %; Landkreis München, 55,9 %; Landkreis Fürstenfeldbruck, 53,8 %; Landkreis Dachau, 52,0 %; Landkreis Starnberg, 50,8 %; Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen, 50,6 %) sowie in den Großstädten Frankfurt am Main (51,1 %) und Mannheim (50,2 %) erreicht (siehe Abbildung 4). Insgesamt sind ausländische Pflegekräfte in der Altenpflege – im Vergleich zu denen in der Krankenpflege – jedoch regional gleichmäßiger verteilt, wenngleich ländliche Regionen Ostdeutschlands geringe Werte aufweisen (vgl. Carstensen et al. 2024).

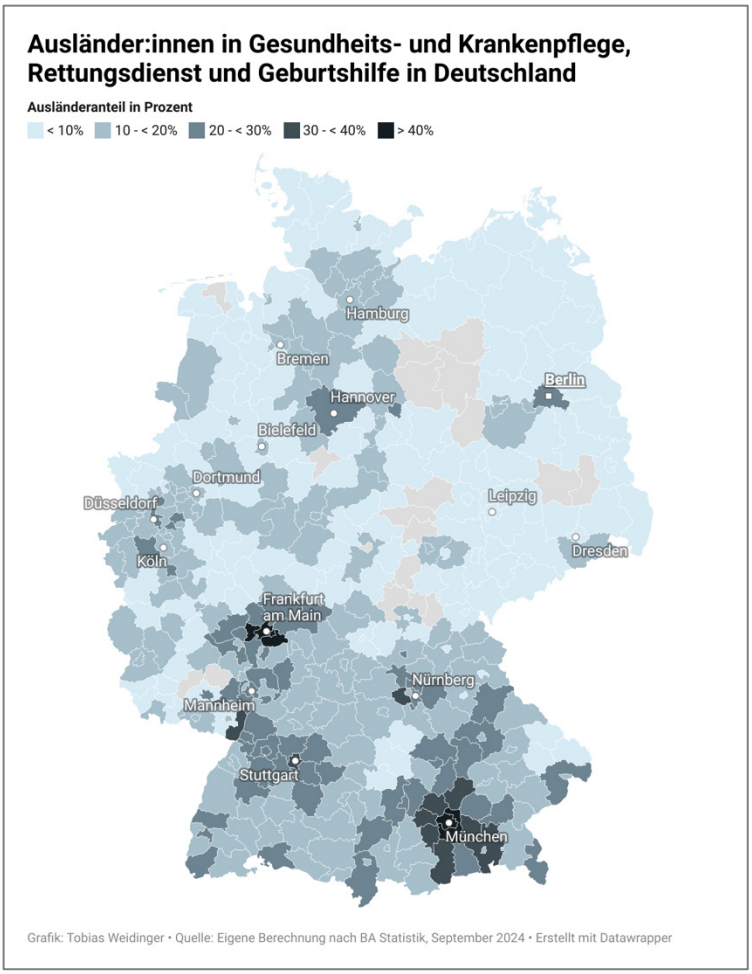

Abbildung 3: Ausländer:innen in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe in Deutschland

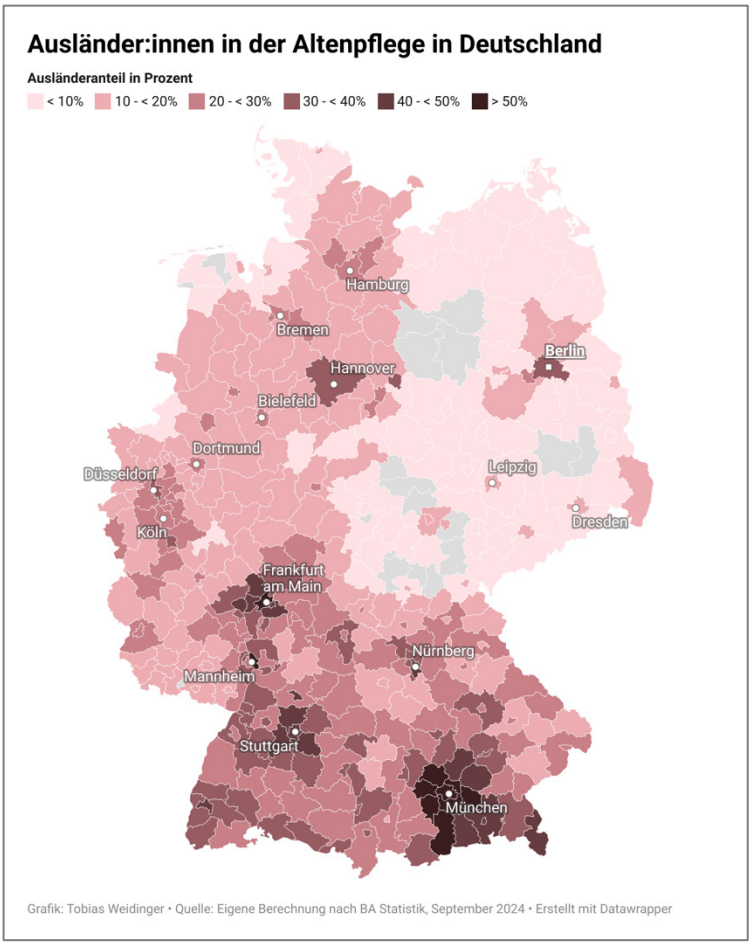

Abbildung 4: Ausländer:innen in der Altenpflege in Deutschland

Arbeitskräfte aus dem Ausland sind bereits jetzt im Personalstamm vieler deutscher Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienste etabliert. Ihre Einwanderung wird vielfach als *replacement migration* betrachtet,

also eine Migration in Funktion eines Ersatzes für ausscheidende Pflegekräfte (vgl. Bijak et al. 2008). Dabei schreiben Arbeitgeber:innen migrantischen Pflegekräften auch bestimmte ‚Vorteile', gelegentlich auch Stereotype zu, wie die Bereitschaft zu ‚unsozialen' Arbeitszeiten, eine gute Arbeitsmoral oder einen vermeintlich kulturell bedingten, besonders respektvollen Umgang mit Patient:innen oder mit anderen Pflegenden (vgl. Cangiano et al. 2009; Young et al. 2010; siehe Kapitel 2). Kritisiert wird von Migrationsforscher:innen ein ‚utilitaristisches Narrativ' (vgl. Christinck et al. 2025; Mariani 2024), das Migrant:innen auf ihre Funktion auf dem Arbeitsmarkt reduziert und die Bedeutung des Lebensalltags abseits des Arbeitsplatzes und der sozialen Teilhabe unterschlägt. So ist es für die Fachkräftegewinnung wie für ihr Onboarding und ihre Bleibeabsicht auch wichtig, die Bereiche Wohnen, Versorgung, Bildung, Freizeit oder soziale Kontakte (vgl. Ager & Strang 2008) bzw. für ländliche Räume auch räumliche Alltagsmobilität (vgl. Weidinger et al. 2017) in den Blick zu nehmen (siehe Kapitel 3.2).

Denn während ein globalisierter und europäisierter Wettbewerb um Arbeitskräfte stets Mobilität voraussetzt, werden Mobilitätsarrangements von Individuen durch die beteiligten Akteure bislang nur unzureichend verstanden. Neben staatlichen sind zunehmend auch private Akteure mit der Steuerung von Arbeitskräftemobilität befasst. So kommen sowohl ökonomische Beweggründe als auch ein Impetus der ordnenden Steuerung von ‚erwünschter' Zuwanderung, bei gleichzeitiger Begrenzung anderer Formen von Migration (z. B. Fluchtmigration), zusammen. Solche, von Cranston (2018) sowie Düvell und Preiss (2022) so bezeichneten, *migration industries* bzw. *infrastructures* umfassen in einem breiten Verständnis Infrastrukturen und Netzwerke, die Migration steuern, also beschränken oder

erleichtern. In jüngster Zeit ergeben sich neue Aufgabenfelder, die mit dem Bleiben von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte, sowohl in der Einrichtung selbst, im Pflegesektor allgemein, wie auch am Wohnort bzw. der Region verbunden sind (vgl. Diskussion um *staying*, bei Kordel et al. 2023a; Stockdale & Haartsen 2018). Inwieweit man von strategisch ausgerichteten Praktiken, Haltestrategien sprechen und deren Auswirkungen analysieren kann, ist bislang noch unzureichend erforscht. Damit verbunden ist auch ein Erkenntnisinteresse daran, wie Migrant:innen selbst gut in Einrichtungen und an Wohnorten ankommen und wie sie mit der Zeit Bindungen sowohl an Einrichtungen als auch an die Wohnorte entwickeln (für Diskussionen zu *place attachments* und *place-based belonging*, vgl. Kordel & Weidinger 2019). Der Wechsel von mobilen Phasen mit Phasen des Bleibens (*migrant trajectories*, vgl. Schapendonk & Steel 2014) erfordert ein konsequenteres, lebensweltliches Verständnis von temporären Mobilisierungen und Immobilisierungen. Wissenschaftliche Arbeiten haben bislang ausschließlich einzelne Phasen (z. B. Anwerbung) oder Arbeitsbedingungen fokussiert. Außerdem wird bislang auch kaum nach den verschiedenen Einrichtungstypen (kommunaler Träger, privater Träger), nach der Art der Pflege (Pflege im Krankenhaus, Altenpflege, ambulante Pflege) und nach räumlichen Kriterien, z. B. der unterschiedlichen strukturellen Ausstattungsmerkmale und Lebensverhältnissen in städtischen und ländlichen Räumen unterschieden.

Diese hier skizzierten strukturellen, lebensweltlichen, aber auch akteurszentrierten Zusammenhänge erfordern eine komplexe und ganzheitliche Analyse und, auf dieser Basis, differenzierte Handlungsempfehlungen. Die Forschungsfrage, die dem Projekt ‚Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor', gefördert von der Stiftung Mercator und angesiedelt

am FAU Forschungszentrum Center for Human Rights Erlangen-Nürnberg (FAU CHREN), zugrunde lag, lautete:

Wie kann nachhaltige Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte erreicht werden? Und zwar…

- ohne das Nützlichkeitsargument zu reproduzieren und stattdessen Handlungsmacht von Migrant:innen zu adressieren (Agency, vgl. Spenger & Kordel 2023),
- unter Berücksichtigung von Lebenswelten außerhalb des Arbeitsplatzes (*beyond the workplace*-Perspektive, vgl. Spencer et al. 2007), und
- mit Fokus auf Bleibeorientierung und unter kritischer Reflexion von Haltestrategien.

Aus einer interdisziplinären Perspektive aus Politikwissenschaft, Public Health und Humangeographie fokussierte das Projekt

- die Vorbereitung auf Deutschland und Rekrutierung aus dem Ausland sowie vor Ort,
- das Ankommen in der Einrichtung und am Wohnort sowie
- das Bleiben in der Einrichtung und am Wohnort.

Zentrale Fragen lauteten:

- Welchen spezifischen Herausforderungen begegnen Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte und Einrichtungen in den genannten Phasen? Welche Unterstützungsangebote existieren bereits, was fehlt noch?

- Inwiefern unterscheiden sich Arbeits- und Lebensbedingungen für Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte zwischen städtischen und ländlichen Räumen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, Kommunen und Zivilgesellschaft zur Verbesserung der Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte? Welche guten Praxisbeispiele lassen sich ableiten?
- Welche Faktoren beeinflussen die Bleibeorientierung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in der Einrichtung und am Wohnort?

Das Vorgehen folgte einer multiperspektivischen und multimethodischen Herangehensweise. Eingenommen wurden dabei drei interdependente Perspektiven:

- die individuelle Perspektive der Migrant:innen,
- die organisationale Perspektive der aufnehmenden Einrichtungen sowie
- die sozialräumliche Perspektive der Wohnorte der Migrant:innen, d. h. der Kommunen.

Zunächst werden im Folgenden der internationale Forschungsstand zur skizzierten Thematik aufbereitet und Forschungslücken identifiziert (siehe Kapitel 2). Daran schließt sich das Forschungsdesign der empirischen Studie im Projekt ‚Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor' an, das eine Einführung in die angewendete Methodik, die ausgewählten Untersuchungsregionen und das Datenset bietet und den konzeptionellen Analyserahmen skizziert (siehe Kapitel 3). In Kapitel 4 werden gesetzliche und politische Rahmenbedingungen und ihre Bewertung durch Praxisakteure dargestellt. Chronologisch strukturiert nach den

Phasen Rekrutierung, Ankommen und Bleiben werden im Anschluss Anwerbung, Vorbereitung auf Deutschland und Erwartungsmanagement (siehe Kapitel 5), das Ankommen am Arbeitsplatz und Entwicklungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 6) sowie der Lebensalltag (siehe Kapitel 7) diskutiert. Wie Pflegekräfte Bleibeorientierung entwickeln und welche Akteure dies beeinflussen können ist zentrales Thema in Kapitel 8, bevor in Kapitel 9 partizipativ erarbeitete Handlungsempfehlungen präsentiert werden.

2 Internationaler Forschungsstand

2.1 Vorgehen

Im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche wurde in Fachdatenbanken wie Google Scholar, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts und Web of Science nach deutsch- und englischsprachigen Artikeln, Buchkapiteln und Büchern sowie grauer Literatur gesucht, die seit 2000 erschienen sind. Schwerpunkt war es, Herausforderungen bzw. Maßnahmen beruflicher und sozialer Teilhabe für Personengruppen ausfindig zu machen, die in der Akut- und Langzeitversorgung (z. B. Krankenhaus, Altenpflegeeinrichtung), der ambulanten Versorgung (z. B. ambulante Pflege bei Privatpersonen zuhause) sowie der medizinischen Rehabilitation (z. B. Rehaklinik) tätig sind:[6]

- Personen, die mit im Ausland abgeschlossener Berufsqualifikation (oder Arbeitserfahrung) ins Zielland[7] kommen,
- Personen, die mit dem Ziel der Aufnahme einer Berufsausbildung ins Zielland kommen,
- Personen, die bereits im Zielland leben und ausbildungsvorbereitende Arbeiten in der Pflege verrichten oder eine Berufsausbildung aufnehmen.[8]

[6] Für einen Überblick über die Situation in der 24-Stunden-Betreuung bzw. bei *Live in's,* siehe Textbox 1 in Kapitel 2.2.

[7] Als Zielländer wurden alle Länder des Globalen Nordens, darunter auch Deutschland, erfasst. Spezifika werden, wo möglich und sinnvoll, angegeben.

[8] Die Dreiteilung orientiert sich an den, von Slotala et al. (2022) vorgeschlagenen Formen personenbezogener Internationalisierung in der Pflege.

Abbildung 5: Genutzte deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe

Quelle: Tobias Weidinger, erstellt mit Wordclouds

Für die Recherche wurden die Suchbegriffe in Abbildung 5 genutzt. Ausgehend von den in der Fachdatenbank-Suche identifizierten Beiträgen und darin genutzten, zentralen Begriffen und Themen, wurden potenzielle *knowledge maps* mit den Online-Tools Inciteful.xyz und Open Knowledge Maps generiert (vgl. Kraker et al. 2019). Mithilfe einer thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2008) wurden anschließend deduktiv-induktiv insgesamt acht große Themenkomplexe im Literaturkorpus

identifiziert (siehe Tabelle 1). Im Folgenden werden die Ergebnisse getrennt nach den drei Phasen Anwerbung (Themenkomplexe 1-2, Kapitel 2.2), Ankommen und Einarbeiten (Themenkomplexe 3-4, Kapitel 2.3) sowie Arbeitsalltag und Bleiben (Themenkomplexe 5-8, Kapitel 2.4) vorgestellt und dabei jeweils Herausforderungen und Maßnahmen gegenübergestellt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Identifizierte Themenkomplexe in der Literatur

	Themenkomplex	**Phase**
1	Bewerbungsprozess	Anwerbung
2	Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen	Anwerbung
3	Ankunft in der Stadt/Region	Ankommen und Einarbeiten
4	Einarbeitung am Arbeitsplatz und Unterschiede im Hinblick auf Pflegekulturen/-praxis	Ankommen und Einarbeiten
5	Kommunikation und Sprache	Arbeitsalltag und Bleiben
6	Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und Diskriminierungs-/Rassismuserfahrungen	Arbeitsalltag und Bleiben
7	Arbeitsbedingungen	Arbeitsalltag und Bleiben
8	Bleiben/Halten von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte	Arbeitsalltag und Bleiben

2.2 Anwerbung aus dem Ausland bzw. vor Ort: Bewerbungsprozess und Anerkennung von Qualifikationen

Herausforderungen

Wahrgenommene Schwierigkeiten, insbesondere für die Einstellung von Personen aus dem Ausland, liegen aus Sicht der Einrichtungen in ihrer eigenen, fehlenden Erfahrung, hohem Bürokratieaufwand, hoher finanzieller Kosten und langer Dauer der Visaverfahren begründet.[9] Aus Sicht der Migrant:innen erschweren fehlendes Wissen darüber, wie Arbeitsplätze gesucht werden, über Karrieremöglichkeiten, aber auch das Gesundheitssystem im Zielland die selbstständige Bewerbung aus dem Ausland (vgl. Willott & Stevenson 2013). In der Folge sind die Einwandernden, wie Buchan et al. (2006) für das Vereinigte Königreich zeigte, oft auf private Personalvermittlungsagenturen und deren kostenpflichtige Dienstleistungen angewiesen (vgl. RCN 2002). Da die Agenturen nicht an den WHO *Code of Ethics* gebunden sind, kann für Migrant:innen die freie Wahl des Arbeitsplatzes eingeschränkt sein (vgl. Gozdiak & Main 2022). Hinzu kommen Herausforderungen aufgrund unzureichender oder falscher Informationen etwa über zu erwartende Arbeitsbedingungen im Zielland.[10] Bei Personen, die bereits im Zielland leben, kann eine fehlende proaktive, ermutigende Einstellung der Arbeitsbehörden dazu führen, dass die berufliche Karriere nicht weiterverfolgt wird (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko

[9] vgl. KPMG & BBSR 2022; Müller-Wacker 2021; Ritter 2020; Young et al. 2010.

[10] vgl. Buchan et al. 2006; Calenda & Bellini 2021; Kreutzer 2022; Nichols & Campbell 2009.

2021). Schließlich wird in der Literatur auf die Nichtberücksichtigung von Bewerbungen von Menschen mit Migrationsgeschichte eingegangen. Diese lässt sich auf Vorurteile oder schlechte frühere Erfahrungen der Arbeitgeber:innen, etwa hinsichtlich der beruflichen oder sprachlichen Fähigkeiten, zurückführen.[11] Hinzu kommen rassistische Einstellungen von zu pflegenden Personen, die von Einrichtungsleitungen als nicht veränderbar wahrgenommen werden (vgl. Näre 2013). Werden Menschen mit Migrationsgeschichte aber explizit wegen bestimmter Fähigkeiten und Kenntnisse eingestellt, so ist diese Einstellung teilweise durch stereotype, kulturalisierende Vorstellungen motiviert: So wird ihnen wahlweise eine hohe Arbeitsmoral, einen Pflegeethos oder ein besonders respektvoller Umgang mit älteren Menschen zugeschrieben.[12]

Hinsichtlich der Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen[13] berichten sowohl Einrichtungen als auch Migrant:innen von fehlendem Wissen über Anerkennungsprozesse und Zuständigkeiten. Daneben werden auf Seiten der Antragstellenden sowie der Behörden auch sprachliche Hürden gesehen.[14] Antragstellende kritisieren oft fehlende Unterstützung (vgl. Omeri & Atkins 2002). Die Verfahren können außerdem je nach Bundesstaat (für USA, vgl. Bieski 2007) oder Bundesland (für Deutschland, vgl. Müller-Wacker 2021; Wielga et al. 2023) variieren und

[11] vgl. Anderson et al. 2006; Cangiano et al. 2009; Covell et al. 2016; Näre 2013; Troy et al. 2007; Young et al. 2010.

[12] vgl. Anderson et al. 2006; Goel & Penman 2015; Hamilton et al. 2021; Näre 2013; Näre & Cleland Silva 2021; Yalçın et al. 2024; Young et al. 2010.

[13] Aus deutscher Sicht wird die Anerkennung von Qualifikationen aus anderen EU-Staaten als relativ einfach, aus Drittstaaten hingegen als relativ aufwendig beschrieben (vgl. Boeder et al. 2018; siehe Kapitel 4).

[14] vgl. Covell et al. 2016; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Müller-Wacker 2021; Ritter 2020.

sehr lange dauern.[15] Dies wird unter anderem auf fehlende Dokumente, uneinheitliche Anforderungen hinsichtlich benötigter Unterlagen, die Notwendigkeit der Vorlage von Originaldokumenten und fehlende personelle Kapazitäten in Behörden zurückgeführt.[16] In den Bescheiden werden ‚Defizite' in der Qualifikation und dadurch erforderliche Ausgleichsmaßnahmen unterschiedlich detailliert beschrieben, was sehr individuelle Lösungen erfordert (vgl. Roser et al. 2021). Für migrantische Pflegekräfte können Anerkennungsverfahren sowie möglicherweise notwendige Anpassungsmaßnahmen (auch *Bridging*- oder *Transition*-Programme genannt, vgl. Covell et al. 2016; Dieterich 2022) und Lebenshaltungskosten in dieser Zeit außerdem ein hohes finanzielles Risiko bedeuten, wenn beispielsweise Kosten nicht übernommen werden.[17] Dies gilt ebenso für anfallende Kosten in der Zeit zwischen Einreise und Beginn der Berufsausbildung (vgl. KPMG & BBSR 2022). Zudem sind auch Lernvoraussetzungen der migrantischen Pflegekräfte unterschiedlich (vgl. Dieterich 2022). Die Verfügbarkeit etwa von Fachschulen und zertifizierten Weiterbildungsträger:innen mit entsprechenden Anpassungs-

[15] vgl. Bach 2003; Covell et al. 2016; Desiderio 2016; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Körtek 2015; KPMG und BBSR 2022; Wielga et al. 2023.

[16] vgl. Bloch 2008; Bucken-Knapp et al. 2019; Covell et al. 2016; Müller-Wacker 2021; Wielga et al. 2023.

[17] vgl. Bach 2003; Covell et al. 2016; Müller-Wacker 2021; Visel 2017. Roser et al. (2021) sprechen im Kontext der Anerkennung in Deutschland von insgesamten Kosten in Höhe von 300 bis über 1.000 Euro für Übersetzungen, Beglaubigungen, Nachweise und Verfahrensgebühren. Für Bayern und Baden-Württemberg wurden 2021 beispielsweise alleine für den Defizitbescheid ca. 100-250 Euro fällig.

lehrgängen und weiterführenden Sprachkursen ist insbesondere in ländlichen Regionen nicht immer wohnortnah gewährleistet.[18]

Maßnahmen

In der Vergangenheit wurden sowohl national als auch international bereits Standards in Bezug auf die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland verabschiedet (vgl. Yeates 2009). Dazu zählen etwa die allgemeinen Grundsätze und operativen Leitlinien für faire Anwerbung der Internationalen Arbeitsorganisation (vgl. ILO 2019) oder der IRIS-Standard der Internationalen Organisation für Migration (IOM) (vgl. IOM 2019), wodurch *brain drain* vermieden werden soll. Speziell für die ethisch vertretbare Anwerbung von Gesundheitspersonal gelten etwa der Verhaltenskodex der WHO (vgl. WHO 2014) sowie auf nationaler Ebene, beispielsweise in Großbritannien, der *Code of ethical recruitment for overseas nurses*. Die Prinzipien umfassen beispielsweise ein Anwerbeverbot aus Herkunftsländern, die selbst einen Pflegekräftemangel haben, oder den Grundsatz gleicher Rechte und Weiterbildungsmöglichkeiten für migrantische und einheimische Pflegekräfte.[19]

Zur Unterstützung im Bewerbungsprozess im Hinblick etwa auf Bürokratie greifen viele Einrichtungen auf private Personalvermittlungsagenturen zurück, die translokale Netzwerke bilden und häufig eine *Gatekeeper*- bzw. *Gateopener*-Funktion innehaben (vgl. Cangiano et al. 2009; Kordes et al. 2020; Lang 2022; für die spezifische Situation

[18] vgl. Blumenauer 2020; Covell et al. 2016; Müller-Wacker 2021, Roser et al. 2021.

[19] Für die spezifische Situation in Deutschland siehe Kapitel 4.

in der 24-Stunden-Betreuung siehe Textbox 1).[20] Dabei wird häufig auf solche Herkunftsländer gesetzt, zu denen historische Bezüge oder eine sprachliche und kulturelle Nähe bestehen oder mit denen bilaterale Verträge ausgehandelt wurden (vgl. Castagnone & Salis 2015). Einer britischen Studie von Buchan et al. (2006) zufolge nutzen Einrichtungen solche Agenturen bei zwei von drei Anwerbungen, insbesondere sind dies solche in ländlichen Regionen, mittlere und große sowie private Krankenhäuser und Pflegeheime (vgl. Cangiano et al. 2009). Dabei kommt einer klaren Kommunikation zwischen Arbeitgeber:innen und Mitarbeiter:innen von Personalvermittlungsagenturen über Vertragsinhalte eine zentrale Rolle zu (vgl. Ohr et al. 2009; Xu 2007). Dasselbe gilt auch im Umgang mit der Pflegekraft. Diese wird durch Einrichtungen bzw. Personalvermittlungsagenturen vor der Einreise idealerweise regelmäßig kontaktiert und erhält möglichst frühzeitig eine ausführliche Jobbeschreibung (vgl. Buttigieg et al. 2018) sowie realistische Informationen über die Arbeit und das Leben im Zielland.[21] Ausgehend von einer repräsentativen Befragung von Personalverantwortlichen in der deutschen Kranken- und Altenpflege (stationär und ambulant) werden auch flächendeckende Angebote zum Spracherwerb im Herkunftsland als sinnvoller Handlungsansatz erachtet (vgl. Bonin et al. 2015). Caidi et al. (2014) heben daneben die Bedeutung von Onlineforen hervor. Diese wurden von ausländischen Fachkräften im Gesundheitswesen beispielsweise für einen *Peer-to-Peer*-Austausch genutzt: Mi-

[20] Kipp (2025) weist für das Herkunftsland Indien darauf hin, dass zuletzt indische Personalvermittlungsagenturen wie TERN deutsche Firmen übernommen haben, um Arbeitgeber:innen vor Ort in Deutschland einen Firmensitz und hiesige Ansprechpersonen bieten zu können.
[21] vgl. Adeniran et al.,2008; Covell et al. 2016; Goh & Lopez 2016; Matiti & Taylor 2005; Ohr et al. 2009; Xu 2007.

grant:innen, die bereits in Kanada und den USA lebten, konnten über Einwanderung und Anerkennung berichten, sich über persönliche Erfahrungen austauschen und Ratschläge geben. Für Personen, die bereits im Zielland leben, können aus Sicht von Teamleitungen schließlich Praktika den Einstieg in die Pflege erleichtern (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2025; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Müller-Wacker 2021).[22]

Um eine Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen anzustoßen, ist es aus Sicht von Covell et al. (2016) sinnvoll, niedrigschwellige Informationen und Kredite für den kostspieligen Anerkennungs- und Anpassungsprozess bereitzustellen. Bewerber:innen sollten während des gesamten, möglichst elektronisch gestützten Anerkennungsverfahrens begleitet und unterstützt werden und möglichst zeitnah notwendige Defizit-bescheide erhalten (vgl. Müller-Wacker 2021; SVR 2022). Ein Vorbereitungskurs für die Anerkennungsprüfung (vgl. Boeder et al. 2018) wird dabei ebenso positiv gewertet wie eine ausreichende Zahl an physischen und Online-Anpassungslehrgängen bzw. -maßnahmen, die modular organisiert sind (vgl. Covell et al. 2016; Müller-Wacker 2021; SVR 2022). Um diese Maßnahmen für Pflegekräfte möglichst passend zu gestalten, sollten die Anpassungsqualifizierungen gemeinsam mit migrantischen Pflegekräften entwickelt werden (vgl. Ohr et al. 2009; Xu 2007). Als Alternative zum Prozess der Anerkennung wird in der empirischen Literatur auch vorgeschlagen den Fokus der Anwerbung auf Personen zu legen, die im Zielland direkt eine Berufsausbildung beginnen (vgl. Panackal 2021; Wielga et al. 2023).

[22] Berchem (2022) berichtet am Beispiel einer Pflegeeinrichtung für demenziell Erkrankte in Nordrhein-Westfalen auch von Ausbildungen Geflüchteter zu Alltagsbegleiter:innen, die als Vorbereitung auf ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) oder eine Berufsausbildung dienen.

Textbox 1: Beschäftigungssituation in der 24-Stunden-Betreuung

76 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden zuhause gepflegt, vielfach durch Angehörige oder unterstützt durch ambulante Pflegedienste (vgl. Bauer 2019). Trotz hoher sozial- und arbeitsrechtlicher Einbußen für die Beschäftigten stellt die 24-Stunden-Betreuung durch sogenannte *Live-in*-Betreuungskräfte eine zunehmend bedeutsame Säule in der Langzeitpflege dar, ohne die eine entsprechend große Versorgungslücke entstehen würde. Hielscher et al. (2017) gehen davon aus, dass in Deutschland jeder zwölfte Pflegehaushalt eine Betreuungskraft beschäftigt, was – laut Schätzungen – ca. 500.000 Migrant:innen, vorwiegend Frauen aus dem Globalen Osten und Süden, entspricht.[23] Da ein „Flickenteppich an rechtlichen Bezugsrahmen" (Benazha et. al 2021: 39) besteht, findet die Betreuung oftmals unter informellen Bedingungen im Rahmen von Scheinselbstständigkeit oder Entsendemodellen statt (vgl. Becker 2021; Benazha et al. 2021).[24] Das oftmals angewendete Rotationsprinzip, das zu zirkulärer Migration zwischen Deutschland und dem Herkunftsland führt (vgl. Becker et al. 2021), kann teilweise nur durch *transnational care chains* aufrechterhalten werden, d. h. dass die Kinder oder pflegebedürftigen Eltern der Betreuungskraft im Herkunftsland wiederum durch Migrant:innen aus anderen Ländern betreut werden.

[23] vgl. Aulenbacher et al. 2021a; Bomert 2020; Freitag 2020; Städtler-Mach & Ignatzi 2020.

[24] Lutz und Palenga-Möllenbeck (2010) sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer *twilight zone*, Vietti et al. (2012) von einer ‚stillen' Migration.

Die Motivation als Betreuungskraft ins Ausland zu gehen kann sowohl finanzielle Begründungsmuster wie die Erwartung höherer Einkünfte und die Verbesserung der materiellen Lage der Familie umfassen (vgl. Bomert 2020; Kałwa 2010), aber auch in einer erwarteten Verbesserung der eigenen Berufsbiographie durch Auslandserfahrung bedingt sein (vgl. Bomert 2020; Karakayali 2010). Wenngleich die Beschäftigung keine facheinschlägige Ausbildung voraussetzt, reicht das Aufgabenprofil von „hauswirtschaftlichen über betreuerische bis hin zu einfachen pflegerischmedizinischen Tätigkeiten“ (Benazha et al. 2021: 30).

Im Selbständigen-Modell obliegt die Aushandlung der Vertragsbedingungen, der Tätigkeiten sowie der Frei- und Ruhezeiten den Betreuungskräften selbst (vgl. Benazha et al. 2021). Im Entsendemodell hingegen schließen sowohl die Familie in Deutschland als auch die Betreuungsperson einen Vertrag mit der Personalvermittlungsagentur (vgl. Becker et al. 2021). Die Höhe des Betreuungsentgelts variiert sehr stark und korreliert nicht zwingend mit der Betreuungssituation und den Gehaltsforderungen der Betreuer:innen, sondern hängt auch von der Positionierung der Personalvermittlungsagentur auf dem Markt ab (Aulenbacher et al. 2021b: 71f.). Die Agenturen verlangen von den Betreuenden selbst teilweise bis zu 50 % des Lohnes als Gebühren und versuchen bei Kündigungen hohe Vertragsstrafen durchzusetzen (vgl. Freitag 2020). Für Migrant:innen besteht häufig keine Rechtssicherheit, gleichsam befinden sie sich in relativ schwachen Verhandlungspositionen (vgl. Becker et al. 2021). Mindestlohn- und Urlaubsansprüche werden häufig nicht gewährleistet (vgl. Becker et al. 2021; Benazha et al. 2021). Die Kombination aus Arbeits- und Wohnort resultiert zwar einerseits in geringeren Lebenshaltungskosten für die Betreuungskraft (vgl.

Becker et al. 2021). Andererseits werden dadurch geregelte Arbeitsinhalte einfacher aufgeweicht und ausgeweitet sowie geltende Arbeitszeitregelungen unterlaufen und Höchstarbeitszeiten überschritten (vgl. Aulenbacher et al. 2025). Die hohe Arbeitsbelastung und fehlende Abgrenzung zwischen Arbeit und Freizeit kann zudem zu psychologischem Stress und sozialer Isolation sowie starken Abhängigkeitsverhältnissen führen.[25] Außerdem können Formen von psychischer, physischer und sexualisierter Gewalt im Privathaushalt vorkommen (vgl. Becker et al. 2021; Freitag 2020). Sprachbarrieren und mangelnde lokale Einbindung erschweren die gesellschaftliche Teilhabe in einem hohen Maß. Auch Weiterqualifizierungen, wie beispielsweise im Umgang mit Demenz, sind für Betreuer:innen nur erschwert zugänglich. Eine Kündigung kann zudem schnell in Wohnungs- und Obdachlosigkeit resultieren (vgl. Freitag 2020).

Solidarisierung und Empowerment unter Betreuungskräften findet insbesondere in den sozialen Medien statt und rechtliche Entscheidungen, wie die des Bundesarbeitsgerichts, sind jüngst zugunsten der Betreuer:innen ausgefallen (z. B. Urteil BAG 5 AZR 505 / 20 vom 24.06.2021 zu Bereitschaftszeiten). Aufgrund des hohen Bedarfs an häuslicher Pflege und einem hohen Anteil an Beschäftigten mit Migrationsgeschichte in prekären Beschäftigungsverhältnissen sind jedoch verbindliche Qualitätsstandards, insbesondere für Agenturen, zur Verhinderung von strukturellen Ungleichheiten angezeigt (vgl. Schabram & Freitag 2022). Dabei werden Forderungen nach klaren arbeitsrechtlichen Vorgaben für Arbeitszeit, Lohn und Sozialversicherung, der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards für Agenturen, institutionelle Kontrollen der

[25] vgl. Becker et al. 2021; Bomert 2020; Freitag 2020; Greco & Zanetti 2017.

privaten Haushalte als Arbeitsplätze und Beratungsmöglichkeiten für Pflegekräfte und Haushalte aufgestellt (vgl. Becker et al. 2021; Freitag 2020: 34).

2.3 Ankunft in der Stadt/Region bzw. der Einrichtung und Phase der Einarbeitung

Herausforderungen

Die Ankunft in der Stadt/Region stellt insbesondere für Personen, die für eine Berufsausbildung oder eine Beschäftigung in das Zielland einreisen, eine potenzielle Herausforderung dar, da sie sich an einem neuen, unbekannten Wohnort zurechtfinden müssen (vgl. Hubenthal 2021). Dabei spielt nicht nur fehlendes Wissen über mögliche kulturelle Unterschiede[26], sondern auch mangelnde Kenntnis des Wohnungsmarktes eine Rolle (vgl. Covell et al. 2016). Der Zugang zum Wohnen kann bei angespannten Wohnungsmärkten und fehlender Hilfestellung erschwert sein und in schlechten Wohnbedingungen und fehlender Privatsphäre resultieren, beispielsweise in speziellen Unterkünften für Pflegekräfte.[27] Eine Unterstützung durch Personalvermittlungsagenturen oder die arbeitgebenden Einrichtungen ist sehr ressourcenaufwändig und daher nicht flächendeckend gegeben (vgl. Kawi & Xu 2009; Young et al. 2010). Jiang-Seibert (2019) wies mithilfe einer Befragung von Einrichtungs- und Projektleitungen darauf hin, dass Pflegekräfte aus chinesischen Großstädten Schwierigkeiten in deutschen Kleinstädten hatten, weil es noch keine Communities und entsprechende Lebensmittelversorgung gab.

[26] vgl. Daniel et al. 2001; Sherman & Eggenberger 2008; Matiti & Taylor 2005; Young et al. 2010.

[27] vgl. Allan & Larsen 2003; Bonin et al. 2015; Matiti & Taylor 2005; SVR 2022.

In Bezug auf die Einarbeitung am Arbeitsplatz mag die Integration der ersten, aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräfte in der Einrichtung noch als singuläres Ereignis mit ‚Eventcharakter' (vgl. Noll & Bollinger 2022) erscheinen, das mit einer großen Unterstützungsbereitschaft der Mitarbeiter:innen einhergeht. Wird dieses jedoch zur Regel, wird die Aufgabe angesichts des generellen Zeitdrucks und des hohen Aufwands für eine professionelle Unterstützung von den aufnehmenden Teams eher als Belastung gesehen.[28] Dies gilt insbesondere für ressourcenintensives, aber teilweise nicht ausreichend honoriertes Mentoring durch Kolleg:innen (vgl. Gerrish & Griffith 2004; Noll & Bollinger 2022; Young et al. 2010). Besonders größere Einrichtungen haben den Integrationsprozess in der Vergangenheit bereits strukturiert und professionalisiert, allerdings fehlt es häufig noch an einem transparenten Informationsfluss und systematisch entwickelten Kompetenzen zur Durchführung der Integrationsarbeit (vgl. Berchem 2022; Noll & Bollinger 2022). So reflektieren bestehende Teams etwa etablierte Berufs- und Rollenvorstellungen noch selten (vgl. Hubenthal 2021). Migrant:innen werden stattdessen aufgefordert, sich an bestehende Rollenvorstellungen und Routinen anzupassen[29] bzw. die im Zielland vorherrschenden ‚hegemonialen beruflichen Identitäten' (vgl. Batnitzky

[28] vgl. Noll & Bollinger 2022; SVR 2022; Xiao et al. 2014; Young et al. 2010. Diese Zusatzarbeit wird auch im Umgang mit Medizinstudent:innen, Auszubildenden und Praktikant:innen als Schwierigkeit gesehen (Noll & Bollinger 2022).

[29] vgl. Hubenthal 2021; Likupe 2006; Mickleborough & Martimianiakis 2021; Stagge 2022. Stagge (2022) konnte anhand des Fünf-Phasen-Teamentwicklungsmodells von Tuckman zeigen, dass in den von ihr untersuchten interkulturellen Pflegeteams in der Phase des *Norming* keine Verständigung auf eine gemeinsame Arbeitsweise stattfand, sondern dass Zugewanderte sich einseitig an bestehende Arbeitsweisen anpassen mussten.

& McDowell 2011), d. h. die dominierenden Vorstellungen davon, was es bedeutet im Zielland erfolgreich als Pflegekraft zu arbeiten, zu übernehmen. Migrantische Pflegekräfte können in der Folge die Lebens- und Berufserfahrungen sowie Fähigkeiten und Kenntnisse, die sie bereits im Ausland erworben haben, oft nicht in Wert setzen (vgl. Mosuela 2018; Overgaard et al. 2022). Insbesondere zu Beginn des Aufenthalts im Zielland sind Migrant:innen teilweise damit konfrontiert, dass sich sowohl das Gesundheitssystem (vgl. Adeniran et al. 2008; SVR 2022), das Pflege- und Rollenverständnis,[30] das Ausbildungssystem,[31] als auch das Verhältnis zu Patient:innen und zu Ärzt:innen zu dem im Herkunftsland unterscheidet (vgl. Mosuela 2018; Schumann et al. 2024).

Zu den Unterschieden in den Pflegekulturen kommen durch Ausbildung und Arbeit im Ausland bedingte Unterschiede in der Pflegepraxis, etwa in Bezug auf Handlungsspielräume im Rahmen der Patientenversorgung, Nutzung von Technik oder Bürokratie.[32] Daneben benennen insbesondere Vorgesetzte und Kolleg:innen anfängliche Herausforderungen für migrantische und geflüchtete Pflegekräfte, wie die Grundpflege, welche im Herkunftsland häufig

[30] vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Klemm & Satola 2020; Kreutzer 2022; Roser et al. 2021; Stagge 2022.

[31] Im internationalen Vergleich existieren beispielsweise die Ausbildungsrichtungen Altenpflege bzw. Kinderpflege in der Regel nicht separat von der Krankenpflege. Vielerorts erfolgt diese auch nicht – wie etwa in Deutschland – im Rahmen einer Berufsausbildung, sondern wird auf akademischem Niveau unterrichtet (vgl. Roser et al. 2021; Sell 2020; Slotala et al. 2022).

[32] vgl. Adeniran et al. 2008; Berchem 2022; Covell et al. 2016; Hubenthal 2021; Kawi & Xu 2009; Slotala et al. 2022; Smith 2004; Wellard & Stockhausen 2010.

Familienangehörige – und nicht die Pflegekräfte – übernehmen würden[33] sowie für die Pflege von Personen anderen Geschlechts (vgl. Willis et al. 2018) und von homosexuellen Personen (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021).[34] Die genannten Unterschiede resultieren in anderen Arbeitsschwerpunkten im Pflegealltag (vgl. Hubenthal 2021), fehlendem informellen Wissen und entsprechenden Unter- bzw. Überforderungen.[35] In der Folge können migrantische Pflegekräfte mit Dequalifizierung (vgl. Yalçın et al. 2024) und einem Gefühl des *deskilling*, der *devaluation* und *demotivation* zu kämpfen haben (vgl. Davda et al. 2018; Schumann et al. 2024), da sie ihre Erfahrungen und Kompetenzen nicht so einbringen können wie gewünscht.[36] Darüber hinaus können Unter- bzw. Überforderungen zu Frustration, Angst und fehlendem Selbstvertrauen sowie Unsicherheit über die eigene professionelle Identität führen.[37]

[33] vgl. Buttigieg et al. 2018; Francis et al. 2008; Mosuela 2018; Panackal 2021; Roser et al. 2021; Wielga et al. 2023.

[34] In formaler Hinsicht berichten Vorgesetzte in einer von Khan-Gökkaya und Mösko (2021) in Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover durchgeführten Studie auch von fehlender Akzeptanz weiblicher Führungskräfte durch geflüchtete Männer, Unpünktlichkeit und Unkenntnis Geflüchteter über das Einreichen von Urlaubsanträgen sowie Krankheitsmeldungen, besonders zu Beginn der Beschäftigungsverhältnisse.

[35] vgl. Mosuela 2018; Roser et al. 2021; Satola & Bollinger 2020; Slotala 2022. Daniel et al. (2001) sowie Nichols et al. (2015) sprechen in diesem Zusammenhang auch von einem *culture shock*.

[36] vgl. Gold et al. 2019; Hardill & MacDonald 2000; Newton et al. 2012; Nortvedt et al. 2019; Pütz et al. 2019; Satola & Bollinger 2020; Xiao et al. 2014.

[37] vgl. Matiti & Taylor 2005; Pressley et al. 2022; Smith 2004; Willott & Stevenson 2013; Xiao et al. 2014.

Maßnahmen

Für eine ‚gute' Ankunft in der Stadt/Region wird von angeworbenen Pflegekräften, die in einer britischen Studie befragt wurden, dem Willkommenheißen und der zumindest temporär bereitgestellten, möblierten Wohnung in der Nähe des Arbeitsplatzes eine wichtige Rolle zugeschrieben (vgl. Adeniran et al. 2008; Matiti & Taylor 2005). Darüber hinaus unterstützen Beauftragte in den Einrichtungen oder private Vermittlungsagenturen migrantische Pflegekräfte bei der Wohnraumbeschaffung, bei Ämter- und Behördengängen sowie beim Zurechtfinden vor Ort (z. B. Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)-System, Freizeitangebote) und denken dabei teilweise auch die Bedürfnisse von Familienangehörigen mit (z. B. Arbeitsmöglichkeiten für Partner:in und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder).[38]

Für die Einarbeitung am Arbeitsplatz werden in der Literatur die folgenden Aspekte idealtypisch angeführt, deren konkrete Umsetzung in den Einrichtungen aber in den Studien nicht systematisch evaluiert wurde: Eine gelebte Willkommenskultur am Arbeitsplatz kann insbesondere durch diversitätssensible Öffnung und Diversitätsmanagement erreicht werden (vgl. Hubenthal 2021; Ohr et al. 2009; Xu 2007). Dafür sollte zunächst das im Zielland ausgebildete Personal für die Herausforderungen von aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräften und einen interkulturellen Arbeitsalltag sensibilisiert werden.[39] Die Ankunft von migrantischen Pflegekräften, über die alle Beteiligten vorab informiert werden, wird mit einem strukturierten

[38] vgl. Adeniran et al. 2008; Kontos et al. 2019; Lang 2022; Ohliger & Schweiger 2019; Roedenbeck Schäfer 2018; SVR 2022.

[39] vgl. Adeniran et al. 2008; Berchem 2022; Carney 2005; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Klemm & Satola 2020.

Orientierungs- und Anpassungsprogramm[40] flankiert, das ausreichend Zeit und Raum für die Eingewöhnung lässt.[41] Unter ein solches, idealerweise gemeinsam mit Personalvertretung und Migrant:innen entwickeltes Programm fallen beispielsweise konkret Rundgänge durch Klinik bzw. Pflegeheim sowie Station und Kennenlernen des Teams vor Arbeitsbeginn (vgl. Adeniran et al. 2008), ein *Skills Assessment* (vgl. Matiti & Taylor 2005), Unterricht über das Gesundheitssystem und die Arbeitspraxis in der Pflege im Zielland.[42] Für ihre Fragen haben Migrant:innen in der Einrichtung darüber hinaus klare Ansprechpersonen (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Maase 2021; SVR 2022), wobei regelmäßige Treffen zwischen Pflegekräften und Management den Austausch über relevante Themen am und jenseits des Arbeitsplatzes ermöglichen (vgl. Adeniran et al. 2008; Hubenthal 2021; Matiti & Taylor 2005). Daneben werden durch Teamleitungen auch Supervision (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021) und Mentoring am Arbeitsplatz sowie in der Berufsschule als sinnvolle Maßnahmen für die Einarbeitung und das Ankommen erachtet (vgl. Ryan 2003; SVR 2022). Mentor:innen haben dabei im Idealfall den gleichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Pflegekraft, bauen eine gute persönliche Beziehung zum Mentee auf und erhalten für ihr Engagement Anreize.[43] Migrant:innen übernehmen auf den Stationen Aufgaben, die

[40] Für einen Einblick in das *Transitioning Internationally Educated Nurses for Success* (TIENS)-Programm des Universitätsklinikums von Pennsylvania, Philadelphia, vgl. Adeniran et al. (2008).

[41] vgl. Covell et al. 2016; Gerrish & Griffith 2004; Hubenthal 2021; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Smith et al. 2022.

[42] vgl. Adeniran et al. 2008; Berchem 2022; Carney 2005; Khan-Gökkaya & Mösko 2021.

[43] vgl. Adeniran et al. 2008; Buttigieg et al. 2018; Covell et al. 2016; Gerrish & Griffith 2004; Newton et al. 2012; Noll & Bollinger 2022; Ohr et al. 2009; Xu 2007.

ihre Qualifikationen wertschätzen und die selbstbewusstseinsfördernd wirken (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Matiti & Taylor 2005; Smith 2004). Maßnahmen der Einarbeitung werden schließlich monitoriert und evaluiert (vgl. Buttigieg et al. 2018).

2.4 Arbeits- und Lebensalltag nach der Einarbeitung und Bleiben in der Einrichtung, in der Pflege und am Wohnort

Herausforderungen

In Bezug auf den Arbeits- und Lebensalltag finden sich in der Literatur ebenfalls vier große Themenkomplexe, darunter vor allem der Bereich Kommunikation und Sprache, z. B. unzureichende Sprach-, Lese- und Schreibkompetenzen seitens der Pflegekraft (vgl. Braeseke et al. 2020; Klemm & Satola 2020; Kreutzer 2022). Diese können, wie Gozdiak und Main (2022) für polnische Pflegekräfte in Norwegen berichten, durch eine zu geringe Dauer des Sprachtrainings im Herkunftsland, fehlende berufsbezogene Sprachkursangebote beispielsweise in ländlichen Räumen (vgl. SVR 2022) oder zu geringe Sprachpraxis bedingt sein, etwa durch den Einsatz auf Intensivstationen (vgl. Mosuela 2018). Berchem (2022) verweist im Kontext Geflüchteter in der Pflege schließlich auf fehlende, an das Sprachniveau angepasste Unterrichtsmaterialien. Ferner berichten sowohl Einrichtungen als auch Pflegekräfte von Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Arbeitskolleg:innen, Patient:innen bzw. älteren Bewohner:innen sowie Lehrkräften und Mitschüler:innen, auch durch Unterschiede in der Nutzung von medizinischer Fachsprache,

Akronymen und Abkürzungen bzw. von Dialekt und Prosodie (z. B. Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit).[44] Daraus resultieren Unverständnis bzw. Missverständnisse sowie Frustration, wodurch Pflegekräften in der Folge unter Umständen auch ihre fachlichen Kompetenzen abgesprochen werden (vgl. Allan & Larsen 2003; Kovacheva & Grewe 2015; Pütz et al. 2019).

Eine weitere Herausforderung stellt zusätzlich der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zu Patient:innen bzw. Bewohner:innen und Kolleg:innen dar (vgl. Aydogdu & Baykal 2023; Covell et al. 2016; Wellard & Stockhausen 2010). Fehlende Toleranz und Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte, Spannungen mit der Stammbelegschaft hinsichtlich Arbeitsorganisation, Fachlichkeit und Rollenverständnissen sowie Neid auf gleiche Entlohnung trotz Unterstützungsbedarfen können einer zugewandten Haltung gegenüber Pflegekräften mit Migrationsgeschichte entgegenstehen und in Kulturalisierungen münden.[45] Unkenntnis der Teams über den Aufenthaltsstatus und die Arbeitserlaubnis von Migrant:innen können zudem zu der Vermutung führen, dass sie nur temporär anwesend seien (vgl. Gerrish & Griffith 2004; Khan-Gökkaya & Mösko 2021). Fehlendes Wissen über vorhandene Communities vor Ort und fehlende Unterstützung manifestiert sich – bei gleichzeitiger Trennung von Familie und Freund:innen

[44] vgl. Adeniran et al. 2008; Allan & Larsen 2003; Bach 2003; Buttigieg et al. 2018; Cangiano et al. 2009; Francis et al. 2008; Gozdiak & Main 2022; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Maititi & Taylor 2005; Panackal 2021; Schmidt et al. 2023; Smith 2004; Stagge 2022.

[45] vgl. Klemm & Satola 2020; Matiti & Taylor 2005; Nichols et al. 2015; Noll & Bollinger 2022; Rand & Larsen 2019; Schmidt et al. 2023; Stagge 2022; Yalçın et al. 2024.

und schwierigem Kontakthalten angesichts von Zeitverschiebung – in Heimweh, Isolation und Einsamkeit.[46]

Sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Zielregion wird daneben insbesondere von *Othering* durch Betonung oder übertriebene Aufwertung kultureller und sozialer Unterschiede (Spiliopoulus et al. 2021) sowie von vielfältigen Formen (rassistischer) Diskriminierung durch zu Pflegende, Kolleg:innen und Vorgesetzte bzw. die Lokalbevölkerung berichtet.[47] Soziale Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz wie Verweigerung der Versorgung oder verbale und physische Gewalt seitens Patient:innen und Bewohner:innen beruhen dabei unter anderem auf äußerlichen Merkmalen wie Hautfarbe, ethnischer Zuschreibung oder dem Kopftuchtragen.[48] Institutionelle Diskriminierungserfahrungen beziehen sich hingegen auf Mobbing und Schikanen seitens Kolleg:innen, auf fehlende Unterstützung seitens Vorgesetzter für Pflegekräfte, die Rassismus erfahren, sowie auf schlechtere Bewertungen und subjektiv empfundene höhere Arbeitsbelastung für Migrant:innen.[49]

---

[46] vgl. Allan & Larsen 2003; Covell et al. 2016; Matiti & Taylor 2005; Willis et al. 2018; Young et al. 2010.

[47] vgl. Allan et al. 2004; Bonin et al. 2015; Cangiano et al. 2009; Davda et al. 2018; Gerrish & Griffith 2004; Goel & Penman 2015; Gozdiak & Main 2022; Heier & Fischer 2019; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; M'Bayo & Narimani 2021; Lang 2022; Ritter 2020; Schilgen et al. 2017; Schmidt et al. 2023; Spiliopoulus et al. 2021; Theobald 2022; Wellard & Stockhausen 2010. In britischen Studien berichteten insbesondere People of Colour aus Afrika und Asien von rassistischer Diskriminierung (vgl. Lemos & Crane 2001; Shield & Whitley Price 2002).

[48] vgl. Buttigieg et al. 2018; Cangiano et al. 2009; Finotelli 2021; Heier & Fischer 2019; Ritter 2020; Shields & Whitley Price 2002.

[49] vgl. Allan et al. 2004; Castagnone & Salis 2015; Gangarova et al. 2025; Heier & Fischer 2019; Jönson & Giertz 2013; Olasunkanmi-Alimi et al. 2021; RCN 2007. Im Umgang mit Diskriminierung durch Patient:innen und Kolleg:innen konnten Khan-Gökkaya und Mösko (2021) zeigen,

Am Beispiel der ambulanten Pflege in Ostdeutschland konnte Ritter (2024) zudem zeigen, dass in der gesprochenen Sprache der (weißen) Kolleg:innen „kolonialrassistische Imaginationen […], rassistische Mechanismen der Hypersexualisierung, Entmenschlichung, Kriminalisierung und Dämonisierung sowie Ängste vor Verunreinigung als Folge sozial gewachsener, symbolischer Ordnungsvorstellungen“ in der gesprochenen Sprache fortgeschrieben werden (ebd. 280).

Weitere Hürden ergeben sich durch die Arbeitsbedingungen. Genannt werden in der Literatur beispielsweise die Beschäftigung von Migrant:innen unterhalb ihres Qualifikationsniveaus, welche auch als *brain wastage* (vgl. Humphries et al. 2009) und *downward mobility* bezeichnet wird.[50] Nicht selten erhalten sie geringe Löhne, die unterhalb der vereinbarten Tarifverträge liegen und ihre soziale Teilhabe vor Ort erschweren, nicht zuletzt aufgrund der Rücküberweisungen an Familienmitglieder im Herkunftsland.[51] In britischen und kanadischen Studien wurde auch eine unterschiedliche Bezahlung nach Herkunft der Pflegekräfte nachgewiesen (vgl. Buchan et al. 2006; Buhr 2010; Davda et al. 2018). Vertragsbedingungen werden besonders dann als prekär wahrgenommen, wenn Zeitarbeitsverträge

dass geflüchtete Pflegekräfte auf die Strategien ‚Nachgeben und Konfliktvermeidung', ‚Akzeptanz und Ignoranz' sowie ‚Humor und Ironie' zurückgreifen und sich meist nicht an Vorgesetzte wenden (vgl. Gerrish & Griffith 2004).

[50] Hawthorne 2002; vgl. Bonin et al. 2015; Calenda & Bellini 2021; Stagge 2022.

[51] vgl. Goel & Penman 2015; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Lang 2022; Spiliopoulus et al. 2021; Widding Isaksen 2010. Buchan et al. (2006) fanden in einer standardisierten Befragung von 380 in London beschäftigten ausländischen Pflegekräften heraus, dass 57 % regelmäßig Teile des Gehalts in ihre Heimat sendeten. Bei Pflegekräften von den Philippinen, die häufig alleinstehend waren, lag der Anteil sogar bei 73 %.

vorliegen, ‚Standby-Zeiten' als Urlaub ausgelegt werden oder sie bei Vollzeitverträgen nur Teilzeit eingesetzt werden und dadurch die Höhe des Einkommens stark variiert (vgl. Gozdiak & Main 2022). In der Folge bieten sich wenig Anreize und Möglichkeiten für soziale Mobilität (vgl. Castagnone & Salis 2015; Gozdiak & Main 2022). Überdies werden Migrant:innen manchmal als ‚Lückenfüller:innen' betrachtet und in ‚unerwünschte' Schichten eingeteilt (vgl. Allan & Larsen 2003; Goel & Penman 2015; Khan-Gökkaya & Mösko 2021). Im Zusammenspiel mit einer schlechten Personalausstattung und auftretenden Krankheitsfällen kann dies zu kurzen Vorlaufzeiten für Schichten und Dienstplanunsicherheit führen (vgl. Goel & Penman 2015; Noll & Bollinger 2022; für die spezifische Konstellation der Arbeitnehmerüberlassung, siehe Textbox 2 im Abschnitt ‚Maßnahmen'). Lange ‚Heimaturlaube' sind mit einem hohen Organisationsaufwand für die Dienstplanerstellung verbunden (vgl. Young et al. 2010), während der Familiennachzug mit unterschiedlichen Hürden belegt ist (vgl. Bonin et al. 2015). Fehlendes Wissen über ihre Rechte und Pflichten, auch in Bezug auf den Arbeitsalltag, erschweren es den zugezogenen Arbeitskräften zusätzlich, Missstände zu benennen (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021). Der generelle Arbeitsalltag ist schließlich oft von starren Abläufen, Zeitdruck, Hektik, und psychosozialen Belastungen geprägt[52], der Schichtdienst im Speziellen kann unregelmäßige Schlafrhythmen hervorrufen und wenig Zeit für Familie und Spracherwerb bedeuten (vgl. Gao et al. 2015; Goel & Penman 2015). Hinzu kommen insbesondere bei Geflüchteten zusätzliche Stressoren durch Flucht, Verlust von Familienangehörigen, traumatische Erfahrungen und gesundheitliche Einschränkungen sowie Unsicherheit

[52] vgl. Bluhm et al. 2021; Hubenthal 2021; Noll & Bollinger 2022; Ulusoy et al. 2019.

über den Aufenthaltsstatus (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021).

In Bezug auf das Bleiben von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in der Einrichtung findet sich in der Literatur zum einen die Erwartung der Einrichtungen, dass aus dem Ausland angeworbene Migrant:innen möglichst lange bleiben sollen, damit sich hohe Kosten für die Rekrutierung amortisieren (*value-for-money-judgement*, Young et al. 2010; vgl. Süß 2018). Dies kann jedoch der Erwartung derjenigen Migrant:innen und ihrer Familien widersprechen, die planen, nur vorübergehend im Ausland zu leben oder die in andere Orte und Länder weiterziehen wollen.[53] Dies gilt besonders für Mobilität innerhalb der Europäischen Union (vgl. Reiff et al. 2020). Zum anderen berichten indische und philippinische Pflegekräfte in einer in Nova Scotia, Kanada, durchgeführten Studie von strategischer Dankbarkeit gegenüber Arbeitgeber:innen, sofern diese sich hilfsbereit zeigen bzw. man auf deren formelle Unterstützung etwa bei der Familienzusammenführung angewiesen ist (vgl. Nourpanah 2021). Unzureichendes Erwartungsmanagement, sprachliche und kulturelle Hürden, Rassismuserfahrungen und ein geringschätzendes Arbeitsumfeld können hingegen zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses führen.[54] Eine Ausbildung im Herkunftsland, die mehr medizinische Tätigkeiten inkludiert, oder eine unterschiedlich hohe Reputation von Klinik bzw. Pflegeheim münden unter Umständen auch in einem Wechsel innerhalb der Pflegebranche (vgl. Gozdiak & Main 2022; Noll & Bollinger 2022). Ein weiteres Desiderat stellt schließlich

[53] vgl. Buchan et al. 2006; Reiff et al. 2020; Stievano et al. 2017; Young et al. 2010.

[54] vgl. Alexis & Vydelingum 2007; Bonin et al. 2015; Goh & Lopez 2016; Klemm & Satola 2020; Shields & Wheatley Price 2002.

die langfristige Weiterwanderung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in Städte und Agglomerationsräume dar, da dort die Bezahlung besser, die Sichtbarkeit als Person of Colour oder Muslima im öffentlichen Raum geringer und die Nähe zu etablierten migrantischen Communities und die Anbindung durch Flughäfen für Besuche im Herkunftsland eher gegeben sei.[55] In der oben bereits erwähnten Befragung von ausländischen Pflegekräften in London bestätigten Buchan et al. (2006), dass 60 % planten für mindestens fünf Jahre im Land zu bleiben – weitere 25 % für zwei bis fünf Jahre. Gleichzeitig überlegten aber 43 %, in ein anderes Land wie die USA oder Australien weiterzuziehen, besonders häufig philippinische Pflegekräfte (63 %).

Maßnahmen

Um Schwierigkeiten in der Kommunikation zu vermeiden, wurde in der Vergangenheit bereits eine Verbesserung der berufs- und alltagsbezogenen Sprachkenntnisse der Pflegekräfte, auch in der Berufspraxis angeregt (vgl. Smith 2004). Maßnahmen umfassen dabei zum einen vorbereitende Sprachkurse im Herkunftsland, zum anderen durch die Einrichtung unterstützten, berufsbegleitenden und weiterqualifizierenden Unterricht am Arbeitsplatz bzw. während der Arbeitszeiten im Zielland (physisch oder virtuell) sowie sprachliche Hilfe im Berufsalltag. Zu letzterer zählen etwa eine möglichst einfache und klare Formulierung von Zielen, die Unterstützung bei der Erfüllung von Dokumentationspflichten oder beim Führen von Gesprächen mit Angehörigen sowie Feedback in Bezug auf

[55] vgl. Covell et al. 2016; Noll & Bollinger 2022; Spiliopoulus et al. 2021; Stagge 2022; Widding Isaksen 2010.

Sprachdefizite.[56] Bach (2003) berichtet außerdem davon, dass migrantische Pflegekräfte in britischen Kliniken in Bezug auf lokale Idiome und Umgangssprache trainiert wurden. Außerdem schlägt beispielsweise Panackal (2021) vor, nicht zu viele Personen mit Migrationsgeschichte auf einer Station einzusetzen.

In sozialer Hinsicht wird der Förderung eines guten Arbeitsklimas und informeller Kontakte zwischen Kolleg:innen eine wichtige Rolle zugeschrieben (vgl. Pressley et al. 2022; SVR 2022; Young et al. 2010). Entsprechend werden die Maßnahmen des Diversitätsmanagements und der Antidiskriminierung sowie Trainings für bestehende Teams und Mediator:innen unter Beteiligung der Managementebene vorgeschlagen, darunter auch die Weiterentwicklung der Führungskultur durch Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Marchand & Geißler 2022; Rand & Larsen 2019). Für den Aufbau von Kontakten am aber auch jenseits des Arbeitsplatzes benötigt werden aus Sicht von Gozdiak und Main (2022) insbesondere Möglichkeiten der Sozialisation und Räume der Integration. Kontakt mit Einwohner:innen konnte dabei im Fall von Migrant:innen im ländlichen England beispielsweise durch die Teilnahme an Veranstaltungen und die Inanspruchnahme lokaler Dienstleistungen erreicht werden (vgl. Spiliopoulus et al. 2021). Die emotionale und soziale Unterstützung durch Familienangehörige und Freund:innen ist im Alltag der Pflegekräfte zentral. Daher kommt regelmäßigen Telefonaten, Heimaturlauben und der Realisierung des Familiennachzugs eine

[56] vgl. Berchem 2022; Cangiano et al. 2009; Daniel et al. 2001; Gao et al. 2015; Goel & Penman 2015; Khan-Gökkaya & Mösko 2021; Klemm & Satola 2020; Noll & Bollinger 2022; Overgaard et al. 2022; Wielga et al. 2023.

wesentliche Bedeutung zu (vgl. Alonso-Garbayo & Maben 2009; Troy et al. 2007; Widding Isaksen 2010).

Für die von Pawlak und Seeberg befragten polnischen Pflegekräfte in Norwegen lassen sich relational bessere Arbeitsbedingungen im Zielland nachzeichnen, wobei die neu gewonnene *work-life balance* Lebensqualität erhöht. In Bezug auf Arbeitnehmerrechte wird von den Befragten einerseits eine angemessene Bezahlung vorausgesetzt. Andererseits wird die ausreichende Information der Pflegekräfte über ihre Rechte (vgl. Khan-Gökkaya & Mösko 2021), und die Unterstützung bei der Durchsetzung dieser durch Gewerkschaften oder Berufsverbände bzw. mittels Monitorierung angeregt (vgl. Cangiano et al. 2009; für die spezifische Konstellation der Arbeitnehmerüberlassung, siehe Textbox 2).

Maßnahmen, die ein Bleiben in der Einrichtung bzw. in der Pflege adressieren, umfassen beispielsweise Boni für die Dauer der Betriebszugehörigkeit bzw. Strafen für frühzeitige Kündigungen nach erfolgter Rekrutierung aus dem Ausland (vgl. Sommer & Nussbaum Bitran 2022; Troy et al. 2007). Um die Bereitschaft zu erhöhen, auch in Zukunft in der Pflege zu arbeiten, werden Stellschrauben wie Flexibilität des Jobs, Weiterqualifikations- und Aufstiegsmöglichkeiten sowie eine Willkommenskultur in der Einrichtung und am Ort betont (vgl. Gao et al. 2015; Goh & Lopez 2016). Schließlich finden sich insbesondere in der Praxisliteratur auch ganzheitliche Ansätze wie die Entwicklung und Umsetzung von einrichtungsbezogenen Integrationskonzepten sowie Werkzeugkoffern, die sowohl die Zeit vor der Einreise, Anreise und erste Tage als auch die Organisation des Anerkennungsprozesses, die Einarbeitung und Teambildung, den Umgang mit Konflikten und die soziale

Integration von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in den Blick nimmt (vgl. BMWi 2020; DKF & KDA 2023).

Textbox 2: Rolle von Arbeitnehmerüberlassung bei Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

Eine rein selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit als Pflegefachperson ist in deutschen Kliniken seit einem entsprechenden Urteil des Bundessozialgerichts nicht möglich (Az. BSG B12 R11/18 R). Dennoch existieren unterschiedliche Modelle für flexible Beschäftigungsformen als Pflegefachkraft in Kliniken. Arbeitnehmerüberlassungen, auch bezeichnet als Zeit- oder Leiharbeit, bieten die Möglichkeit kurzfristige Personalengpässe zu überbrücken oder befristete Fachkräfte mit speziellen Kompetenzen einzusetzen. Dies kann auch im Rahmen von ‚Entsendungen von Arbeitnehmer:innen' geschehen (vgl. BA 2025a).

Diese Modelle werden zunehmend kontrovers diskutiert. Wenngleich sie Pflegefachkräften selbst eine höhere Vergütung, größere Flexibilität und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ermöglichen (vgl. Schäfer & Stettes 2025; Schumacher 2022), werden in der Literatur die Belastung des Stammpersonals, ein Mangel an Kontinuität sowie die mangelnde Anbindung von Leiharbeitnehmer:innen an bestehende Teams kritisch gesehen, insbesondere, da die Pflegearbeit zu einem hohen Maß auf der Zusammenarbeit in Teams beruht (H21, 25; V19; vgl. Bünte 2023; Pflegekammer NRW 2023: 4; Schwaab & Durian 2023). Studien verweisen bei eingesetztem Leihpersonal zudem auf eine höhere Fluktuation und geringere Identifikation mit der Einrichtung (vgl. Hermes & Petersen-Ewert 2022; Hu 2021).

Die Motive für den Wechsel in die Arbeitnehmerüberlassung sind dennoch vielfältig: Überlastung, fehlende Anerkennung und der Wunsch nach mehr Zeitsouveränität

spielen eine wesentliche Rolle (H21, 25; V19; vgl. Schumacher 2022; Schwaab 2023).

Für Pflegefachkräfte mit Migrationsgeschichte, insbesondere aus Drittstaaten, ist die Leiharbeit hingegen bislang weniger relevant. Aufenthaltsrechtliche Regelungen sehen häufig eine Bindung an eine Einrichtung vor, was flexible Beschäftigungsformen einschränkt (vgl. BA 2025a; Riedlinger et al. 2020). In der Phase des Ankommens sind zudem soziale Einbindung, Stabilität und Orientierung im Arbeitsumfeld zentral – Faktoren, die durch eine Beschäftigung in wechselnden Einrichtungen erschwert werden (V19; vgl. Pflegekammer NRW 2023).

2.5 Forschungslücken

Die vorliegende Forschungsliteratur ist bereits sehr umfangreich. Allerdings widmet sie sich in der Regel einzelnen zeitlichen Phasen des Prozesses, das heißt Anwerbung, Einarbeiten, Arbeits- und Lebensalltag oder Bleibeorientierung, lässt aber eine Gesamtschau vermissen. Empirisch defizitär bleibt vor allem ein differenzierteres Verständnis des Rekrutierungsprozesses und der Anerkennungspraxis, insbesondere im deutschsprachigen Kontext. Gut abgebildet ist in der Literatur hingegen der Einarbeitungsprozess sowie Dynamiken in Teams, z. B. zu Interkulturalität und Diversität. Vor allem die Perspektiven der Pflegekräfte selbst sind bislang nur in einzelnen Studien belegt (vgl. Buttigieg et al. 2018; Finotelli 2019; zur Diversität der migrantischen Pflegekräfte in Australien, Overgaard et al. 2022). Insbesondere das Alltagsleben außerhalb der Arbeit, also eine *beyond-the-workplace* Perspektive, die mit der Beschäftigungssituation kontextualisiert und zusammengedacht wird, wurde kaum thematisiert (mit Ausnahmen, vgl. Overgaard et al. 2022; Wellard & Stockhausen

2010). Während Indizien für Zusammenhänge von Arbeitsbelastung und Gesundheit sowie das Wohlbefinden migrantischer Pflegekräfte bestehen (vgl. Gunn et al. 2021), fehlt ein besseres Verständnis darüber, wie alltägliche Routinen und Mehrfachbelastungen, die auch aus dem Migrationsprozess resultieren, überwunden werden können. Schließlich ist im hier diskutierten Forschungsüberblick ein Ungleichgewicht zugunsten urbaner Räume erkennbar. Die Spezifika ländlicher Räume wurden nur vereinzelt angesprochen (vgl. Overgaard et al. 2022; Wellard & Stockhausen 2010), die besonderen Rahmenbedingungen in strukturschwachen Räumen nicht thematisiert.

3 Forschungsdesign und Methodik

3.1 Methodik, Untersuchungsregionen und Datenset

Methodik

Das dreieinhalbjährige Projekt ‚Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor' (2022-2026) war in zwei Phasen der Erhebung empirischer Daten eingeteilt. Während Erhebungsphase I der Validierung des Forschungsstandes und der Forschungs- und Wissenslücken diente (siehe auch Kapitel 2), wurden in Erhebungsphase II Erkenntnisse über Handlungsspielräume und gute Praxisbeispiele von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Kommunen und Zivilgesellschaft für eine teilhabeorientierte und chancengerechte Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte und zur Förderung ihrer Bleibeorientierung gewonnen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Übersicht über Erhebungsphasen und Methoden

Quelle: Eigene Darstellung

Zwischen Januar 2023 und Januar 2025 wurden in den Erhebungsphasen I und II Hintergrundgespräche mit Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis geführt. Diese decken jeweils eine oder mehrere der von uns identifizierten Forschungslücken ab (siehe auch Kapitel 2). Expert:innen befassten sich mit dem Thema auf transnationaler, Bundes- und Länderebene politisch oder in der Praxis; sie adressierten dieses im Rahmen von abgeschlossenen oder sich aktuell in Bearbeitung befindlichen Forschungs-, Forschungs-Praxis- oder Praxisprojekten. Die Expert:innen wurden mithilfe eines modularen Leitfadens zu Einblicken und Erfahrungswerten befragt, wodurch der Forschungsstand validiert und Forschungslücken gestützt wurden. In Fokusgruppengesprächen mit Vertreter:innen von Einrichtungen und kommunalen Akteuren wurde im Februar 2023 ein ganzheitlicher und multiperspektivischer Blick auf die Ist-Situation und die Forschungs- und Wissensbedarfe zum Thema in städtischen bzw. ländlichen Räumen gelegt.

In Erhebungsphase II wurden zwischen November 2023 und Oktober 2024 empirische Daten mithilfe qualitativer Interviews in zehn, anhand von Strukturdaten ausgewählten Gebietskörperschaften erhoben (siehe Abschnitt ‚Untersuchungsregionen'). Die leitfadengestützten, teilstrukturierten Gespräche wurden sowohl mit Vertreter:innen aus Einrichtungen für Gesundheit und Pflege (z. B. Leitungsebene, Personalverantwortliche, Praxisanleitungen) als auch mit kommunalen und privaten Akteuren (z. B. Verwaltung, Bildung, Beratung, Zivilgesellschaft, Personalvermittlungsagenturen) geführt und thematisierten deren Erfahrungen mit Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in den Phasen Anwerbung bzw. Recruiting, Anerkennung, Ankommen bzw. Onboarding, Arbeits- und Lebensalltag sowie Bleiben bzw. Halten. In den Gesprächen mit

migrantischen Pflegekräften selbst wurde zudem die Methode des Mobility Mapping zur visuell gestützten Erfassung ihrer Lebenswelten angewendet (vgl. Kordel et al. 2019; Weidinger et al. 2021). Dabei wurden individuell bedeutsame Orte im Alltag der Pflegekräfte identifiziert und die Mobilitätspraxis und (Nicht-)Erreichbarkeit dieser Orte diskutiert, wodurch sich Exklusions- und Inklusionserfahrungen in den integrationsrelevanten Dimensionen (z. B. Wohnen, Bildung, Arbeit und Gesundheit, siehe Kapitel 3.2) nachzeichnen ließen. Die so erstellten Karten (siehe Abbildung 7) wurden anschließend gemeinsam mit den Befragten interpretiert.

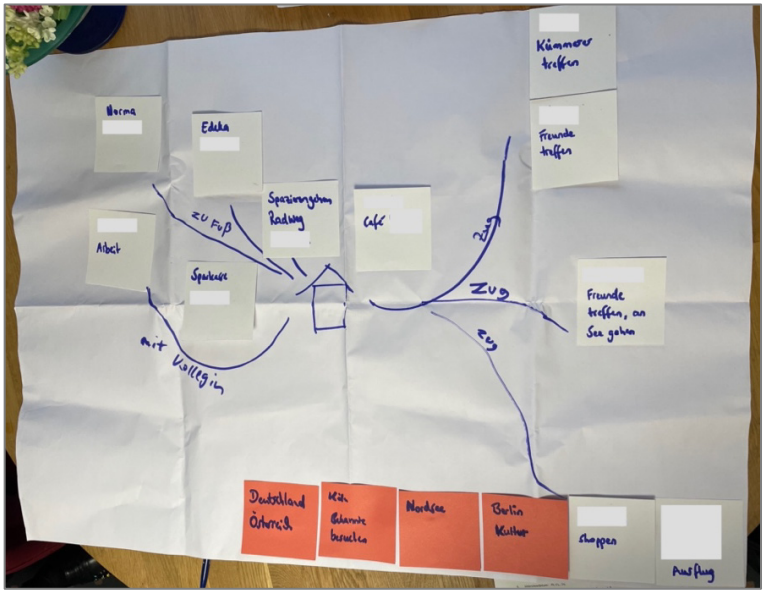

Abbildung 7: Beispiel einer Mobility Map (Q47)

Foto: Tobias Weidinger

Während des gesamten Projektzeitraums nahmen Projektmitarbeitende zudem im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen an (Online-)Veranstaltungen teil, wie den Deutschen Pflegetagen 2023 und 2024, Webinaren der INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) und des kanadischen National Newcomer Nagivation Networks (N4), der Konferenz der Filipino Nurses Association Germany (FNAG) im September 2024 in Bonn oder der Fachtagung ‚Anwerbung – Anerkennung – Integration' (MatchPflege) im Oktober 2024 in München. Dadurch konnten der politische Diskurs aktiv verfolgt und vielfältige Einblicke in gute Praxis gewonnen werden.

Die finalen Ergebnisse und tentativen Handlungsempfehlungen wurden schließlich in Validierungsworkshops in den Untersuchungsregionen, Praxismodulen und Coachings besprochen. Besonders in den beiden letztgenannten Formaten wurden auch konkrete alternative Modi operandi vorgestellt und diskutiert.

Untersuchungsregionen

Die Fallauswahl im Forschungs-Praxis-Projekt folgte einem Design möglichst unterschiedlicher Fälle auf Länder- und Kommunenebene, primär bezogen auf die Strukturdaten. Über diese vergleichende Methode sollte herauskristallisiert werden, ob sich die Länder und Kommunen in ihrem Ergebnis der Teilhabe von Pflegepersonal abhängig von ihrer Ländlichkeit, Finanzkraft, Zahl der Beschäftigten aus dem Ausland und der jeweiligen Regierungskonstellation unterschieden bzw. welche erklärenden Variablen sich für solche Unterschiede verantwortlich zeichneten (notwendige/hinreichende Begründung). Darüber hinaus wurde explorativ nach guten Praxisbeispielen gesucht. Es zeigte sich jedoch, dass das Feld sehr heterogen ist und sich die vermuteten Unterschiede aufgrund der strukturellen

Divergenz nicht konsequent in den Ergebnissen widerspiegeln.

Für das Projekt ausgewählt wurden zunächst die beiden bevölkerungsreichsten Bundesländer Bayern (BY) und Nordrhein-Westfalen (NRW), wodurch unterschiedliche raumstrukturelle, sozio-ökonomische und (landes-)politische Rahmenbedingungen und Besonderheiten im Gesundheitssystem abgebildet wurden. Diese umfassten:

- raumstrukturelle Rahmenbedingungen: ländlicher geprägtes (BY) vs. städtischer geprägtes Bundesland (NRW);
- sozioökonomische Lage: unterdurchschnittliche kommunale Kassenkredite und überdurchschnittliche Steuereinnahmekraft pro Einwohner:in (BY) vs. überdurchschnittliche kommunale Kassenkredite und durchschnittliche Steuereinnahmekraft (NRW) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt;
- Relevanz von Beschäftigten aus dem Ausland im Gesundheitssystem: überdurchschnittliche (BY) vs. durchschnittliche Anteile von Ausländer:innen in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege (NRW) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Die kriteriengeleitete Auswahl der Untersuchungsregionen innerhalb der Bundesländer wurde folgendermaßen operationalisiert:

- raumstrukturelle Rahmenbedingungen: je zwei Gebietskörperschaften in jedem Bundesland sind städtisch bzw. ländlich (entsprechend der Thünen-Klassifikation, vgl. Küpper 2016); je zwei Gebietskörperschaften weisen bundeslandübergreifend in etwa die

gleiche Bevölkerungszahl auf und die Gebietskörperschaften liegen in jedem Bundesland räumlich verteilt;
- sozioökonomische Lage: je zwei Gebietskörperschaften in jedem Bundesland sind sozioökonomisch stark bzw. weniger stark (entsprechend der Thünen-Klassifikation bzw. des Zuschnitts der Gemeinschaftsaufgabe ‚Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur' (GRW)-Fördergebiete, BBSR 2022);
- Relevanz von Beschäftigten aus dem Ausland im Gesundheitssystem: je zwei Gebietskörperschaften in jedem Bundesland weisen überdurchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Ausländeranteile in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege im Vergleich zum jeweiligen Bundeslanddurchschnitt auf; alle Gebietskörperschaften besitzen Pflegeheime, Pflegeschulen und ambulante Pflegedienste und mindestens eine Gebietskörperschaft in jedem Bundesland besitzt ein Universitätsklinikum, eine kommunale oder private Klinik bzw. eine Rehaklinik, sodass alle Versorgungsstufen abgedeckt werden.

Die Untersuchungsregionen umfassen in Bayern die kreisfreien Kommunen München, Nürnberg und Passau mitsamt dem Landkreis Passau sowie den Landkreis Cham, in Nordrhein-Westfalen hingegen die kreisfreien Städte Köln und Dortmund sowie die Landkreise Siegen-Wittgenstein und Höxter (für eine Karte zu den Untersuchungsregionen siehe Abbildung 8, für eine Übersicht zu den Charakteristika der Untersuchungsregionen siehe Tabelle 2). Innerhalb der vier Landkreise wurden schließlich nach Möglichkeit Einrichtungen und Akteure sowohl in kreisangehörigen Ober- und Mittelzentren als auch in Landgemeinden

berücksichtigt. Aus Datenschutzgründen werden die kreisangehörigen Kommunen an dieser Stelle nicht genauer benannt.

Explorativ sollte über die Einbeziehung der ambulanten Pflege ausfindig gemacht werden, wie sich u. U. die Bedingungen für die Teilhabe von Pflegekräften von jenen in Krankenhaus- und Pflegeheim-Einrichtungen unterscheiden. Außerdem wurde darüber ein weiterer Fall in einem ostdeutschen Bundesland zusätzlich einbezogen. Ergänzend wurden daher Interviews in Sachsen (SN), speziell in der Stadt Dresden und im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge geführt. Die Werte in Bezug auf Pflegebedürftige pro 1.000 Einwohner:innen ab 65 Jahren und Pflegegeldempfänger:innen an allen Pflegebedürftigen, d. h. Personen, die zuhause gepflegt werden, sind dort nahe an den ostdeutschen Durchschnittswerten. Die für diesen Fall ausfindig geachten Spezifika müssen künftig anhand weiterer Fälle überprüft werden.

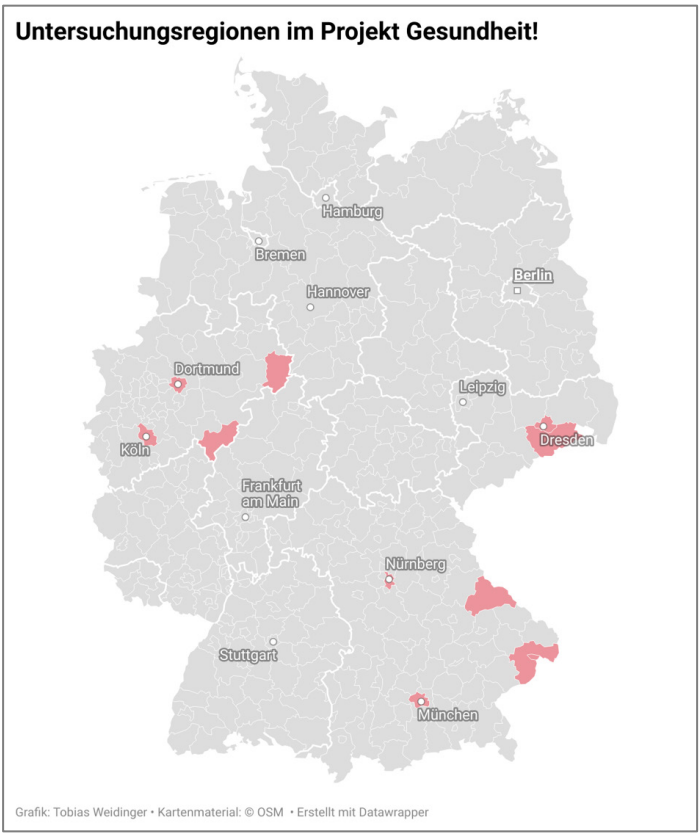

Abbildung 8: Karte der Untersuchungsregionen

Tabelle 2: Charakteristika der Untersuchungsregionen

Bundesland	Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Einwohnerzahl	Ländlichkeit	Sozioökonomische Lage	Anteil Pflegebedürftige	Ausländeranteile Gesundheits- & Krankenpflege	Ausländeranteile Altenpflege
BY	München	1.487.708	städtisch	stark	3,0 %	36,3 %	59,0 %
BY	Nürnberg	510.632	städtisch	weniger stark[1]	4,6 %	18,0 %	37,9 %
BY	Passau, St.	53.093	eher ländlich	stark	7,9 %	8,9 %	20,3 %
BY	Passau, Lkr.	194.090	eher ländlich	stark	6,4 %	13,8 %	14,1 %
BY	Cham, Lkr.	128.444	sehr ländlich	weniger stark	6,0 %	12,2 %	21,6 %
NRW	Köln	1.073.096	städtisch	stark	5,7 %	14,7 %	23,9 %
NRW	Dortmund	586.852	städtisch	weniger stark	6,4 %	11,3 %	16,9 %
NRW	Siegen-Wittgenstein, Lkr.	274.342	eher ländlich	stark	7,1 %	5,7 %	9,3 %
NRW	Höxter, Lkr.	139.994	sehr ländlich	weniger stark	7,1 %	4,5 %	4,7 %

Quellen:

Spalte 3 – Einwohnerzahl: nach Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes 31.12.2021 (Tabelle 12411)

Spalte 4 – Ländlichkeit: entsprechend Thünen-Klassifikation (Küpper 2016)

Spalte 5 – Sozioökonomische Lage: entsprechend Thünen-Klassifikation (Küpper 2016) und Abgrenzung GRW-Fördergebiete 2022-2027 (BBSR 2022)

Spalte 6 – Anteil Pflegebedürftige 2021 an der Gesamtbevölkerung: eigene Berechnung nach Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023b): Tabelle 22411

Spalte 7 – Anteil versicherungspflichtig beschäftigter Ausländer:innen in der Gesundheits- und Krankenpflege (Berufsgruppe 813): eigene Berechnung nach BA Statistik (2023a), Dezember 2021

Spalte 8 – Anteil versicherungspflichtig beschäftigter Ausländer:innen in der Altenpflege (Berufsgruppe 821): eigene Berechnung nach BA Statistik (2023b), Dezember 2021

Datenset

Einrichtungen, die in der Vergangenheit bereits Erfahrungen mit migrantischen Pflegekräften gemacht haben oder aktuell machen sowie kommunale und private Akteure wurden für die beiden Erhebungsphasen mittels Onlinerecherchen identifiziert und anschließend telefonisch kontaktiert bzw. per Email angeschrieben. Bei der Auswahl wurde versucht, unterschiedliche Einrichtungstypen abzudecken und nach Möglichkeit auch unterschiedliche Funktionsgruppen innerhalb der Einrichtung zu erreichen, die mit dem Thema betraut sind, d. h. Geschäftsführung, Pflegedirektion, Team- bzw. Bereichsleitung, Praxisanleitung, Ausbildungs- und Integrationskoordination. Aus der Kommunalverwaltung berücksichtigt wurden: Amtsleitungen,

Sachbearbeiter:innen, Beauftragte und Case-Manager:innen; aus Pflegeschulen: die Schulleitungen und ggf. Integrationskoordination; aus Sprachkursanbieter:innen: die Geschäftsführungen; aus Fachstellen: die Berater:innen; aus Vereinen: Vorstände und ggf. Mitarbeitende; aus regional tätigen Personalvermittlungsagenturen: die Geschäftsführungen. Ließen sich im Zuge der Erhebungen weitere Akteure identifizieren, wurden auch diese in die Untersuchung einbezogen, um eine etwaige Spannbreite in der Bewertung der unterschiedlichen Akteure mit abzubilden. Diese Varianz gilt auch für die Interviews mit migrantischen Pflegekräften: Interviewt wurden Personen unterschiedlichen Geschlechts und Alters, die aus der EU oder aus Drittstaaten stammen und in diversen Arbeitssituationen beschäftigt sind (in Ausbildung, in Anerkennung, Bundesfreiwilligendienstleistende:r, Pflegehelfer:in, Pflegeassistent:in oder Pflegefachkraft), die in Deutschland bzw. im Ausland ihre Ausbildung abgeschlossen haben, die angeworben wurden bzw. sich initiativ beworben haben. Die familiäre (Alleinstehende vs. Familie im Herkunftsland vs. Familie in Deutschland), aufenthaltsrechtliche (sicher, langfristig vs. unsicher, kurzfristig) und wohnliche Situation (zur Verfügung gestellte Wohnung durch Einrichtung vs. eigene Wohnung, Wohngemeinschaft vs. Privatwohnung) sollte sich bei den Pflegekräften unterscheiden. Damit sollte überprüft werden, ob sich die Teilhabemöglichkeiten auch nach diesen Kriterien – und nicht allein nach den exogenen Bedingungen in der Kommune oder der Einrichtung – unterscheiden.

Um die verschiedenen, im Abschnitt ‚Methodik' benannten und oben ausgeführten Zielgruppen in den Untersuchungsregionen zu erreichen, wurden, basierend auf Onlinerecherchen, Anschreiben sowie Flyer und Aushänge für schwarze Bretter erstellt. Bei der Kontaktaufnahme in den

Einrichtungen zeigte sich, dass die Arbeitsaus- und -belastung potenzieller Interviewpartner:innen im Befragungszeitraum sehr hoch war. Daher konnten trotz der Relevanz und Dringlichkeit des Themas in vielen Fällen Gesprächstermine häufig nur auf Nachfragen und mittels mehrfacher, das Projekt erklärender Telefonate und E-Mails realisiert werden. Die Teilnehmer:innen bzw. Befragten bekamen Einwilligungserklärungen in deutscher und englischer Sprache zur Unterzeichnung, für migrantische Pflegekräfte wurden zusätzlich Einseiter zu Rechten in der Forschung in 23 Sprachen und eine Liste mit Beratungsstellen und Ansprechpersonen bereitgehalten. Pflegekräfte erhielten als Aufwandsentschädigung für ihre Teilnahme kleine Geschenktaschen mit Krankenpflege-Uhr, Ausweishalter, Kugelschreiber, Handcreme, Snacks, Instantkaffee und Tee.

Das gesamte Datenset umfasst 28 Hintergrundgespräche mit 34 Teilnehmer:innen, zwei Fokusgruppengespräche mit acht Teilnehmer:innen und 97 qualitative Interviews mit 123 Befragten sowie 24 Validierungsworkshops, Praxismodule und Coachings mit 316 Teilnehmer:innen (siehe Tabelle 3).[57] Von den 43 befragten Migrant:innen in den qualitativen Interviews war die Mehrheit weiblich (30), durchschnittlich ca. 34 Jahre alt und ledig (16) oder verpartnert, verlobt oder verheiratet (18). Sie lebten im Durchschnitt neun Jahre in Deutschland, davon acht Jahre am aktuellen Wohnort (Spanne von jeweils < 1 Jahr bis 35 Jahre). In mindestens sieben Fällen kamen Befragte als Geflüchtete nach Deutschland. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Pflegekräfte hatte einen medizinischen oder pflegerischen Hintergrund, in Form einer Pflegeausbildung.

[57] „Sonstige" Befragte umfassen z. B. Vertreter:innen von Personalvermittlungsgenturen.

Tabelle 3: Datenset

	Methode	Anzahl	Teilnehmende gesamt	davon aus Einrichtungen (ohne Pflegekräfte mit Migr.-geschichte)	davon Pflegekräfte mit Migr.-geschichte	davon aus Politik und Verwaltung	davon aus dem Bereich Bildung	davon aus der Zivilgesellschaft	davon aus Forschung	davon Sonstige
Erhebungsphase I	Hintergrundgespräche (H)	19	24	4	-	3	6	8	-	1
	Fokusgruppengespräche	2	8	4	-	1	3	-	2	-
Erhebungsphase II	Hintergrundgespräche (H)	9	12	-	2	1	2	4	-	3
	Qual. Interviews in Untersuchungsregionen (Q)	97	123	36	43	18	8	1	2	5
	Validierungsworkshops (V)	24	316							

Im Nachgang an die Fokusgruppen- und Hintergrundgespräche sowie an die qualitativen Interviews wurden Gesprächsprotokolle erstellt, die Audioaufnahmen der qualitativen Interviews hingegen wurden zusätzlich vollständig transkribiert. Die während der Interviews mit migrantischen Pflegekräften erstellten grafischen Produkte wurden für die weitere Bearbeitung lediglich fotografiert und verblieben anschließend bei den Teilnehmer:innen.

3.2 Konzeptioneller Analyserahmen

Im Fokus der Analyse steht den Fragestellungen folgend die gleichberechtigte soziale Teilhabe von migrantischen Pflegekräften. Dafür werden Prozesse der Exklusion und Inklusion und die Rolle gesellschaftlicher Akteure und Institutionen betrachtet. Empirisch messbare Teilhabe an zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, wie Bildung, Beschäftigung und soziale Sicherungssysteme (vgl. SVR 2012) wurden von Ager und Strang (2008) zu einer Theorie mittlerer Reichweite entwickelt. Sie verstehen Integration als zweiseitigen Prozess (vgl. Berry 1997), der sowohl die Perspektive der Neuzugewanderten und ihr Ringen um Teilhabe am sozialen, kulturellen, ökologischen und politischen Leben als auch die Aufnahmegesellschaft und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einbezieht (vgl. Schammann & Gluns 2021). Staatsbürgerschaft und Rechte und Pflichten gelten dabei als Grundlage (*Foundation*) für den Zugang zu Arbeit, Wohnen, Bildung und Gesundheit (*Markers and means*, siehe Abbildung 9), während soziale Verbindungen (*social connection*), d. h. Bindungen zu Familie und Personen derselben Community (*social bonds*), Brücken zu anderen Communities (*social bridges*) und Verbindungen zu Strukturen des Staates (*social links*), eine wichtige Rolle bei der ‚Erleichterung'

und Steuerung des Integrationsprozesses auf lokaler Ebene spielen (vgl. Ager & Strang 2008; Putnam 1993; siehe Abbildung 9). Darüber hinaus erleichtern Sprache und kulturelles Wissen sowie die Sicherheit und Geborgenheit im lokalen Umfeld als *Facilitators* den Zugang zu Arbeit, Wohnen, Bildung und Gesundheit (vgl. Ager & Strang 2008). Da Alltagsmobilität besonders in ländlichen Räumen zentral ist, wurde dies als weiterer *Facilitator* im Modell ergänzt (Weidinger et al. 2017).

Abbildung 9: Erweitertes Integrationsmodell nach Ager und Strang 2008

Quelle: Eigene Darstellung

Das dargestellte Teilhabemodell greifen wir insbesondere deshalb in der Analyse auf, weil es eine *beyond-the-workplace*-Perspektive eröffnet und ein subjektorientiertes Verständnis von Teilhabe aus der Lebenswelt der Pflegekräfte ermöglicht (vgl. Kieslinger et al. 2021). Es berücksichtigt sowohl gegenwärtige materielle und immaterielle Lebensbedingungen sowie biographische Erfahrungen. Letztere sind vor allem deshalb von Bedeutung, da subjektives Wohlbefinden und damit zusammenhängend die Entscheidung, weiter bei der Einrichtung oder im Pflegesektor beschäftigt bzw. am Wohnort wohnen bleiben zu wollen,

relational, das heißt in Bezug auf Erfahrungen in der Vergangenheit oder Bedingungen an anderen Orten ausgehandelt wird.

Wir gehen davon aus, dass eine Person dann eine Wohnstandortverlagerung vornimmt, wenn diese für sie oder ihre Familie mit einer Nutzensteigerung einhergeht (vgl. Weichhart 2009). Bewertet werden einerseits strukturelle Faktoren, also Rahmenbedingungen, die in den räumlichen Charakteristika eines Wohnortes begründet sind, und soziale, ökonomische und politische Kontexte (Auswanderungsumgebung, *emigration environment,* Einwanderungskontext, *immigration interface*, vgl. Carling & Schewel 2018) sowie mögliche Modi von Migration (temporär vs. zyklisch vs. permanent). Andererseits werden auch individuelle Konstellationen berücksichtigt (*individual level characteristics,* vgl. Carling & Schewel 2018). Individuelle Variablen können insbesondere die Position im Lebensverlauf (*life course*) oder auch Lebensereignisse die Entscheidung für das Bleiben oder Weiterwandern von Personen beeinflussen, die im Gesundheits- und Pflegebereich tätig sind. Der Aushandlungsprozess von Bleiben und Gehen umfasst stets die Reflexion über die Absicht (*aspiration),* Möglichkeit und ggf. deren Verwirklichung ((*cap)ability,* Carling & Schewel 2018; Kordel et al. 2023a; für die Diskussion um die Fähigkeit zu Mobilität, *motility*, Kaufmann 2002).

Die Verwirklichung der Entscheidung für das Bleiben oder Weiterwandern ist maßgeblich von Handlungsmacht (*agency*) bestimmt. Ausgehend von der Annahme, dass Menschen in soziale Konstellationen eingebunden sind, woraus spezifische Ermöglichungen und Begrenzungen der Handlungsfähigkeit resultieren (vgl. Emirbayer & Mische 1998), geht das Konzept zunächst von erlernten und

routinisierten, das heißt inkorporierten Praktiken gemeinsam mit temporär stabilen Identitätskonstrukten aus, die jedoch im Migrationskontext häufig Irritationen ausgesetzt sind. Weiterhin richten Akteure ihre gegenwärtigen Handlungen an in die Zukunft projizierten Zielen, Ängsten und Hoffnungen aus und generieren Handlungsalternativen (*projectivity* – Zukunft, Emirbayer & Mische 1998; vgl. Spenger & Kordel 2023). Schließlich werden Handlungsoptionen in einem kommunikativen Prozess ausgehandelt und dem aktuellen Kontext angepasst (*practical evaluation* – Gegenwart). Handlungsmacht ist für das Verständnis des Zugangs zu den oben genannten Teilhabedimensionen deshalb zielführend, weil sie als Teil sozialer Praxis verstanden werden kann.

Neben einer subjektorientierten Sichtweise nehmen wir im Projekt als Zweites eine organisationale Perspektive ein und fokussieren, wie institutionalisierte Akteure in Einrichtungen, Kommunen und der Zivilgesellschaft Wandel gestalten (siehe Abbildung 10). Dabei greifen wir sowohl Debatten um diversitätsorientierte Organisationsentwicklung[58] als auch strukturelle Merkmale der Organisationen (z. B. Größe der Einrichtung) sowie Einstellungen und Handlungsorientierungen auf.

Schließlich nehmen wir ortsbezogene, d. h. lokal-regionale Charakteristika in den Blick. Wir gehen davon aus, dass raumstrukturelle Merkmale, wie der Wohnungsmarkt oder die Infrastrukturausstattung, sowie haupt- und ehrenamtliche Akteure im Sozialraum für die Analyse der Teilhabe entscheidend sind (siehe Abbildung 10). Mit dem Erhebungsinstrument des Mobility Mapping versetzten

[58] vgl. Dreas 2019; Herrmann & Kätker 2007; Hummel et al. 2023; Meister & Hörmeyer 2023.

wir die Teilnehmenden in die Lage über ihren Aktionsraum zu reflektieren und setzen diesen mit Teilhabe und Wohlbefinden in Beziehung. Eine (wohn)ortsbezogene Perspektive negiert dabei nicht transnationale und translokale Lebenswelten, die für die Diskussion von sozialer Teilhabe mindestens ebenso relevant sind.

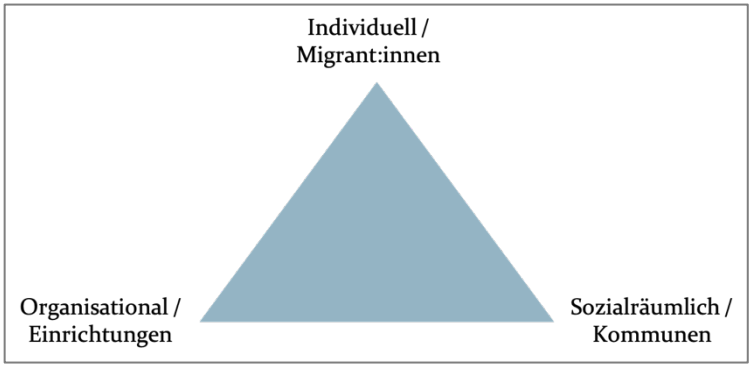

Abbildung 10: Interdependente Perspektiven im Projekt

Quelle: Eigene Darstellung

3.3 Operationalisierung der Analyse

Die Daten aus den qualitativen Interviews wurden mittels einer umfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Dafür wurde zunächst ein deduktiv-induktiv ausgelegtes Kodebuch entwickelt. Nach einer ersten Kodierrunde mit zwei Personen erfolgten Ergänzungen und Anpassungen, um eine intersubjektive Kodierung zu gewährleisten. Die anschließende Kodierung aller Interviews erfolgte unter anderem entlang der verschiedenen Teilhabedimensionen wie Wohnen, Bildung, Gesundheit/Wohlbefinden/Freizeit, Alltagsmobilität, soziale Kontakte, Diskriminierung und Rassismus sowie politische und rechtliche Teilhabe

(siehe auch Kapitel 3.2). Außerdem wurden die handelnden Akteure in Einrichtungen, Kommunen und der Zivilgesellschaft erfasst. Schließlich wurde auch nach Wertungen, zeitlicher und örtlicher Verortung sowie nach relationalen Beschreibungen oder Reflexionen zur jeweiligen Region oder der Pflege selbst kodiert (siehe auch Kapitel 3.2). Die im Nachgang an die qualitativen Interviews (Q) mit Pflegekräften abfotografierten Mobility Maps wurden quantitativ ausgewertet, aus den Hintergrundgesprächen (H) und Validierungsworkshops, Praxismodulen und Coachings (V) wurden ergänzend die Protokolle in die Auswertung einbezogen.

Aus den Ergebnissen wurden induktiv-deduktiv Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese wurden im Rahmen der oben genannten Validierungsworkshops, Praxismodule und Coachings vorgestellt und gemeinsam mit den Teilnehmenden diskutiert. Schließlich wurden im Juli 2025 Handlungsempfehlungen durch verschiedene Akteure auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene vor der Finalisierung schriftlich kommentiert.

4 Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen

Eine Vielzahl unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen reguliert die Einreise, den Aufenthalt, die Arbeitsaufnahme und die Anerkennung der Qualifikationen bei Pflegekräften mit eigener Migrationsgeschichte. Die Akteure und ihre Zuständigkeiten, angesiedelt auf unterschiedlichen politischen Ebenen, werden in den folgenden beiden Abschnitten skizziert, bevor in Kapitel 4.3 auf aufenthaltsrechtliche und in Kapitel 4.4 auf anerkennungsrechtliche Rahmenbedingungen eingegangen und Einordnungen mithilfe empirischer Befunde vorgenommen werden.

4.1 Transnationaler und EU-Rahmen

Auf transnationaler Ebene spielen verschiedene internationale Akteure und Instrumente eine zentrale Rolle, die die Beschäftigung migrantischer Pflegekräfte regeln (für einen Überblick vgl. Yeates & Pillinger 2021). Neben dem (nicht bindenden) Globalen Pakt für Migration (2018), der unter anderem ethische Normen für die Rekrutierung von Fachkräften beinhaltet, findet insbesondere der Globale Verhaltenskodex (*Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*) der WHO von 2010 in Deutschland Berücksichtigung (für *Triple Win*-Programm, vgl. GIZ 2013, siehe Kapitel 4.2; für *Skills Partnerships*, vgl. Bertelsmann Stiftung 2024). Der Verhaltenskodex schränkt die Anwerbung im Gesundheitssektor aus bestimmten Ländern insofern ein, als in den Herkunftsstaaten kein kritischer Fachkräftemangel entstehen darf (vgl. Hanrieder & Janauschek 2025; SVR 2022; WHO 2010). Außerdem ruft er

Deutschland dazu auf, selbst ausreichend Pflegekräfte zu qualifizieren und mittels attraktiver Arbeitsbedingungen an den Beruf zu binden (vgl. Braeseke & Bonin 2016; Yalçın et al. 2024). 2017 wurden im Rahmen des Programms *Working for Health* zudem Leitlinien zu bilateralen Abkommen über die Migration und Mobilität von Gesundheitsfachkräften zusammen mit der WHO, der OECD und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) entwickelt (vgl. WHO et al. 2024).

Auf EU-Ebene finanziert das europaweite Netzwerk European Employment Services (EURES) als Teil der Europäischen Arbeitsbehörde (ELA) die Qualifizierung zur beruflichen Anerkennung. Seit der Entscheidung durch den Rat der Europäischen Union im Juni 2024 wird mit dem neuen Instrument des *EU Talent Pools*, die erste EU-Online-Plattform zur koordinierten Anwerbung und Vermittlung von Fachkräften aufgebaut (vgl. Europäische Kommission 2023; Katsiaficas et al. 2023).

4.2 Akteure in Deutschland

Auf Bundesebene sind verschiedene Ministerien mit spezifischen Verantwortungsbereichen für die Fachkräftemigration zuständig (vgl. Azahaf 2024; Bertelsmann Stiftung 2024): Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE) übernimmt unter anderem Informationsaufgaben in Bezug auf Fachkräfteeinwanderung, beispielsweise durch das Institut der deutschen Wirtschaft e.V. (IW) realisierte und betreute Portal *Make-it-in-Germany* und finanziert das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA), das seit 2011 kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bei der Gestaltung ihrer Personalarbeit unterstützt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verantwortet seit 2022 die ressortübergreifende Fachkräftestategie und fördert die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), die mittels Coachings und Beratungsangeboten vor allem kleine und mittelständische Unternehmen bei der Gestaltung der Transformation der Arbeitswelt unterstützt und die Arbeitsbedingungen unterstützt, u.a. in den Bereichen Diversitätsmanagement und Personalentwicklung. An der Initiative beteiligt sind Arbeitgeberverbände und Kammern, Gewerkschaften, die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; die Umsetzung erfolgt durch die Digitas GmbH. Daneben unterstützt das Ministerium seit 2005 bei der Integration und Anerkennung vor Ort, insbesondere im Rahmen des Förderprogramms ‚Integration durch Qualifizierung' (IQ).

Das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) ist verantwortlich für die Information zur Anerkennung ausländischer Qualifikationen, unter anderem durch die Finanzierung des Portals ‚Anerkennung in Deutschland' (2012) und der Zentralen Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA), die 2020 in Kooperation mit dem BMAS und der Bundesagentur für Arbeit (BA) eröffnet wurde. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), das Kompetenzzentrum im Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland, unterstützt insbesondere bei der Anerkennung in Deutschland. Daneben existiert zur Vereinheitlichung der Verfahren seit 2016 auch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) im Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist zuständig für die Rahmenbedingungen der Anwerbung von Gesundheits- und Fachkräften, unter anderem durch die Förderung der deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa), die seit 2019 bei der Gewinnung von internationalen Fachkräften unterstützt, sowie die Schaffung des staatliche Reichsausschuss für Lieferbedingungen (RAL)-Gütesiegels ‚Faire Anwerbung Pflege Deutschland' für private Anwerbeprozesse als Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege (KAP; vgl. Strumpen 2021). Um diese Anwerbeprozesse zukünftig ethisch und rechtlich besser zu gestalten, wurde 2021 dieses Gütesiegel etabliert, das auf Antrag an solche private Personalvermittlungsagenturen sowie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vergeben wird, die Pflegefachpersonen aus dem Ausland nach Deutschland anwerben. Es macht Vorgaben zur Qualitätssicherung privater Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten. So soll ein für die Kandidat:innen unentgeltlicher Vermittlungsprozess eingehalten werden, sollen diese vor Ausbeutung und Diskriminierung geschützt und adäquate Maßnahmen nach Ankunft in Deutschland ergriffen werden (vgl. BMG 2021; Wielga et al. 2023). Das freiwillige Gütesiegel wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und durch das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) entwickelt. Es wird durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) herausgegeben und durch die Gütegemeinschaft Anwerbung und Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland e.V. (GAPA) an die Agenturen und Einrichtungen erteilt.

Weitere Ministerien übernehmen ebenfalls wichtige Funktionen: Das Bundesministerium des Innern (BMI) ist ver-

antwortlich für die Weiterentwicklung der aufenthaltsrechtlichen und integrationsrechtlichen Steuerung in Bezug auf das Einwanderungsrecht sowie die Prüfung polizeilicher Erkenntnisse durch Sicherheitsbehörden (d. h. Bundesamt für Verfassungsschutz, BfV, oder Bundeskriminalamt, BKA) und das Bundesministerium für Entwicklung (BMZ) für die Stärkung „migrationspolitischer Kapazitäten der Herkunftsländer" (vgl. Azahaf 2024: 288f). Das Auswärtige Amt (AA) hingegen kümmert sich um Informationen zu Deutschland und die Visavergabe durch Auslandsvertretungen (AV), d. h. Botschaften und (General-)Konsulate, sowie die Unterstützung der Sprach- und Schulförderung im Ausland (vgl. Azahaf 2024).[59]

Auf operativer Ebene führt die Bundesagentur für Arbeit Bedarfs- und Potenzialanalysen durch, übernimmt eine Vermittlungsrolle zwischen Einrichtungen und Drittstaaten und betreibt die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV), die für die Vermittlung von Fachkräften im In- und Ausland zuständig ist und u. a. auch Arbeitgeber:innen berät.[60] Zudem prüft die BA Voraussetzungen für die Arbeitsmarktzulassung (z. B. Gehalt, Beschäftigungsbedingungen), an denen das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Kontext von aufenthaltsrechtlichen Fragen, insbesondere von Asylverfahren, auch teilweise beteiligt ist. Das Bundesverwaltungsamt (BVA) unterstützt die Auslandsvertretungen bei Visaanträgen und

[59] Das Bundesamt für Auswärtige Angelegenheiten (BfAA) unterstützt die Auslandsvertretungen bei der Bearbeitung der Visumsverfahren, tritt jedoch gegenüber Antragsteller:innen nicht in Erscheinung (vgl. Tollenaere et al. 2023).

[60] Die ZAV vermittelt in einem gemeinsamen Programm mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und in Kooperation mit den Arbeitsverwaltungen der Partnerländer qualifizierte Pflegekräfte an Unternehmen in Deutschland (*Triple Win Pflegekräfte*).

fungiert als Schnittstelle für Digitalisierungsmaßnahmen. Das BAMF fördert und organisiert außerdem Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, beispielsweise im Rahmen von Programmen des IQ-Netzwerks, sowie Sprach- und Integrationsangebote (§45a AufenthG) und erteilt etwa Zulassungen für Sprachkursträger und Sprachlehrkräfte zur Durchführung von Berufssprachkursen. Das Goethe-Institut bietet Vorintegrations- und Sprachkurse sowie – ebenso wie die Telc gGmbH des deutschen Volkshochschulverbandes – Sprachzertifizierung (im Ausland) an.

In einigen Bundesländern fungieren die Regionaldirektionen der BA als Fachaufsicht kommunaler Arbeitsagenturen und sind in Abstimmung mit Landesregierungen für die Arbeitsmarktpolitik verantwortlich. Die Zuständigkeit für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse obliegt den Ländern. Ausländerbehörden (ABH) wiederum sind auf kommunaler Ebene operativ zuständig für Aufenthaltstitel, Duldungen oder Familiennachzug und agieren unter der Fachaufsicht der Länder. Bei früheren Aufenthalten im Bundesgebiet, z. B. zum Studium oder für eine Beschäftigung, sind sie bereits am Arbeitsvisumsverfahren beteiligt. Weitere wichtige Akteure im Fachkräftemigrationssystem sind schließlich Verbände, Gewerkschaften, Vermittlungsagenturen sowie Migrantenselbstorganisationen (MSO), die als Brücken zwischen diesen verschiedenen Akteursgruppen auf allen politischen Ebenen fungieren.[61]

[61] So hat beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ‚Anforderungen für eine ethisch vertretbare Anwerbung von ausländischen Arbeits- und Fachkräften in der Pflege' entwickelt, die eine gelebte Willkommenskultur und interkulturelle Öffnung in den Einrichtungen sowie eine soziale Begleitung der Angeworbenen umfasst (BAGFW 2014).

Diese Vielzahl von zuständigen Ressorts im deutschen Mehrebenensystem zwischen Bund, Ländern und Kommunen führt oft zu unklaren Zuständigkeiten und zu intransparenten sowie ineffizienten Parallelstrukturen, die bei der konkreten Betrachtung von aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Anerkennung von Qualifikationen besonders deutlich und im Folgenden mit unserer Erhebung konkretisiert werden (vgl. Bertelsmann Stiftung 2024; SVR 2025a, 2025b). Um die Komplexität der Akteurslandschaft, denen sich Pflegekräfte und Arbeitgeber:innen gegenüber sehen, einmal zu verdeutlichen, wurden in einer Excelliste alle Akteure und ihre Aufgaben im Migrationsverfahren, in der Zulassung zum deutschen Arbeitsmarkt und im Anerkennungsverfahren erfasst (vgl. Tollenaere et al. 2023). Diese Liste wurde in der Software Gephi hochgeladen, um das Netzwerk und die Verbindungen zwischen den Akteuren anschließend – wie in Abbildung 11 dargestellt – visualisieren zu können (vgl. Cherven 2015).

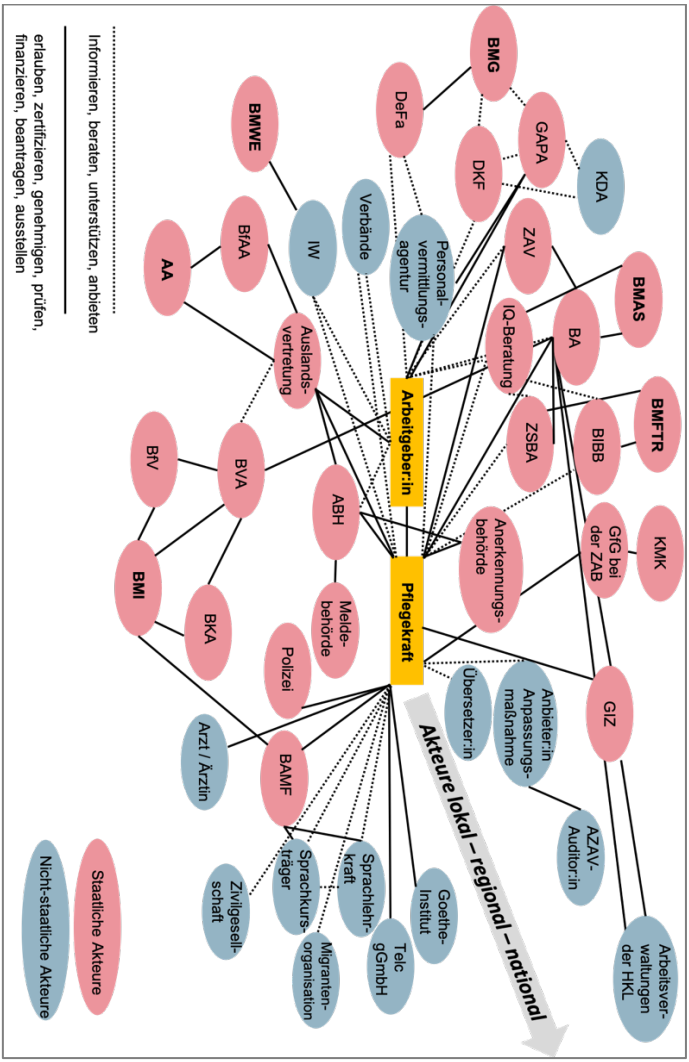

Abbildung 11: Netzwerk möglicher beteiligter Akteure am Migrationsverfahren, dem Arbeitsmarktzugang und der Anerkennung von Pflegekräften aus Drittstaaten

Idee: Tobias Weidinger, Entwurf: Stefan Kordel

4.3 Aufenthaltsrechtlicher Rahmen in Deutschland

Regelungen im Aufenthaltsrecht ziehen unterschiedliche Konsequenzen für den Zutritt und Aufenthalt in Deutschland nach sich – je nachdem, ob eine Person die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaats der Europäischen Union (EU) innehat oder ob sie Drittstaatangehörige ist, d. h. keine Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedstaats besitzt. Außerdem wird unterschieden zwischen Personen, die sich im Rahmen der Familienzusammenführung, aufgrund von Flucht, von Bildung und Ausbildung oder im Rahmen einer Erwerbstätigkeit in Deutschland aufhalten (möchten) (vgl. SVR 2023). Bei Personen, die im Rahmen der Familienzusammenführung oder aufgrund von Flucht einreisen, werden Einreise und Aufenthalt unabhängig von der Qualifikation beurteilt. Ausgenommen davon ist die Regelung für Personen mit einer Duldung, die im Rahmen des Chancen-Aufenthaltsrechts (§ 104c AufenthG) einen Aufenthaltstitel erhalten können, wenn sie gewisse Voraussetzungen, wie beispielsweise die Sicherung ihres Lebensunterhalts durch Erwerbstätigkeit, nachweisen können oder im Rahmen der Ausbildungsduldung (§ 60c AufenthG) einer Ausbildung und Berufstätigkeit nachgehen.

Akteure, die Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte beraten, weisen in empirischen Erhebungen darauf hin, dass diese Rahmenbedingungen als Chance für eine Tätigkeit in der Pflege dienen können:

> „Ganz oft spielt aber da noch ein zweiter Faktor eine Rolle und das ist einfach die Aufenthaltssicherung. Wir haben Personen, die einfach noch keinen gesicherten Aufenthalt haben, die Arbeit, Ausbildung nutzen möchten, um sich den Aufenthalt zu sichern.

> Und die Pflege ist da einer der Bereiche, wo klar ist, es gibt eigentlich ein Überangebot an Ausbildungsstellen und es gibt dort definitiv Bleibeperspektiven für die Zukunft." (Q92, Arbeitsmarktmentor in einem Wohlfahrtsverband)

In allen anderen Fällen ist der Aufenthalt bereits vor oder unmittelbar nach der Einreise an die Qualifikation der Person geknüpft. Nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) muss für den Aufenthalt im Rahmen der Erwerbstätigkeit in Deutschland entweder die Gleichwertigkeit der Qualifikation festgestellt (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 AufenthG) oder eine Berufsausübungserlaubnis erteilt bzw. zugesagt werden (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 AufenthG). Da die Pflege ein sogenannter reglementierter Beruf ist, ist deren Aufnahme und Ausübung rechtlich an bestimmte Berufsqualifikationen gebunden. Diese werden sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene reguliert und setzen einen Gleichwertigkeitsnachweis voraus, d. h. die im Ausland erworbene berufliche Qualifikation wird entsprechend deutscher Standards geprüft. In diesem Fall spielt das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG), das am 01. März 2020 in Kraft trat und 2023 erweitert wurde, eine zentrale Rolle. Auch wenn die Zuwanderung im Pflegesektor bereits 2013, d. h. vor Inkrafttreten des FEG, über eine sogenannte Positivliste durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) vereinfacht und ohne Vorrangprüfung ermöglicht worden war, erleichterte das FEG die vorgelagerte Anerkennung der Qualifikation: Es erlaubte, dass Personen nunmehr auch zum Zweck der notwendigen Ausgleichsmaßnahmen einreisen dürfen (§ 16d AufenthG; vgl. SVR 2022). Personen aus Drittstaaten mit einer im Ausland staatlich anerkannten, beruflichen Qualifikation wurde so das Verfahren für die Einreise, die Arbeitsplatzssuche und den Aufenthalt in Deutschland

vereinfacht, indem sie auch unter den allgemeinen Fachkräftebegriff nach AufenthG § 18 Abs. 3 Nr. 1, § 18a und § 18b unabhängig von akademischer Qualifizierung, gefasst wurden (vgl. SVR 2022). Zudem schaffte das FEG rechtliche Erleichterungen für die Einreise zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Dies war besonders für Pflegekräfte unterhalb der dreijährigen Fachkräfteausbildung, für ausländische Studierende und Auszubildende relevant. So können auch Pflegehilfskräfte aus dem Ausland sowie Personen ohne Qualifikation zum Zweck einer Qualifizierung einreisen. Die Aufenthaltsgenehmigung für die Nachqualifikation wurde zudem von 18 auf bis zu 24 Monate zu verlängert (§ 16d Abs. 1 S. 3 AufenthG; vgl. SVR 2022: 27f.). Nach erfolgreichem Abschluss einer Ausbildung in Deutschland oder der erfolgreichen Anerkennung können sich Pflegekräfte zunächst bis zu zwölf Monate in Deutschland aufhalten (§ 16a AufenthG). Der Nachweis deutscher Sprachkenntnisse wird vorausgesetzt.

Die im Juni 2024 in Kraft getretene Chancenkarte (§ 20a AufenthG) vereinfacht ebenfalls die Erwerbsmigration zur Jobsuche oder Anerkennung in Deutschland. Allerdings wird sie unter anderem aufgrund der langen Verfahrensdauer bislang wenig genutzt (vgl. SVR2025a). Die Chancenkarte kann an zwei Personengruppen erteilt werden: 1. an Fachkräfte im Sinne von § 18 Abs. 3 AufenthG (also Personen mit einer anerkannten Hochschulausbildung oder mit einer qualifizierten Berufsausbildung, die entweder in Deutschland absolviert wurde oder als gleichwertig mit einer in Deutschland absolvierten Ausbildung anerkannt wurde) sowie 2. an solche Personen, die eine ausreichende Punktzahl nach dem neu eingeführten Punktesystem erreicht haben. Um die Chancenkarte zu erhalten, müssen mindestens sechs Punkte erreicht werden. Die Punkte werden über Kriterien wie Sprachkenntnisse, Berufserfahrung,

Anerkennung der Qualifikationen in Deutschland, Alter und Deutschlandbezug sowie das Fachkraftpotenzial der mitziehenden Lebens- oder Ehepartner:innen gesammelt. Nach Erreichen der Mindestpunktzahl wird eine Aufenthaltsgenehmigung befristet für ein Jahr zum Zweck der Arbeitssuche und Probearbeit ausgestellt, die auch eine Beschäftigung von bis zu 20 Stunden pro Woche erlaubt. Letztere Grenze wurden jedoch von Akteuren aus der Praxis kritisch bewertet:

> „Also ich verstehe die Grenze von 20 Stunden nicht. […] [W]arum sollte sie nicht 40 Stunden arbeiten dürfen? Ich meine, es ist doch viel besser für die Fachkraft, weil sie sich an den 40-Stunden-Arbeitsalltag gewöhnt. Sie ist im Berufsleben integriert, kann besser die Berufssprache lernen." (Q91, Beraterin im Bereich Arbeitsmarkt in einem Verein)

Auch existieren aufenthaltsrechtlich relevante Vermittlungsabsprachen zwischen der BA und den Arbeitsverwaltungen ausgewählter Herkunftsländer spezifisch für den Pflegesektor im Rahmen einer erweiterten Dauer für Anpassungsmaßnahmen von bis zu drei Jahren, ohne vorhergehendes Anerkennungsverfahren im Ausland (vgl. SVR 2022). Ähnliches galt bereits für bilaterale Abkommen im Bereich des Pflegesektors sowie den oben bereits erwähnten Anerkennungspartnerschaften beispielsweise mit Bosnien und Herzegowina, Serbien, den Philippinen, Indonesien und Vietnam sowie Jordanien und Tunesien (vgl. Bertelsmann Stiftung 2024; Pürckhauer et al. 2024).

Die Westbalkan-Regelung, die Staatsangehörigen aus Albanien, Bosnien und Herzegowina, dem Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro und Serbien die Einreise und den Aufenthalt in Deutschland für die Aufnahme einer

Erwerbstätigkeit vereinfacht ermöglicht, gilt nicht für reglementierte Berufe wie die Pflege (§ 26 Abs. 2 BeschV; vgl. BA 2025b). Allerdings sind je nach berufspraktischer Erfahrung die Einreise und der Aufenthalt als Pflegehilfskraft möglich, sofern die Bundesagentur für Arbeit (BA) zuvor ihre Zustimmung erteilt (vgl. BA 2025b; SVR 2023: 20). Dies ist insbesondere in der Altenpflege von zunehmender Relevanz.

Für EU-Staatsangehörige gelten aufgrund ihrer Freizügigkeitsrechte keine Einschränkungen bei der Einreise und dem Aufenthalt in Deutschland (Verordnung über die Arbeitnehmerfreizügigkeit (VO (EU) Nr. 492/2011 und Freizügigkeitsrichtlinie RL 2004/38/EG; vgl. SVR 2023: 28). Zudem gilt die Pflege als einer der wenigen reglementierten Berufe, die im Rahmen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) automatisch anerkannt werden (vgl. SVR 2023: 23).[62] Allerdings haben EU-Staatsbürger:innen durch Erwerbstätigkeit die ersten fünf Jahre nach Einreise keinen Anspruch auf Leistungen nach SGB II und XII.

Zudem gelten auch auf der Ebene der Europäischen Union weitere Einreise- und Aufenthaltsmöglichkeiten für Personen mit ‚besonderer beruflicher Erfahrung' aus Drittstaaten im Rahmen der ‚Blaue Karte EU'. Diese bietet eine Möglichkeit der Mobilität und Aufenthaltserlaubnis innerhalb der Europäischen Union für vier Jahre und vereinfacht den Familiennachzug insofern, als keine deutschen Sprachkenntnisse der Partner:innen vorausgesetzt werden. Auch kann die Niederlassungserlaubnis unter gewissen Voraussetzungen bereits nach zwei Jahren erteilt werden (Richtlinie (EU) 2021/1883; AufenthaltG § 18 und § 19). Die Unterschiede der Freizügigkeit bei EU-Staatsangehörigen

[62] Dies gilt nicht für die Altenpflegeausbildung, da diese nur in Deutschland existiert und daher keine einheitlichen EU-Standards bestehen.

im Vergleich zu Drittstaatsangehörigen bewertet eine Interviewperson und unterstreicht dabei das individuelle Risiko, das Personen aus Drittstaaten eingehen:

> „Ich denke, wer den Schritt jetzt aus Drittstaaten wagt, der hat auch eher im Fokus, eine neue Existenz aufzubauen. Der bricht seine Zelte im Heimatland wirklich ab. Es ist mit extrem viel Risiko verbunden, mit Aufwand." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

Trotz dieser Vereinfachungen auf EU- und Bundesebene wurden erhebliche praktische Herausforderungen von Befragten herausgestellt: Langwierige Verfahrensdauern, häufige Änderungen in der Gesetzgebung, mangelnde Transparenz, Doppelstrukturen sowie zunehmend auch der Personalmangel in den zuständigen Behörden. Als notwendig erachtet wurden Beratungsstrukturen für Pflegekräfte selbst aber auch für Arbeitgebende, da rechtliche und politische Rahmenbedingungen sich als unüberschaubar erweisen.

> „Und ja, oftmals sind das halt so ein bisschen halbausgegorene Gesetze, die dann kommen, die dann auch immer zeitlich begrenzt sind, wo man nicht weiß: Was kommt danach? Das macht das nicht einfacher." (Q55, Flüchtlingsberaterin und -betreuerin in einem Verein)

> „Ich glaube, vor allem bei den anwendenden Bereichen, das wäre ja in dem Fall auch die Ausländerbehörde, sorgt das einfach für eine Mehrbelastung. Also ständige Änderungen des Gesetzes bedeutet ständige Schulungen und Neuerungen, mit denen die Mitarbeiter sich auseinandersetzen müssen und anwenden müssen." (Q41, Mitarbeiter in einer Kommunalverwaltung)

> „Bis man da dann tatsächlich was zurückbekommt, dauert auch sieben, acht Monate. Also da will Deutschland toll ganz schnell irgendwelche Fachkräfte haben. Aber bis die Fachkräfte dann tatsächlich losstarten können, auch, selbst wenn die Deutschkenntnisse und alles schon haben, bis sie das tatsächlich das irgendwo schriftlich haben, ist die Arbeitsstelle schon wieder weg." (Q42, Berater in einem Verein)

Zusätzlich wurde eine Verkettung von Hürden kritisiert: Auch nach Abschluss ihrer Qualifikation oder ihrer Anerkennung müssen Fachkräfte teilweise zu lange auf die Bestätigung der zuständigen Behörden für eine Arbeitserlaubnis als Fachkraft mit entsprechender Entlohnung warten. Das bedeutet in der Praxis, dass sie nicht als Fachkräfte weiterbeschäftigt werden können, da die vorhandene Arbeitserlaubnis lediglich eine Tätigkeit als Hilfskraft oder Auszubildende ermöglicht. Auch erschwert dies einen Erwerb desjenigen Aufenthaltstitels, der für den Familiennachzug notwendig ist.

> „Also das ist schon ärgerlich, weil, ne, da hängen Familien dran, logischerweise, wenn wir über erwachsene Leute reden. […] Die müssen natürlich auch erst mal hier die Anerkennung durchhaben, bevor sie Familiennachzug holen können." (Q93, Leiterin einer Altenpflegeeinrichtung)

Geschätzt wurde der Einsatz von Arbeitgeber:innen bei der Unterstützung dieser Prozesse. Dennoch wird das Risiko einer Einstellung oftmals als zu hoch eingeschätzt, da kein nahtloser Übergang zu einer Weiterbeschäftigung möglich ist. Kurze Aufenthaltsdauern, insbesondere bei Geduldeten, erschweren zusätzlich die Planbarkeit.

> „Auf jeden Fall ging das dann trotzdem irgendwie und es haben alle zusammen geholfen. Also auch wir intern haben geguckt, dass die Ausländerbehörde da wirklich dann alles einfach schon durchwinkt und bereit macht und dass das mit dem Eilverfahren genehmigt wird, alles." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

> „Die Arbeitgeber sind da aufgrund dieser Duldung, die viele Klienten haben, etwas verunsichert, weil die dort ein Risiko sehen. Um, sage ich mal, den nicht zu verlieren, vermeidet man dann Einstellungen, ne?" (Q94, Beraterin in einer Kommunalverwaltung)

4.4 Anerkennung von Qualifikationen

Die Anerkennung von Qualifikationen in der Pflege ist in Deutschland ein zentrales, aber auch langwieriges und komplexes Thema. Das Anerkennungsgesetz wurde 2012 eingeführt, um auch den Zugang zu reglementierten Berufen wie beispielsweise der Pflege für ausländische Fachkräfte zu ermöglichen (vgl. SVR 2022: 26). Das Recht auf die Durchführung eines Anerkennungsverfahrens und die Prüfung der Gleichwertigkeit mit der deutschen Berufsqualifikation im Rahmen des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes (BQFG) ist unabhängig von Staatsangehörigkeit, Wohn- und Ausbildungsort und kann seit 2015 mit einer befristeten Aufenthaltserlaubnis zur Nachqualifikation überbrückt werden (vgl. SVR 2022: 26).

Werden beispielsweise bei der Gleichwertigkeitsprüfung der Qualifikation und der Referenzausbildung in Deutschland Unterschiede festgestellt, wird ein sogenannter ‚Defizitbescheid' ausgestellt, der nötige Praktika oder Anpas-

sungslehrgänge oder – je nach Bundesland – die Kenntnisprüfung als Möglichkeit zur vollen Anerkennung der Qualifikation aufführt (Q91; vgl. Roser et al. 2021). Sind die Unterschiede zu groß, erfolgt keine Anerkennung. Die Ausübung eines Pflegeberufs ist sowohl für Pflegende aus EU und Drittstaaten – neben dem Erhalt der Berufsurkunde – auch an das Sprachniveau (meist auf Niveau B2 des Europäischen Referenzrahmens), die gesundheitliche Eignung und ein polizeiliches Führungszeugnis gebunden (vgl. Pierenkemper & Körbel 2017; Slotala 2016; Yalçın et al. 2024).

Das Berufsbild der examinierten Altenpflege ist in Deutschland einzigartig, was die Anerkennungsverfahren zusätzlich erschwert (vgl. Lauxen et al. 2019; siehe auch Kapitel 2 und 4.3). Zudem liegen die Verfahren in der Verantwortung der Bundesländer und führen somit zu sehr unterschiedlichen landesspezifischen Verfahrensvorschriften, -kosten und -dauern. Auch im Rahmen der empirischen Erhebungen wurden langwierige Verfahrensdauern, mangelnde Transparenz, Doppelstrukturen, Personalmangel in Behörden sowie die Verkettung von Hürden als Herausforderungen bestätigt (Q68, 90, 92). Von Interviewpersonen wurde etwa bemängelt, dass reguläre Antragsteller:innen aufgrund des Vorrangs derer in den beschleunigten Fachkräfteverfahren nun noch längere Verfahrensdauern hätten (Q90). Auch zeitliche Fristen wurden aufgrund der langwierigen Prozesse kritisiert (Q90). Das Nichtbestehen der Kenntnisprüfungen zur Anerkennung der Qualifikation kann außerdem in arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Herausforderungen resultieren (Q13; siehe auch Kapitel 4.3). Zudem wurde auch in diesem Kontext die Vielfalt der zuständigen Akteure als Herausforderung hervorgehoben.

> „Am Donnerstag bekomme ich eine Ausbildungsduldung. Und nach der Ausbildungsduldung weiß ich nicht, was ich bekomme." (Q29, männliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Äthiopien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in Deutschland[63])

> „Jetzt momentan droht dann die Abschiebung. Aber er hat auch eine Einstellungszusage bekommen vom Krankenhaus. […] Normalerweise sollte das dann übergangslos/ Wir brauchen Pflegefachkräfte! Und dann sollte die Ausländerbehörde nicht nur für die Ausbildung eine Genehmigung erteilen, sondern auch für die anschließende Beschäftigung." (Q42, Berater in einem Verein)

Bezüglich der Anpassungslehrgänge wurde im Forschungsstand (siehe auch Kapitel 2.2) bereits hervorgehoben, dass diese vielerorts nicht wohnortnah angeboten werden können und oftmals nicht modular aufgebaut sind, sodass keine flexible Nachqualifikation möglich ist (vgl. Netzwerk IQ 2023). Eine weitere Herausforderung stellt die fehlende oder komplexe Finanzierung der Anpassungslehrgänge dar (Q13). Eine Verbesserung bietet die Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV)-Zertifizierung für eine Einrichtung, da sie so 70% Dienstausfallerstattung für Anpassungspraktikant:innen erhalten kann (Q34). Auch die positive Wirkung der Unterstützung durch vielfältige Akteure, beispielsweise Familienmitglieder, Arbeitgeber:innen, Vermittlungsagenturen, in bürokratischen Verfahren[64] oder bei der Finanzierung wurde betont. Insbesondere Übersetzungen wurden in diesem Zusammenhang genannt, da Unterlagen wie Zeugnisse und Nachweise oftmals nicht auf Deutsch zur

[63] Im Folgenden abgekürzt mit ‚D'.
[64] Q09, 26, 38, 75, 90.

Verfügung standen und bestimmte Kosten nicht, wie erhofft, vom Jobcenter erstattet wurden (Q92).

Die Anwerbung und Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland erweisen sich insgesamt als Flickenteppich unterschiedlicher Zuständigkeiten zwischen den einzelnen Ressorts, den verschiedenen politischen Ebenen und Regelungen. Eine weitere Vereinfachung und Verschlankung der Verfahren tut dringend Not, um dem eingangs konstatierten und stetig wachsenden Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzutreten – ohne dabei die Qualitätssicherungsfunktion der staatlich überwachten Berufszulassung zu unterminieren (vgl. Slotala 2016).[65] Die Überforderung der zuständigen Behörden sollte durch Digitalisierung und eine angemessene Personalpolitik abgemildert werden. Bislang ist es nur durch das Zusammenwirken *on the ground*, in den Betrieben und durch Hilfsleistungen von Wohlfahrtsverbänden und Ehrenamtlichen, möglich, das dringend benötigte Personal anzuwerben, zu qualifizieren und zu halten, wie folgendes Zitat unterstreicht:

> „Tricky sind die ganzen Behördengänge. Also, dass man nicht an einer Stelle irgendwie alles regeln kann, sondern man muss wirklich sonst wohin." (Q93, Leiterin einer Altenpflegeeinrichtung)

[65] Für eine Debatte über Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte als potentielles Sicherheitsrisiko im Kontext der Verfahrenspraxis vgl. Visel 2017.

5 Anwerbung, Vorbereitung und Erwartungsmanagement

Bevor in Kapitel 6 und Kapitel 7 auf die Einarbeitung am Arbeitsplatz sowie das Ankommen und den Lebensalltag am Wohnort eingegangen wird, soll zunächst skizziert werden, wie es dazu kam, dass die im Projekt befragten Migrant:innen nach Deutschland, in die Pflege und die untersuchten Einrichtungen gelangten. Dazu wird in Kapitel 5.1 auf die Beweggründe für die Wahl des Ziellandes Deutschland und die Beschäftigung im Pflegesektor eingegangen. Anschließend werden Rekrutierungswege und Beschäftigungsverhältnisse vorgestellt. In Kapitel 5.2 wird beschrieben, wie die jeweilige Vorbereitung auf das Arbeiten und Leben in Deutschland erfolgte und welche Rolle ein besseres Erwartungsmanagement spielen kann.

5.1 Zuwanderung und Anwerbung in die Pflege

Aus Sicht der befragten Pflegekräfte lassen sich mehrere Gründe für die Entscheidung zugunsten eines Umzugs nach Deutschland und der Beschäftigung in der Pflege feststellen. Die Entscheidung wird dabei räumlich relational – Vergleich Herkunftsland vs. Deutschland vs. andere Zielländer – und zeitlich relational – früher vs. heute vs. Zukunft – ausgehandelt. Dabei werden sowohl Vorstellungen zu Deutschland, zur Arbeit in Deutschland sowie bestimmte Vorstellungen zum Arbeitsfeld Pflege angeführt (vgl. Yalçın et al. 2024). Diejenigen, die als Arbeitsmigrant:innen oder im Rahmen von Freiwilligendiensten nach Deutschland kommen, konstatieren zunächst vielfach, dass ihnen eine Zukunftsperspektive in der Pflege im

Herkunftsland fehlte. Eine hohe (Jugend-)Arbeitslosigkeit veranlasst viele künftige Pflegepersonen, eine berufliche Neuorientierung in der Pflege im Ausland in Betracht zu ziehen. Daneben berichten Befragte von der Aussicht auf guten Verdienst oder Karrieremöglichkeiten im Ausland. Sie erzählen von einem allgemeinen Interesse an Deutschland, vom Wert eines deutschen Pflegeabschlusses im internationalen Kontext (für den Fall einer Weiterwanderung) oder von Vorkenntnissen der englischen Sprache, die den Deutschspracherwerb einfacher erscheinen lassen. Hinzu kommen ein milderes Klima (Q04), die räumliche Nähe zum Herkunftsland (Q36_2) und insbesondere persönliche soziale Kontakte nach Deutschland (siehe Kapitel 7.6). Schließlich sind auch konkrete Möglichkeitsstrukturen zentral. Als solche werden Informationsveranstaltungen von Einrichtungsträgern und Personalvermittlungsagenturen über Wege der Migration nach Deutschland und integrierte ‚à la carte-Pakete' (vgl. Tissot 2018) angeführt. Letztere umfassen etwa eine finanzielle Entschädigung für die Zeit des Deutschspracherwerbs im Herkunftsland, die Übernahme des bürokratischen Prozesses und die Organisation eines Arbeitsplatzes und einer Wohnung.

> "It was an opportunity that they said: 'If you learn the language, when you have B2, that's the early module, they will take you here.' The classes are all free of cost, and they are giving a stipend also for our work here and studying. That's better. We don't need to put in extra money from our home. If you know the language, if you are willing to do the work, and if you're doing it well, they will help you to achieve it. So, I find it very good and interesting, so I came here." (Q64, Bundesfreiwilligendienstleistender in der Altenpflege aus Indien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

Für Geflüchtete oder (Spät-)Aussiedler:innen spielen hingegen eine schlechte politische Situation (z. B. Krieg, Verfolgung oder Unterdrückung) als Grund für die Flucht sowie konkrete Aufnahmeprogramme eine wichtige Rolle für die Wahl Deutschlands als Zielland. Diejenigen Geflüchteten, die bereits in Deutschland leben, sehen in einer Beschäftigung in der Pflege die Möglichkeit den eigenen Aufenthalt zu sichern bzw. zu festigen.

Einrichtungen ihrerseits entscheiden sich dafür, aus bestimmten Herkunftsländern zu rekrutieren, da persönliche Kontakte (der Mitarbeiter:innen) oder Kontakte des Trägers bestehen (siehe Kapitel 7.6). Sofern sie mit Personalvermittlungsagenturen kooperieren, basiert die Wahl der Herkunftsstaaten auf den Kontakten dieser Unternehmen.

Sowohl bei Arbeitsmigrant:innen als auch bei Geflüchteten finden sich schließlich noch die Aspekte Sicherheit und Familie. Diese sind verbunden mit dem Ziel verbunden, in Deutschland eine gute neue Wahlheimat für die eigenen oder künftigen Kinder zu finden.

Die Rekrutierung erfolgt zum einen über Eigenbewerbungen, u. a. mithilfe von Mund-zu-Mund-Propaganda bereits in den Einrichtungen beschäftigter Personen. Zum anderen spielen Träger, Pflegeschulen sowie (regionale) Personalvermittlungsagenturen eine entscheidende Rolle. Diese werben in Kooperation mit Glaubensgemeinschaften und Vereinen, Sprachschulen, Schulen und Universitäten in den Herkunftsländern im EU- und Nicht-EU-Ausland an. Sie vermitteln manchmal keine ganz jungen Personen, Familien oder Personen mit unklarer Motivation. Zum Teil vermitteln sie Personen gezielt nicht in ländliche Räume – es sei denn, Migrant:innen wünschen dies explizit. Migrant:innen, die bereits in Deutschland leben, werden

daneben auch im Rahmen von Berufsinformationstagen oder Messen angesprochen (Q34).

Die Anwerbung aus dem Ausland bzw. Beschäftigung von bereits in Deutschland ansässigen Migrant:innen erfolgt in unterschiedliche Arbeitsverhältnisse: Diese reichen von

- Freiwilligendiensten wie Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ), Bundesfreiwilligendienst (BFD) und Europäischer Freiwilligendienst (EFD/ESC), über
- Praktika und Hospitationen (z. B. während der Anerkennung),
- die Arbeit als Hilfskraft (z. B. Pflegehelfer:in, Pflegeassistent:in, Präsenzkraft in der Pflege),
- Ausbildungsverhältnisse im Rahmen der ein- bis zweijährigen Ausbildung zur Pflegehilfskraft oder Pflegefachassistenz[66] bzw. der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft, bis hin zur
- Beschäftigung als fertig ausgebildete oder anerkannte Pflegefachhelfer:innen, Pflegefachassistent:innen oder Pflegefachkräfte.

[66] Über die Bundesländer hinweg bestehen Unterschiede bei der Qualifizierung, Bezeichnung und Ausbildungsdauer sowie der Inhalte, da die Ausbildung bislang landesrechtlich geregelt ist (Yalçın et al. 2024).

5.2 Vorbereitung auf das Arbeiten und Leben in Deutschland und die Rolle von Erwartungsmanagement

Vorbereitung auf das Arbeiten in Deutschland

Die Vorbereitung auf die Arbeit in der Pflege in Deutschland erfolgt seitens der Migrant:innen auf verschiedenen Wegen: So lernen sie im Herkunftsland in Online- oder Präsenzkursen zunächst Deutsch bis zum Sprachniveau B1 oder B2 und nutzen die Zeit zwischen Ende des Sprachkurses und Einreise regelmäßig auch dafür zu lesen, Videos über Pflege in Deutschland auf YouTube zu schauen oder sich über die Klinik oder die Pflegeeinrichtung zu informieren. Daneben lassen sie sich in der Einrichtung im Herkunftsland auch Informationen durch andere Pflegekräfte vermitteln, die in Deutschland gelebt haben oder von dort ausgewandert sind. Andere wiederum bereiten sich in Deutschland selbst mittels Beschäftigung als 24-Stunden-Betreuung auf das zukünftig gewünschte Arbeitsverhältnis in Deutschland vor (siehe auch Textbox 1, Kapitel 2.2). Hospitationen in den Einrichtungen werden besonders für Personen aus dem EU-Ausland als Option empfohlen, wohingegen sie für Personen aus Drittstaaten schwierig zu realisieren sind. Kritik äußern die befragten Migrant:innen an der wenig strukturierten Vorbereitung auf die Pflegearbeit und das Berufsbild Pflege in Deutschland, die Arbeitszeiten, das Schichtsystem sowie den konkreten Arbeitsplatz in der Einrichtung:

> „Wir wurden aber aufgeteilt eigentlich, dass x Personen halt so zu diesem Seniorenheim gehen – ohne dass wir uns davor informieren: Was ist dieser Konzern oder dieses Heim? Was gibt es denn da? Wo sind die? Also, wir waren die erste Gruppe. Und wir

> waren auch irgendwie so wie ein Experiment. […] Also, wir wurden zwar irgendwie vorbereitet, aber das war nicht so ganz strukturiert." (Q80, männliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Einrichtungen und rekrutierende Pflegeschulen berichteten in den Interviews davon, dass sie aktiv versuchen am eigenen Erwartungsmanagement sowie dem der Migrant:innen zu arbeiten. Sie besuchen deshalb (gemeinsam mit den Personalvermittlungsagenturen) in Einzelfällen gezielt Pflegeeinrichtungen im Herkunftsland, führen regelmäßig Bewerbungsgespräche im Herkunftsland oder online und laden dazu Dolmetscher:innen ein. In diesem Zuge teilen sie auch Informationen über das Berufsbild Pflege (z. B. Übernahme von Grundpflege, Schichtsystem, Wochenendarbeit, geschlechterübergreifende Pflege), die Ausbildung (z. B. den Lehrplan) und die Einrichtung (z. B. Größe, Abteilungen). Dazu greifen die befragten Einrichtungen zum Teil auch auf PowerPoint-Folien, Bilder und Videos zurück, u. a. erstellt durch frühere Kohorten von Angeworbenen. Zum Kennenlernen des Arbeitsplatzes und -alltags laden die Einrichtungen Bewerber:innen zusätzlich auch zu Praktika, Probetagen oder Hospitationen ein (siehe auch Kapitel 5.1). Diese Transparenzmaßnahme wird als notwendig erachtet, der Erfolg wird jedoch als ambivalent eingeschätzt:

> „Man hat ihnen dann schon in verschiedenen Terminen, in denen wir mit dabei waren, halt das Berufsbild erklärt, den Landkreis vorgestellt, was Pflegefachkraft bei uns ist. Aber ich glaube, begriffen haben sie es trotzdem nicht, muss ich ganz ehrlich

sagen. Also das zeigt sich jetzt.“ (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

B2: “They are studying nursing, but they will not work here as nurses. That means, I definitely talk about all the negative parts and positive parts. But they will work with elder people. They will take care of elder people. They will shower them, everything. So that they recognize, actually, what they will have to do here will be different than in Turkey at a hospital.”

[…]

– B3: “It's always maximum reality and transparency.”

– B1: “You must say that, often, they believe what you say: ‘Yes, yes.’ But when they are here, they say: ‘You didn’t say that’. It’s normal!” (Q56, Geschäftsführer (B1) und Mitarbeiterinnen eines Vereins (B2 und B3), der im Ausland rekrutiert)

„Wir werden einen Videofilm machen mit der Schule eben in Kooperation, dass die wissen, was heißt in Deutschland Pflege. Da sind wir jetzt gerade dran. Ganz authentisch, wie es ist. Nichts geschönt, sondern so wie Pflege in Deutschland ist, was das heißt.“ (Q46, Geschäftsführerin eines ambulanten Pflegedienstes)

Die Einrichtungen begründen ihr Engagement schließlich auch damit, dass Personalvermittlungsagenturen zum einen falsche Versprechungen gemacht hätten, Migrant:innen unvorbereitet nach Deutschland kämen und es in der Folge bereits zu Ausbildungsabbrüchen gekommen sei. Zum anderen verweisen sie darauf, dass

Migrant:innen mit Falschinformationen über Weiterbildungsmöglichkeiten in Deutschland ankämen, so etwa mit der Fehlannahme, dass ein Medizinstudium nach Ausbildung auch ohne Schulenglisch möglich sei.

Vorbereitung auf das Leben in Deutschland

Migrantische Pflegekräfte bereiten sich in verschiedener Hinsicht auch auf das Leben in Deutschland und am Zielort vor. So recherchieren sie online oder befragen Patient:innen am Arbeitsplatz, Verwandte, Bekannte und Nachbar:innen, die bereits in Deutschland und/oder am Zielort leben (bzw. in der Vergangenheit lebten).[67]

> "I looked really into: What is the weather? How is the weather here and how is the people and how is that? I also looked into the train map, so how can I get here from PLACENAME to here. So, it was kind of really better before coming here, yeah." (Q63, Bundesfreiwilligendienstleistender in der Altenpflege aus Indien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

> „Ich habe geschaut in der Ukraine, als ich in der Gynäkologie-Abteilung gearbeitet hatte. Ich hatte ein paar deutsche Frauen als Patienten und sie haben mir viel erzählt über Deutschland." (Q04, weibliche Pflegefachkraft aus der Ukraine, 50-60 Jahre, < 5 Jahre in D)

Sofern die Einreise nach Deutschland oder der Umzug innerhalb des Landes selbst organisiert erfolgt und Arbeitsplatz und Wohnung nicht durch die Pflegeeinrichtung oder die Personalvermittlungsagentur organisiert werden, suchen sich die Pflegekräfte den konkreten Wohnort selbst

[67] vgl. Q04, 10, 33, 47, 58, 59, 63, 80, 87.

aus. Dazu greifen sie auch auf Vorabbesuche, etwa bei Verwandten, zurück. Ausschlaggebende Faktoren für die Wahl des Wohnortes scheinen dabei die räumliche Nähe und Anbindung an das Herkunftsland (Q36_2) zu sein, die Wohnungspreise (Q09_1, 30, 71), eine schöne und sichere Wohnumgebung (Q26, 35), das Vorhandensein sozialer Kontakte (Q96) und die Bekanntheit von Orten, wobei Entscheidungen räumlich relational ausgehandelt werden.

> „Ich habe ihn (Anm. meinen Freund) dann besucht und zweimal, dreimal waren wir zusammen in GROSSSTADT. Ich habe mir das auch angeschaut und, ja, ich finde das gut. Und deswegen akzeptiere ich das, ich habe ihm auch ‚Ja' gesagt." (Q16, Pflegehelfer aus Eritrea, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Da habe ich mal gegoogelt natürlich, wie weit ist das, was weiß ich, von Flughafen, von großen Städten? Weil, ich komme selber aus Belgrad. Und das ist ja eine große Stadt. Und da haben wir auch geguckt, wie kommen wir dann nach Hause mit dem Flugzeug oder mit dem Bus oder was weiß ich." (Q10, männliche Pflegefachkraft aus Serbien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Aber, als ich geschaut habe, was ist dann am besten für mich, [...] welche Stadt ist total gut für mich? Dann habe ich gedacht: Okay, vielleicht MITTELSTADT 1, weil ich brauche nur paar Stunden. Ja, MITTELSTADT 2 (Anm. im Bundesland) brauche ich auch bisschen mehr zum Fahren. Einfach, wenn ich nach Bosnien zu meinen Eltern fahre. Und dann denke ich: Okay, schaue ich vielleicht in MITTELSTADT 1."(Q08 männliche Pflegefachkraft aus Bosnien, 40-50 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Ich hatte auch davor super wenig Infos über Deutschland. Und ich habe mich da eben noch ein bisschen so informiert. Und was mir so in den Kopf kam, war eher GROSSSTADT4. Und als ich noch so ein bisschen gegoogelt habe, hat sich dann noch so ergeben, dass da auch noch eine Großstadt ist, die GROSSSTADT2 heißt. […] Und GROSSSTADT2 hat sich so ergeben, weil GROSSSTADT2 ist ungefähr gleich groß wie Tirana. Also die Stadt, wo ich auch studiert habe und fünf Jahre gelebt habe. Und ja, das hat mich auch so ein bisschen überzeugt. Also am Ende hat sich GROSSSTADT2 herauskristallisiert als Wunschort.“ (Q80, männliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Im Unterschied zu den genannten Beispielen berichten einzelne Pflegekräfte jedoch auch davon, dass sie sich wenig bis gar nicht auf das Leben in Deutschland vorbereitet hätten:

> „Das war sehr spontan und ich habe da nicht so viel nachgedacht (lacht). Ich habe einfach ‚Ja‘ gesagt.“ (Q47, Pflegefachhelferin in Ausbildung aus Kirgisistan, 18-20 Jahre, < 5 Jahre in D)

> “I didn't prepare, I just came here. I didn't prepare anything. I just came here.” (Q64, Bundesfreiwilligendienstleistender in der Altenpflege aus Indien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

Retrospektiv hätten sich die migrantischen Pflegekräfte mehr Informationen vor der Einreise gewünscht, z. B. über die Umgangsformen in Deutschland, wie etwa Pünktlichkeit, Anklopfen etc., oder regten dazu an, heikle Themen –

wie Diskriminierung und Rassismus – in der Vorbereitung aufzugreifen[68]:

> I: „Welche Tipps würden Sie einer Person geben, die aus dem Ausland, in Deutschland in der Pflege arbeiten möchte und die nach Deutschland ziehen möchte?"
>
> – B: „Dass man schon rassistische Erfahrungen machen wird, auf jeden Fall, ne?" (Q85, weibliche Pflegefachkraft aus Guinea, eingebürgert, 40-50 Jahre, > 10 Jahre in D)

Daneben arbeiten vor allem die im Ausland selbstrekrutierenden Pflegeeinrichtungen (Q74), die Personalvermittlungsagenturen, aber auch die Sprachlehrkräfte und Beratungsstellen am Erwartungsmanagement der Migrant:innen (Q05, 09, 74). Dabei werden seitens der Einrichtungen, Personalvermittlungsagenturen und Kommunen vorbereitende Kurse zum Leben in Deutschland, Telefonate mit der Einrichtung (Leitung, Integrationsbeauftragte, Mentor:innen) oder gar Besuche von der Einrichtungsleitung im Heimatland mit Präsentation des Zielortes genannt.

> „Ja, gerade unseren Bewerberinnen aus Marokko habe ich schon immer gesagt: ‚Schauen Sie mal auf Google Maps, wo sich KLEINSTADT 2 befindet. Wir sind eine kleine Stadt. Wir sind eigentlich auf dem Land. Sie müssen sich klar sein, es ist jetzt nicht so wie GROSSSTADT. Und auch die Angebote.' Also, es bringt ja nichts, wenn ich denen irgendwas erzähle, wie toll es in Deutschland ist, wenn sie die Angebote da nicht wahrnehmen können. Sondern das wird auch ganz klar immer formuliert: ‚Es ist schwierig, wenn Sie kein Auto haben.' Und wenn sich jemand

[68] Q05, 28, 36, 82, 86, 90; siehe Kapitel 7.4.

> dann trotzdem für uns entscheidet, weiß er, worauf er sich einlässt." (Q36_2, Personalreferentin in einem Fachkrankenhaus)

> „Ich habe die Region noch mal vorgestellt, die Einwohnerzahl, dass man sich einfach mal einen Blick machen kann, wie groß ist die Region. [...] Wo ist meine Unterkunft? Wie sind die Bahnverbindungen? Dass man auch als Konzern oder Arbeitgeber, zukünftiger Arbeitgeber auch vielleicht die unschönen Sachen schon mal darstellt. Dass sich einfach derjenige, der sagt, ‚Okay, ich möchte in Deutschland arbeiten', auch vielleicht auf die unschönen Dinge vorbereiten kann." (Q28, Integrationsbeauftragte einer Klinik)

Sofern kommunale oder private Akteure eingebunden sind, gehen auch diese beispielsweise auf die Organisation des Landkreises, die Architektur und insbesondere die Infrastruktur ein. Speziell in ländlichen Räumen verweisen sie auf Vorteile wie günstigen Wohnraum oder persönliches Miteinander oder gehen auf Nachteile wie einen wenig ausgebauten ÖPNV ein (Q34).

> „Wir präsentieren dann schon, wie schauen eigentlich typische BUNDESLÄNDISCHE Dörfer jetzt so bei uns aus. Also wie ist die Infrastruktur, wie ist so ein Landkreis im ländlichen Raum eigentlich aufgebaut, da haben wir mittlerweile eigentlich eine ganz schöne Präsentation. Wie ist so der Landkreis organisiert? Ein Landratsamt, XX Gemeinden, Y Städte. Was ist der Unterschied zwischen einer Stadt und dann halt irgendwie einem Markt oder so. Das muss man ja auch alles machen. [...] Wir werben schon damit, dass es hier bezahlbaren Wohnraum gibt, ja, und auch größeren Wohnraum, sage ich mal, als

> jetzt wahrscheinlich in der Stadt, wo man dann eher in ein WG-Zimmer zieht oder so. Das natürlich schon." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

> „Wir bereiten aber drauf vor, dass eben viele Kleinstädte unser Deutschland ausmachen und sie sich dreimal überlegen sollten, ob sie nach Berlin oder München oder Hamburg gehen wollen, in Städte, die halt einfach so teuer sind, dass man hauptsächlich für den Vermieter arbeitet und wenig sparen kann. Also vergleichen auch die Preise auch zum Beispiel, ne, dass wir da so eine Aufstellung machen in unseren Präsentationen, was kostet Wohnraum in verschiedenen Städten auch." (Q74, Geschäftsführer einer Personalvermittlungsagentur)

Einrichtungen, Personalvermittlungsagenturen sowie Kommunen können dabei zu überhöhten Erwartungen beitragen (Werbung mit ‚Arbeiten, wo andere Urlaub machen', Q34) oder auch einem realistischen Erwartungsmanagement, vor der Einreise und auch später, bei Ankunft und in der Orientierungsphase.

Häufig dienen Sprachkurse im Heimatland der Vorbereitung; Sprachlehrkräfte oder auch deutsche Beratungsstellen geben Tipps zur Auswahl des Wohnorts (‚Gute' vs. ‚schlechte' Orte) und dem Einleben dort.

> „In dem Deutschkurs wurde uns aber auch gesagt, wer auch eine etwas ruhigere Stadt haben möchte oder dort leben möchte, dann soll man auch die Großstädte, sage ich einmal, so wie Frankfurt, Berlin und München vermeiden. Auch weil sie teurer sind und so." (Q80, männliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Also eine Ratsuchende ist gerade noch im Ausland und auf der Suche nach einem Arbeitgeber hier. […] Die hatte jetzt mehrere Bewerbungen geschickt und hat auch verschiedene Bewerbungsgespräche in Aussicht. Die sind aber in sehr unterschiedlichen Standorten. Und da haben wir dann gedacht, das wäre noch mal gut, ihr mitzugeben, dass sie sich da auch vielleicht informieren sollte, wo sie hinkommt, weil nicht, dass sie dann, wenn sie ankommt, feststellt: ‚Oh, Mann, ich bin ja hier mitten in der Pampa. Und ich wollte auch hier überhaupt gar nicht sein. Und ich kann mir ja auch gar nicht vorstellen, was das bedeutet, am Land in Deutschland zu leben.' Oder vielleicht ist das ja ganz anders in […] ihrem Heimatland, am Land zu leben, als in Deutschland am Land zu leben." (Q13, Berater im Bereich Arbeitsmarkt)

Jedoch erscheinen die vorbereitenden Kurse zum Lebensalltag in Deutschland in der Reflexion (siehe Kapitel 7.1) teilweise thematisch zu allgemein ‚zu Deutschland' und unspezifisch bezüglich der Zielregion, sodass Überraschungen und Enttäuschungen nicht vorgebeugt werden konnte.

> „Das macht das Unternehmen. Das macht das Unternehmen, dass die sozusagen letztendlich so einen Geschichtskurs bekommen wie das Leben in Deutschland ist." (Q05_1, Pflegedienstleitung eines Fachkrankenhauses)

Dagegen berichten Personen aus der Personalabteilung, die für die Rekrutierung zuständig sind, dass ein Mangel an Vorbereitung auch bei den Pflegekräften selbst liegt, oder dass diese falsch informiert werden.

> „Also wenn jemand im November mit Badeschläppchen kommt und keine Winterjacke drüber hat und so vom Flughafen abgeholt wird, da hat man auch, ja ethische Probleme, ohne dass man Ethikbeauftragter ist. Und da haben wir einfach gesehen, diese Menschen, die sind nicht vorbereitet. Die haben sich in keiner Weise damit auseinandergesetzt. […] Es ist natürlich auch immer von der Politik abhängig. Die meisten versuchen dann, in irgendwelchen Notsituationen ihr Land zu verlassen, und sehen da vielleicht noch eine Chance und denken über das, wie lebt man denn in Deutschland, gar nicht mehr drüber nach. Also die denken als allererstes vielleicht an Existenzsicherung, aber nicht daran, was kommt denn da auf mich zu, oder was gibt es denn für andere Kulturen?“ (Q82, Leitende Hebamme einer Klinik)

Sie schlagen entsprechend vor, dass sich Migrant:innen vorab Gedanken darüber machen, wo und wie sie leben möchten.

> „Sich schon auch vorher die Region angucken, vielleicht. Eben jetzt auf das Ländliche bezogen. Wäre das was für mich? […] Man muss sich einfach vorher schon Gedanken machen, ist diese Ortschaft was für mich oder nicht? Mag ich eher dieses idyllische Kleinstadtleben, oder mag ich den großen Trubel in einer Großstadt? Also das wäre, würde ich sagen, immer gut, wenn man sich vorher Gedanken macht: Wo will ich leben?“ (Q28, Integrationsbeauftragte einer Klinik)

Agenturen reflektieren hingegen beispielsweise, dass sie ihr Erwartungsmanagement in Bezug auf Lebenshaltungskosten und Rimessen verbessern wollen (Q46).

6 Ankommen am Arbeitsplatz und Arbeitsalltag

6.1 Onboarding

Der Arbeitsbeginn wird in vielen Einrichtungen nach einem festgelegten Prozess der Einarbeitung mit einer zugeteilten Ansprechperson aktiv gestaltet. Dieses Onboarding ist häufig mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden, der in den Pflegealltag weder zeitlich noch finanziell eingepreist ist:

> „Gleichzeitig muss ich aber auch einarbeiten. Also diese Zeit, die wird halt auch nicht gesehen. Ich glaube, das ist auch wieder so eine politische Frage, das müsste mal wieder an die Politik herangetragen werden. Wenn ich zwei neue Pflegekräfte auf eine Station stelle, egal wo die herkommen, da funktioniert die Patientenversorgung nicht in einer guten Qualität. Das heißt, erst mit einem eingespielten Team kommt da auch eine mega Qualität bei raus. Und diese Zeiten werden nicht gesehen. [...] Wenn ich jetzt noch drei Berufsanfänger oder noch zwei mit Migrationshintergrund oder was auch immer habe, braucht das Zeit und Geduld, dass da eine gute Qualität bei rauskommt. Das wird meines Erachtens nicht gesehen.“ (Q82, Leitende Hebamme in einer Klinik)

Eine zentrale Rolle spielen in den Einrichtungen dabei sogenannte Integrationskoordinator:innen oder -beauftragte und Mentor:innen, die sich gezielt um migrantische Pflegekräfte und deren Anliegen kümmern. Teilweise umfasst

dies auch die Unterstützung bei privaten Herausforderungen (siehe Kapitel 7). In der Einarbeitungsphase fokussiert werden jedoch Grundpflege und ländertypische, pflegefachbezogene Aspekte, die in einer befragten Einrichtung durch sogenannte zweiwöchige Lerninseln thematisiert werden (Q75). Ergänzend zu den Aktivitäten in den Einrichtungen berichten auch die Berufsschulen von sogenannten Willkommenswochen. Für Personen, die aus dem Ausland rekrutiert wurden, werden regelmäßig berufsvorbereitende Intensivsprachkurse nach Ankunft in Deutschland angeboten (Q26, 64, 71), da sie im Vergleich zum Sprachzertifikat geringerem Sprachniveau nach Deutschland einreisen:

> „Also, Sprache ist eine der größten Herausforderungen. Auch wenn die Sprachkenntnisse durch Zertifikate belegt sind auf einem B2-Niveau, was dann auch notwendig ist, um überhaupt hier tätig zu werden und einzureisen, haben wir festgestellt, dass im täglichen Miteinander das Sprachniveau nicht dem entsprach, wie es auf dem Papier sozusagen bescheinigt worden ist." (Q71, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

Sprachliche Defizite werden nicht nur durch Einrichtungen oder Berufsschulen formuliert, sondern auch durch Pflegekräfte selbst. Besonders in ländlichen Regionen wird dabei die Herausforderung durch Dialektsprechen seitens Teams oder Patient:innen bzw. Bewohner:innen betont:

> „Aber wenn ich jetzt hier einen aus REGION habe, der Dialekt spricht und dann vielleicht auch nicht unbedingt so gewillt ist, hochdeutsche Worte zu wählen, kommt es dann durchaus schon zu Konflikten, wo es heißt: ‚Ja, von dem lass ich mich nicht

> pflegen.‘ Oder auch der Mitarbeiter sagt: ‚Ich verstehe nicht, was der von mir möchte.‘ Da muss dann aber wiederum das Team auf der Station letztendlich auch unterstützend tätig sein.“ (Q05_1, Pflegedienstleitung eines Fachkrankenhauses)

Trotz sprachlicher Defizite und Dialektsprechens würde aus Sicht einer Beratungsstelle bei vielen Einrichtungen jedoch ein flächendeckendes Bewusstsein für die Bedeutung von berufsbegleitendem Spracherwerb fehlen (Q90). Dass Spracherwerb und Sprachpraxis von Migrant:innen an der Arbeitsstelle auch niedrigschwellig, *en passant* und freiwillig durch Bewohner:innen selbst forciert werden können, zeigte sich nur vereinzelt (Q17).

Weiterhin wird für die Phase des Onboardings auch von geringer bis gänzlich fehlender Erfahrung mit Grundpflege gesprochen. Spezifika, die diesbezüglich genannt werden, sind der Umgang mit Nacktheit (Q34) und geschlechterübergreifende Pflege.

> „Eine der Grundrechenarten der Pflege in Deutschland ist die Körperpflege. Jetzt nur ein Beispiel. Das ist in anderen Regionen – Tunesien, Philippinen – nicht der Fall. Dort übernehmen Hilfskräfte oder auch Familienangehörige die Körperpflege. Und das war natürlich dann auch eine Umstellung. Damit mussten die Kollegen dann auch klarkommen. Ohne diese Basistätigkeiten geht eine Pflege auf der Station da nicht.“ (Q71, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

> „Was unser größtes Problem war bei der Pflege: Also die haben niemanden nackt gesehen, so. Jetzt machen sie Pflege. Die hatten sich umgedreht. Nach

> vier Wochen waren wir an einem Punkt, dass wir gesagt haben: Wir müssen sie zurückschicken." (Q46, Geschäftsführerin eines ambulanten Pflegedienstes)

> „Bei uns gibt es kein Waschen, so wie hier. Das gibt es nicht. Das habe ich noch nie gemacht. Das Waschen habe ich hier in Deutschland gelernt. Das war für mich ein bisschen schwierig in den ersten zwei, drei Wochen. [...] Ich habe auch meinen Kollegen gesagt: ‚Wenn es geht, in der ersten Zeit, will ich nur Männer haben, weil ich das noch nie gemacht habe.' Ich will nicht sofort bei einer Frau hingehen, weißt du. Und sie haben das dann richtig gut verstanden. Ich habe fast sechs Monate nur Männer gehabt, bis ich selber gesagt habe: ‚Okay, ich mache alles, ist kein Problem.'" (Q38, Pflegefachhelfer aus dem Kosovo, 40-50 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Im letzten Zitat verweist der Teilnehmer auf eine konkrete im Team umgesetzte Lösungsstrategie, sich an die Grundpflege anzunähern. Migrant:innen berichten darüber hinaus von einem Gefühl der Überqualifizierung für die Durchführung von Grundpflege. Mancherorts wird das ‚deutsche Pflegebild' von Akteuren in Deutschland als hegemonial und unumstößlich betrachtet, an das sich die migrantischen Pflegekräfte – wie im ersten Zitat geschildert – anzupassen haben, auch wenn dadurch im Ausland erworbene Qualifikationen abgesprochen bzw. abgewertet werden (vgl. Pütz et al. 2019):

> „Ich wusste überhaupt nicht, wie die Pflege in Deutschland ist. Bei uns ist das anders, Tätigkeiten sind ganz anders. Wir übernehmen da andere Sachen als hier, und für mich war das eine neue Realität und so. Obwohl ich ihn mag, diesen Job." (Q69,

weibliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

„Wir haben halt unterschiedliche Ausbildungssysteme, unser Pflegebild ist ein anderes als in verschiedenen Herkunftsländern. Und wenn sie hierher kommt, muss sie sich einfach darüber im Klaren sein, in was für einen Beruf sie hier reinkommt. Dass es nicht vergleichbar ist mit ihrem Beruf, den sie im Herkunftsland hatte, und dass es aber nichts mit einer Wertschätzung ihrer Person oder ihre Ausbildung zu tun hat, sondern einfach, dass es bei uns anders ist. Und wenn sie sich dafür entscheidet, dass sie halt auch, ja, das nicht als niedrigere Wertschätzung ihrer Person wahrnimmt oder ihrer Ausbildung." (Q90, Beraterin im Bereich Arbeitsmarkt)

Von Migrant:innen wird dabei eine Offenheit für Arbeitskultur und Regelungen in Deutschland als notwendig erachtet (Q17_1), wobei sich für die Phase des Onboardings in den Interviews auch noch darüber hinausgehende Aspekte finden: Pünktlichkeit (Q17, 34), es sich nicht trauen, ‚Nein' zu sagen (Q34, 39), unterschiedliche Umgangsformen, mangelnde Akzeptanz weiblicher Lehrkräfte oder Vorgesetzter durch junge Männer (Q12, 72) – Erfahrungen, die teilweise mit Kulturalisierungen verknüpft werden:

„Der tat sich unheimlich schwer, unter einer weiblichen Führungskraft zu arbeiten. Der ist Pflegehelfer. […] Das ist so eine kulturelle Geschichte. Das konnten wir aber klären in Gesprächen und so weiter. Und das hat dann gut funktioniert. Und es glaube ich war wichtig, da zuzuhören und zu sagen, dass das in seiner Kultur halt irgendwie ganz schwierig ist, wenn da der Mann der Frau unterstellt ist." (Q12, Leiter einer Altenpflegeeinrichtung)

Schließlich wird von Einrichtungen und Teams noch auf eine anfängliche Müdigkeit einiger migrantischer Pflegekräfte am Arbeitsplatz eingegangen. Diese kann sich durch unterschiedliche Tagesrhythmen, durch die Doppelbelastung von Arbeit und Lernen für den Spracherwerb oder zeitverschiebungsbedingte sowie durch nächtliche Telefonate mit den Familien in den Herkunftsländern ergeben (siehe Kapitel 7.2).

6.2 Arbeitsalltag

Der Arbeitsalltag in der stationären Pflege ist zunächst sehr stark durch das Drei-Schicht-System geprägt. Besonders für die Gruppe der berufstätigen (und alleinerziehenden) Eltern versuchen die Einrichtungen – gezielt auch in der ambulanten Pflege – die Arbeitszeiten an die Kita- und Schulzeiten anzupassen (sogenannte ‚Mama-Schichten').[69] Die Aufgaben werden im Vergleich zum Beginn der Beschäftigung häufiger selbständig erledigt, wobei auch komplexere Aufgaben übernommen werden (Q08, 23). Regelmäßig fallen dabei Tätigkeiten an wie Übergabe, Grundpflege, Ankleiden, Vorbereitung, Verteilung und Verabreichung von Mahlzeiten und Getränken, Messungen, Spritzen, Insulingabe, Wundversorgung und Dokumentation.

Die Zusammenarbeit in den Teams und mit den Vorgesetzten wird sowohl durch die Pflegekräfte als auch die Vertreter:innen der Einrichtungen grundsätzlich als gut bewertet („Das Team ist wirklich, wirklich super." (Q08); „Wir verstehen uns gut, wir haben eine gute Teamarbeit" (Q76)). Andere hingegen betonen den Beitrag von Patient:innen, insbesondere von älteren Personen, für die Schaffung einer guten Atmosphäre am Arbeitsplatz (Q87). Viele Krankmeldungen und regelmäßige Wechsel in den Teams können

[69] Q05, 07, 48, 96.

im Gegensatz dazu den Stress am Arbeitsplatz, beispielsweise durch fehlende Dienstplansicherheit, zusätzlich zu hoher Arbeitslast, kürzeren Liegedauern oder mehr ‚Patientendurchlauf' noch erhöhen. Das Beispiel einer Bundesfreiwilligendienstleistenden in der Altenpflege aus Indien unterstreicht dies:

> „Die ersten sechs, sieben Monate waren sehr gut, aber jetzt ist alles stressig. Alle Mitarbeiter sind gestresst, weil wir nicht genug Kollegen haben. Und alle sind krank. Und wenn alle krank sind, sind in der Station nur ein, zwei Mitarbeiter. Und das ist sehr stressig. Und wenn alle nicht mit anderen reden, macht jeder seine Arbeit und dann ist das sehr anstrengend." (Q59, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

Der Kommunikation im Team kommt entsprechend eine zentrale Bedeutung zu.[70] Dies betrifft beispielsweise Situationen, die mit der Wahrnehmung von Terminen bei der Ausländerbehörde zur Verlängerung von Aufenthaltstiteln in Verbindung stehen (Q05) oder die Ermöglichung langer Heimaturlaube. Bei Letzteren changiert der Umgang zwischen Verständnis bzw. Genehmigung und dem Wunsch nach Gleichbehandlung aller Beschäftigten. In einem Fall werden für die Urlaube beispielsweise Monate außerhalb der Schulferien vorgeschlagen und im Vorfeld Überstunden angesammelt, damit auch für das restliche Jahr Urlaubstage verbleiben und Krankheitsausfälle vermieden werden (Q12).

Eine zusätzliche Herausforderung im Arbeitsalltag stellen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen dar, wobei zum einen über das Machtgefälle mit Ausbilder:innen

[70] Unterhaltungen in der Erstsprache zwischen migrantischen Pflegekräften werden am Arbeitsplatz jedoch kritisch gesehen – auch seitens einiger Pflegekräfte selbst (Q54).

während der Ausbildung berichtet wird (Q72) und zum anderen konkrete Situationen mit Bewohner:innen. Hierzu berichtet eine Beraterin einer zivilgesellschaftlichen Organisation von Erfahrungen ihrer Klient:innen:

> „Also was teilweise stattfindet, ist Diskriminierung am Arbeitsplatz. Und zwar teilweise eben auch von Menschen, die man pflegt. Also wenn man dann hört: ‚Die Schwarze soll mich nicht anpacken. Die Schwarze soll raus', oder schlimmere Dinge, da kommt dann teilweise kein Rückhalt in der Kollegenschaft. Das tut weh, also den Pflegekräften, weil also die wollen was Gutes tun. Und die wissen auch, das ist jemand, der ist dement oder der ist sonst wie beeinträchtigt. Die wissen auch, dass es teilweise nicht jetzt der böse Nazismus ist, ne, sondern eben einfach nur krankheitsbedingt. Aber wenn man dann [...] also nur gesagt bekommt: ‚Ach komm, der ist doch krank.' statt zu sagen: ‚Komm, ich gehe jetzt mit dir dahin.' [...] Aber da kommt nichts. Das ist, also auch wieder nicht bei allen, aber da gibt es auch einige." (Q55, Flüchtlingsberaterin und -betreuerin in einem Verein)

Wenngleich der Unterstützung durch Kolleg:innen an dieser Stelle eine zentrale Rolle zukommen würde und Antidiskriminierungsarbeit geleistet wird, zeigen die Daten, dass es seitens der Einrichtungen teilweise wenig Bereitschaft gibt an diversitätsorientierten Kompetenzen zu arbeiten (Q34). Eine Sensibilisierung des Personals bezüglich Diskriminierung und Rassismus wurde nur vereinzelt angestrebt, beispielsweise durch Maßnahmen wie Antidiskriminierungstrainings, interkulturelle Schulungen, gezielte Mentoring-Angebote (V16, 17, 18) und der Förderung von

Peer-to-Peer-Unterstützung (Q01, 72; V16, 17, 18). Eine Einrichtung betonte die Bedeutung von wertebasiert-motivierten und transparenten Verhaltenskodizes. So wurde beispielsweise eine Teilnahme an rechtspopulistischen Demonstrationen explizit als Kündigungsgrund fixiert (Q40) oder eine transparente Haltung gegen Diskriminierung und Rassismus von Arbeitgeber:innen für Arbeitnehmende in einer Einrichtung zur Pflicht erklärt (Q52). Lediglich eine kommunale Altenpflegekette in einer Großstadt berichtet davon, dass sie das Thema Antidiskriminierung gezielt und strukturiert bearbeitet:

> „Das ist so ein ganz wichtiger Punkt, dass wir, ja, das Ziel haben auch in dieser Vielfältigkeit der Mitarbeitenden einem Klima möglichst nahezukommen, allen diskriminierungsfreie Räume bieten zu können. Weil das natürlich auch ganz entscheidend ist, in der Arbeit als auch natürlich drüber hinaus. […] Wir arbeiten beispielsweise auch ganz viel mit Fortbildungen, Antidiskriminierungstrainings, die angeboten werden, versuchen da auch Leitfäden zu erstellen. Das Thema betrifft natürlich Bewohner:innen und Mitarbeitende, das geht natürlich kreuz und quer, hin und her.“ (Q72_1, Referent in einer Altenpflegeeinrichtung)

Wie aus den empirischen Daten der beiden letzten Kapitel deutlich wird, bergen die Vorbereitung, die Arbeit an Erwartungshaltungen und der Informationsvergabe, aber auch das Ankommen/Onboarding unterschiedliche Herausforderungen für die Eingewanderten wie auch für die vor Ort rekrutierten Personen. Sie führen zu vielfältigen Mehrfachbelastungen der neuen Arbeitskräfte wie auch der vorhandenen Teams und Einrichtungen, die aus unterschiedlichen Vorerfahrungen und der Notwendigkeit

resultieren, zugleich ggf. eine neue (Arbeits-)Sprache und (-)Kultur zu erlernen bzw. zu vermitteln. Agenturen und aufnehmende Einrichtungen sind bislang in unterschiedlichem Maße willens oder in der Lage, diesen zu begegnen. Gerade solche (oft kleinere oder ländlich gelegene) Einrichtungen, die sich nicht auf eigens spezialisierte Strukturen zur Anwerbung und Eingewöhnung oder Personen (wie Integrationslots:innen oder -beauftragte) stützen können und kein Umfeld (etwa im kommunalen Bereich) haben, das sie entlastet, sind damit herausgefordert oder gar überfordert, neu hinzukommende Personen in ihre Strukturen einzugliedern. Eine Kultur des Verständnisses und der Toleranz gegenüber diesen Mehrfachbelastungen, gezielte Vorbereitungs- und Einarbeitungsprozesse sind deshalb unabdingbar, um innerhalb der aufnehmenden Strukturen mit diesen kurz- und mittelfristigen Herausforderungen umzugehen und um letztendlich längerfristig eine Bleibeorientierung der neu hinzugekommenen Auszubildenden bzw. Pflegekräfte zu fördern.

7 Ankommen in Deutschland und Lebensalltag

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Orientierung am Wohnort und in der neuen Lebenswelt außerhalb der Arbeit. Die Erfahrungen von migrantischen Pflegekräften außerhalb des Arbeitsplatzes (*beyond the workplace*) wurden bisher ausschließlich für Eingewanderte in Großbritannien erforscht (Spencer et al. 2007; siehe auch Kapitel 2) und werden hier für ländliche und städtische Räume in Deutschland empirisch fundiert systematisch ergänzt und spezifiziert. Zunächst wird dabei auf die Orientierung am Wohnort und im Lebensalltag eingegangen, bevor Freizeit, Wohnen und Wohlbefinden wie die vermittelnden Faktoren Alltagsmobilität und soziale Kontakte diskutiert werden (siehe auch Kapitel 3.3).

7.1 Orientierung am Wohnort und in neuem Lebensalltag

Die befragten Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte gestalten den Übergang zwischen ihrem Leben im Herkunftsland und am neuen Wohnort in Deutschland teilweise eigenständig, meist werden sie von Personen aus den Personalvermittlungsagenturen sowie den Pflegeeinrichtungen, unterstützt. Speziell werden Mentor:innen oder Kümmer:innen, die u. a. die Erstsprache der zugewanderten Pflegekräfte sprechen, für Angeworbene eingestellt (Q47, 58). In anderen Fällen werden sie ehrenamtlich von Kolleg:innen begleitet, oder es werden Messenger-Gruppen zum Austausch zwischen Angeworbenen-Kohorten für die Zeit vor der Einreise bis in den Lebensalltag hinein eingerichtet (Q74). Mancherorts sind Bildungseinrichtungen und Beratungsstellen der Wohlfahrt für den Einstieg in den Lebensalltag unterstützend tätig. Sie sehen ihre Rolle oft als ‚Mutmacher:innen',

‚Motivator:innen' und ‚Befähiger:innen' (z. B. durch Verweisberatung), um Herausforderungen im Ankommensprozess zu lösen (Q50). Dabei würden besonders Pflegekräfte, die als Geflüchtete nach Deutschland kamen, auf diese Anlaufstellen sowie eigene Community-Netzwerke als Stütze zurückgreifen:

> „Also, ich würde mal sagen, die Geflüchteten, die in den Pflegebereich gehen, die laufen ganz, ganz stark über die PRIVATE BILDUNGSEINRICHTUNG, weil die da ihre Vorausbildung machen, auch die Sprachausbildung machen. Und die sind natürlich untereinander sehr, sehr gut vernetzt. Ich glaube, dass sich die untereinander ganz stark und gut stützen. Und dann natürlich unsere Jobbegleitung oder unsere Qualifizierungs- und Anerkennungsberatungsstelle. Auch die Migrationsberatungsstellen, die natürlich um diese ganze Sache wissen und dann entsprechend auch dahin beraten, dahin schicken, mit einbeziehen. Oder mal anrufen und sagen: ‚Fällt dir noch was ein, wo man den hinschicken kann?'" (Q07, Leitungsperson im Bereich Integration in einer Kommunalverwaltung)

Agenturen und Einrichtungen helfen zunächst bei der Reise und Ankunft in Deutschland, im Speziellen durch die Organisation der Flüge (Q56, 74, 78), die Abholung am Flughafen (Q56, 74) oder die Unterstützung bei bürokratischen Aufgaben zum Lebensstart in Deutschland. Hierzu zählen beispielsweise die Vorbereitung der oder die Begleitung zur Wohnsitzanmeldung oder Bankkontoeröffnung.

Pflegekräfte werden darüber hinaus bei der Orientierung im Wohnumfeld unterstützt und an alltägliche Praktiken zur Versorgung oder Mobilität vor Ort herangeführt. Dazu stellen

Einrichtungen beispielsweise Fahrräder oder gründen Fahrgemeinschaften und -dienste (siehe Kapitel 7.5).[71] Zum Ankommensprozess gehört für manche Migrant:innen z. B. das Mitbringen von Nahrungsmitteln aus dem Herkunftsland (Q59), wozu *Peers* ihnen aus Kostengründen raten (Q58), oder das Einkaufen in Läden mit Waren aus der Herkunftsregion. Dort können gleichzeitig erste Gelegenheiten wahrgenommen werden, um lokale soziale Kontakte mit Menschen aus dem Herkunftsland bzw. der gleichen Erstsprache zu knüpfen (Q19, 58, 74). Darüber hinaus findet eine erste Vernetzung auch durch die eigenen Kinder statt, etwa über die Kindertagesstätte (Q54):

> „Die habe ich alle kennengelernt durch die Krabbelgruppe von meinem Kind, ja? […] Also, da sind auch noch andere. Also, jetzt nicht nur aus der Krabbelgruppe. Aber das war so der Zugang zu diesem Ort auch." (Q54, weibliche Pflegefachkraft aus Polen, eingebürgert, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Daneben versuchen einige Vertreter:innen von Personalvermittlungsagenturen, Einrichtungen oder Beratungsstellen das Zurechtfinden vor Ort zu vereinfachen (Q05, 63), indem sie Tipps für Ärzt:innen oder für Freizeitmöglichkeiten (z. B. eine Bücherei, einen interkulturellen Verein) aussprechen oder sogar zu letzteren begleiten (siehe Kapitel 7.2). Schließlich werden auch Empfehlungen zum Umgang mit Rücküberweisungen in die Herkunftsländer gegeben. Dabei wird besonders auf hohe Lebenshaltungskosten in Deutschland verwiesen (Q05, 28):

> „Das sagen wir ihnen, […] dass sie hier auch ein bisschen Geld zum Leben brauchen, weil man Dinge machen will. […] Und das Leben in Deutschland ist halt leider teuer, also teurer, als sie es halt aus ihrem Heimatland kennen. Und da brauchen sie schon ein bisschen Geld, auch als

[71] Q05, 32, 36, 52, 62, 93.

> Vereinsmitgliedsbeitrag, keine Ahnung. Wenn sie Essengehen wollen, wenn sie zusammen kochen wollen. Keine Ahnung. Für alles einfach." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

Einige Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte berichteten retrospektiv von unerwartet positiven Aspekten bei der Ankunft in Deutschland. So werden Annehmlichkeiten genannt, wie geringe Lebenshaltungskosten für Familien auf dem Land, außerdem wird z. B. auf den Genuss von Ruhe verwiesen (Q32):

> „B2: Ja, aber hier in Deutschland bekommt man mehr Ruhezeiten. […] Damit kann man viel Schönes machen. Wie zum Beispiel auf der Straße gehen und ein bisschen das Leben genießen." (Q87, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Vietnam, 30-40 Jahre, < 5 Jahre in D)

Demgegenüber werden von Migrant:innen vielfältige Hürden geäußert, die es in der Ankommensphase in Deutschland zu überwinden gilt und die sämtliche Teilhabedimensionen des Lebens betreffen. Hierzu gehören beispielsweise Herausforderungen einen Mietvertrag abzuschließen[72], das Vertrautwerden mit kulturellen Normen im Bereich Wohnen (z. B. Lautstärke, Mülltrennung)[73] sowie die Gewöhnung an eine neue Wohnsituation, beispielsweise in einer Wohngemeinschaft (Q44, 88; siehe Kapitel 7.3). Es gibt aufgrund mangelnder Transparenz oder sprachlicher Barrieren[74] Hürden bei ersten Behördengängen oder bei Vertragsabschluss mit Banken (Q51, 64, 93). Gerade kleinere oder mittelgroße Einrichtungen hätten hier aus Sicht einer Beratungsstelle oft nicht das Bewusstsein und die Kapazitäten, um die zugewanderten Pflegekräfte zu unterstützen (Q13). Auch die Anmeldung bei Hausärzten oder anderen medizinischen Einrichtungen zur gesundheitlichen Versorgung ist aufgrund der

[72] Q28, 39, 44, 93.
[73] Q03, 05, 44, 89.
[74] Q10, 16, 25, 43, 77, 81, 93.

Sprachbarriere oder eingeschränkter ÖPNV-Mobilität besonders auf dem Land erschwert (Q43, 95; siehe Kapitel 7.5). Daneben ist auch die mangelnde Kenntnis zu Sonn- und Schließtagen zu Beginn eine Hürde für das Einkaufen (Q78, 88). Zudem muss der Kontakt zu Familie und Freund:innen im Heimatland gepflegt und neu strukturiert sowie in den Arbeits- und Lebensalltag integriert werden (Q05, 16, 38). In diesem Prozess wollen neben den eigenen auch die Bedürfnisse und Erwartungen der Angehörigen einbezogen werden (Q46, 59).

Die Orientierung in Bezug auf Strukturen, Institutionen, Prozesse, soziale und kulturelle Gepflogenheiten fällt oft mit den ersten Tagen in der neuen Arbeitsstelle zusammen. Gekoppelt mit dem Eintauchen in die neue Sprachwelt (ggf. mit einem Dialekt) und einer emotionalen Beanspruchung durch die Trennung von Familie und Freund:innen, Gefühlen von Heimweh und Einsamkeit[75], fehlender Akzeptanz vor Ort (Q11, 76) oder gar Diskriminierungserfahrungen (Q19), wird in dieser Phase des Ankommens eine starke Belastung bis hin zur Depression (Q04, 11) verspürt (siehe Kapitel 7.4). Dies berichteten nicht nur die Pflegekräfte selbst, sondern auch Befragte, die in deren Anwerbung und das Ankunftsmanagement eingebunden sind:

> „Teilweise denke ich oder muss ich feststellen, gibt es da schon depressionsähnliche Zustände bei den Teilnehmenden. Weil nicht nur das Heimweh alleine eine große Rolle spielt, sondern teilweise wirklich auch das ‚Aufgenommensein' oder ‚Nicht-Aufgenommensein'. Aber da ist jeder Mensch natürlich auch ein bisschen anders. Manche sind offener, manche sind sehr verschlossen. Dann tut man sich wirklich hart damit. Aber da müssen wir unsere Finger noch in die Wunde legen." (Q11, Schulleiter einer Bildungseinrichtung)

[75] Q06, 11, 56, 69, 73, 81.

> „Also ich muss sagen, viele haben auch Heimweh gehabt. Das war für uns nicht ganz leicht anzugucken. Eben auch die Familie, die hat ihre kleinen Kinder schmerzlich vermisst, die waren ja bei der Oma aufgehoben." (Q28, Integrationsbeauftragte einer Klinik)

Diese Aussagen decken sich weitestgehend mit den Erkenntnissen aus vorhergehenden Studien, in denen ebenso ein Mangel an Zugang zu Informationen und Erfahrungsvermittlung zu Systemen festgestellt wurde, die den Lebensalltag bei Ankunft der ausländischen Pflegekräfte betreffen (Spencer et al. 2007).

Während emotionaler Stress von ausländischen Pflegekräften in der Einarbeitung und im Berufsleben bekannt ist (siehe auch Kapitel 6), ist die zusätzliche Belastung der Pflegekräfte außerhalb der Arbeit in ihrer Orientierungsphase in Deutschland bislang kaum beleuchtet worden.

In den Berichten der befragten Pflegekräfte von negativen Erfahrungen und Gefühlen in der Ankommensphase wurden nicht nur die Mehrfachbelastung oder ein Mangel an Unterstützung oder Information vor Ort[76] als Ursache für psychische Herausforderungen offensichtlich. Diese rührten zudem auch von der Überraschung durch diese unterschiedlichen und starken Belastungen und der Enttäuschung von Erwartungen vom Leben in Deutschland und dem Zielwohnort (Q11, 69, 77).

> „Also erst einmal das eigene Land zu verlassen, war das größte Problem. Also meine Eltern, meine Familie, Erinnerungen und meine besten Freunde sind auch dageblieben. Dann das zweitgrößte Problem, würde ich sagen, war die fremde Kultur, die ich auch überhaupt nicht kannte. Wie die Leute hier sich verhalten. Wie kommuniziert man? Wie soll man damit umgehen, also mit verschiedenen Sachen, Situationen? […] Wo ich dann auch überlegt habe, vielleicht wäre es besser gewesen, auch einfach zu

[76] Q02, 11, 19, 21, 50, 69.

> Hause zu bleiben und das zu machen, wovon ich auch geträumt habe. Oder davon, was ich auch geplant habe." (Q80, männliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Ich bin immer ein optimistischer Mensch. Ich bin nicht so pessimistisch, aber ich hatte mir das anders vorgestellt. Ich merke das bei mir, diese Jahre, was ich erlebt habe, das war ja nicht so gut für mich. Dieses Ankommen in Deutschland, das war gar nicht gut für mich. Ich hatte Träume. Ich habe mir das anders vorgestellt. Wie gesagt, vielleicht war es mein Fehler, dass ich mich nicht früher erkundigt habe, wie hier das Leben ist, oder wie man hier arbeitet und so. Aber ich hatte mir das anders vorgestellt, irgendwie. Ich sage immer, das Wetter macht die Leute irgendwie/ Ich weiß es nicht warum. Ich bin in Deutschland immer noch nur wegen dieser Versicherung, was man hat, dieses soziale Leben. Dass man irgendwie versichert ist, im Krankenhaus, und wegen des Jobs. Aber sonst wäre ich nicht hier, um ehrlich zu sein. Es liegt an der Kultur, wie ich erzogen wurde. Ich fühle mich nicht zu Hause hier! Das ist traurig, aber ist halt so. [...] Am Anfang war ich gar nicht so. Jetzt bin ich irgendwie so schnell überfordert und irgendwie ist die Stimmung durch Corona, die ist schlimmer geworden. Und das sagt jeder. Es ist echt schlimm." (Q69, weibliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Die erhobenen Daten zeigten weiterhin, dass die ausländischen Pflegekräfte in der Reflexion ihrer Erwartungen besonders Enttäuschungen am neuen Lebensort erwähnten, diesen mit Ihrem Heimatlebensort verglichen und Vor- und Nachteile mit diesem in Beziehung setzten. Aspekte wie das Wetter oder die Verschmutzung im öffentlichen Raum (Q77) sowie die Topographie (steile Anstiege am Wohnort, die das Zufußgehen erschweren, Q47) wurden genannt. Als unerwartete Stressoren beurteilten

die Befragten auch die Regeln von sozialer Interaktion (z. B. mit Nachbar:innen oder Verhalten anderer Personen, Q05, 69), die Besonderheiten in einer ländlichen Gemeinde (wenig Kontaktmöglichkeiten, Q19), von Großstädten (aggressives Verhalten an U-Bahnstationen oder soziale Isolation, Q26, 56, 76; siehe Kapitel 7.6) oder die Suche nach einer Kinderbetreuung und der zu erwartende Zeitaufwand hierfür (Q16, 75, 92). Trotz der in Kapitel 5 erwähnten Vorbereitungsmaßnahmen auf das Leben in Deutschland seitens der Migrant:innen selbst, durch Personalvermittlungsagenturen oder die anwerbenden Einrichtungen sind diese häufig noch zu unspezifisch.

Der ‚Kulturschock', gepaart mit Frustration über die aktuell belastende Situation in der Eingewöhnung in Lebens- sowie Arbeitsalltag, resultieren in ein Gefühl der Überforderung, knüpfen somit direkt an die Umstände in der Phase der Anwerbung, Vorbereitung und dem vorhandenen oder abwesenden Erwartungsmanagement an (siehe auch Kapitel 5) und wirken sich über den Alltag bis in die Bleibeorientierung aus (siehe Kapitel 8).

7.2 Lebensalltag und Freizeit

In diesem Unterkapitel wird auf die alltäglichen Praktiken und Strategien des Umgangs mit Herausforderungen durch die Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte sowie der unterstützenden Akteure außerhalb des Arbeitsplatzes eingegangen.

Der Lebensalltag von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte ist stark mit dem Arbeitsalltag, insbesondere den Besonderheiten der Pflegearbeit in Schichten, Nachtdienst oder Wochenenddiensten verwoben (siehe auch Kapitel 6). Die freie Zeit wird mit Erledigungen gefüllt, wie Bankgeschäften oder Terminen beim Ausländeramt (Q10, 37, 47), der Versorgung der Pflegekraft

selbst (Einkäufe von Nahrung, Kleidung und Alltagsgegenständen, (Vor-)Kochen, Essen)[77] sowie der Fürsorge für die Familie. Hierzu nennen die befragten Pflegekräfte Hausarbeiten, Kochen, Kindererziehung, darunter das Bringen zu und Holen von Kita und Schule, Besuche bei Ärzt:innen, Anträge für besondere Unterstützung oder Ferienbetreuung sowie *Playdates* für die Kinder, Zuhause oder auf dem Spielplatz.[78] Bei manchen gehört zur Routine ein Sprachkurs in Präsenz oder online, der neben Arbeit oder Ausbildung einen großen Teil der Freizeit einnimmt:

> „Drei Mal pro Woche mache ich noch Deutschunterricht, zwei Mal Onlinekurs und einmal, nämlich am Samstag, in der Schule." (Q86_2, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Vietnam, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

Viele verbringen ihre Freizeit zu Hause, schlafen viel und erholen sich so von der Arbeit (Q29, 63, 86).

> "Outside of my work, I would say, (lacht) I pretty much sleep in my bed all day." (Q63, Bundesfreiwilligendienstleistender in der Altenpflege aus Indien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

Zur Erholung und dem Ausgleich wird zudem über das Lesen von Büchern und Zeitung, Zuhause und auswärts, berichtet:[79]

> „Und dann habe ich noch so einen Lieblingsort. Das ist eine Buchhandlung, auch in MITTELSTADT 2. Also ich schaffe das momentan nicht jede Woche, aber da bin ich auch sehr, sehr oft. Da kann man sich hinsetzen und ein Buch auch lesen oder sich auch mal eine Empfehlung geben lassen und so. Und da bin ich auch sehr, sehr gerne."

[77] Q02, 04, 10, 19, 27, 37, 39, 54, 58, 59, 63, 76, 77, 78, 86, 87.
[78] Q04, 10, 37, 48, 54.
[79] Q04, 18, 26, 29, 54, 58, 76.

(Q18, weibliche Pflegefachkraft aus Russland, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Hinzu kommen Hobbies und Beschäftigungen wie Malen (Q54), Musik hören (Q76) oder Filme und Fußball schauen (Q29, 58). Manche finden ihren Ausgleich auch mit Schaufensterbummeln und Shoppen (Q02, 54, 87). Viele berichten von Sport im Alltag, wie Fitness zu Hause (Q33, 54) oder Schwimmen im Schwimmbad, Badesee oder der Therme, auch zur Gesundheitsvorsorge:[80]

„In die Therme gehe ich auch, weil ich auch ein bisschen Bandscheibenvorfall gekriegt habe vor drei Jahren. Aber leicht, Gott sei Dank. Und jetzt weiß ich schon, wie ich arbeiten muss und so. Und ich meine, das Wasser, das hilft mir schon. Dann gehe ich schon auch hin, so ein bisschen schwimmen und so, wenn ich Zeit habe." (Q38, Pflegefachhelfer aus dem Kosovo, 40-50 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Weitere sportliche Aktivitäten umfassen schließlich Fitnessstudiobesuche[81], Joggen (Q08, 26), Walken (Q54), Wanderungen (Q26, 58), Fahrradfahren[82], sowie Team- und Mannschaftssportarten[83] oder zumindest leichte körperliche Betätigung auf dem Fußweg zur Pflegeschule (Q87), mit dem Fahrrad zur Arbeit (Q19) oder mit Spazierengehen, vereinzelt mit Haustieren[84].

„Jeden Tag gehe ich laufen hier irgendwo. Ich brauche ein bisschen frische Luft und grün. Das ist sehr wichtig." (Q26, weibliche Pflegefachkraft aus Indien, < 5 Jahre in D)

„Und das bisschen Freizeit, was ich habe, das verbringe ich am liebsten draußen. Ich bin sehr viel draußen unterwegs zu Fuß und ich habe einen sehr guten Freund hier im betreuten Wohnen, der VORNAME, der ist 92 Jahre

[80] Q04, 29, 33, 37, 38, 47, 54, 87_3.
[81] Q04, 08, 26, 58, 78, 87, 88.
[82] Q04, 16, 27, 33, 54, 67, 88.
[83] Q29, 33, 64, 77, 90.
[84] Q04, 18, 29, 39, 47, 58, 76, 77, 88.

> alt, mit dem gehe ich so manchen Kilometer. Das ist so wie mein Papa-Ersatz oder Opa-Ersatz, sage ich jetzt mal. Wir haben seine Frau hier betreut im Heim und seitdem verbindet uns so eine Freundschaft. Und mit ihm bin ich ganz viel unterwegs." (Q18, weibliche Pflegefachkraft aus Russland, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Die Pflegekräfte verbringen neben der Kernfamilie im eigenen Haushalt auch viel Zeit mit Freund:innen und *Peers* aus der Arbeit am Wohnort, mit z. B. Karten- und Brettspielen, Reden, Feiern und gemeinsam Kochen Zuhause[85] und treffen sie bei ihnen Zuhause oder außer Haus, z. B. zum Picknick im Park, in einer Kneipe, einem Café oder Bäcker oder dem Restaurant[86].

> „Ich treffe mich mit meiner Freundin, wenn sie halt nichts zu tun hat oder wie sie halt hier ist. Wir gehen in die Stadt, spazieren, was trinken, was essen." (Q39, Pflegefachhelfer aus Syrien, eingebürgert, 20-30 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Mit Freund:innen und Familie besuchen sie auch Gottesdienste (Q58, 59), Volksfeste (Q10, 63), Freizeitparks, Zoos, Zirkusse sowie Kinos.[87] Vereinzelt nehmen Pflegekräfte an Aktivitäten eines Wandervereins teil oder wirken in Vereinen ihrer ‚Heimat-Community', in Hilfsorganisationen oder beim Sprachunterricht für Kinder ehrenamtlich mit (Q26, 38, 85; vgl. Weidinger et al. 2024).

Zu den oben genannten, alltäglichen Aspekten bewerten die migrantischen Pflegekräfte die Nähe zu Supermärkten sowie die Anwesenheit von Freund:innen am Wohnort oder von Communities in ländlichen Räumen als vorteilhaft und positiv für ihren Lebensalltag.[88] Die Annehmlichkeiten auf dem Land und in ländlichen Mittelstädten für Menschen, die Natur und Sport

[85] Q54, 58, 59, 63.
[86] Q04, 08, 10, 18, 29, 37, 39, 47, 54, 58, 59, 63, 64, 76, 78, 80, 85, 87, 90.
[87] Q02, 04, 18, 26, 48, 58.
[88] Q29, 32, 63, 77.

mögen, wird hervorgehoben (Q19, 34), gleichzeitig werden die Vorzüge der Freizeitmöglichkeiten in größeren Städten betont (Q19). Zu dieser Einschätzung kamen die Befragten nicht nur im Vergleich zwischen ländlichen und städtischen Räumen in Deutschland, sondern auch im Vergleich mit ihren Herkunftsländern. Ein Beispiel hierfür stellt die als positiv empfundene Möglichkeit, in Deutschland auf Friedhöfen spazieren gehen zu können dar, was im Heimatland nicht erlaubt sei (Q77).

Über den Alltag hinaus berichten die Pflegekräfte, dass sie in ihrer Freizeit gerne und viel reisen: Ausflüge und Städtereisen in deutsche[89] und europäische Großstädte[90] an freien Tagen sowie im Urlaub (Q08, 37, 48). Für einige, für die das zum Zeitpunkt der Befragung nicht möglich war, wünschten es sich für die Zukunft, z. B. wenn die Kinder groß sind (Q37, 54). Dort, sowie an anderen Orten besuchen und treffen sie regelmäßig Verwandte und Freund:innen.[91]

> „Und am Wochenende kann ich auch meinen Bruder besuchen oder Freunde. Vor zwei Wochen war ich in Heilbronn, also ich bin nach Heilbronn gefahren, weil ich einen Freund besuchen wollte. Also wenn ich Zeit habe, gehe ich schon zu meinen Bekannten." (Q76, weibliche Pflegefachkraft aus Kamerun, 30-40 Jahre, < 5 Jahre in D)

> „Ich habe einen Onkel, der lebt in Köln, Und ich liebe ihn sehr und ich besuche ihn oft, weil er einen Arbeitsunfall gehabt hat vor fünf Jahren so. […] Und ich besuche ihn oft. Der ist in der Nähe von Köln, die heißt MITTELSTADT, die Stadt. Dahin gehe ich schon, wenn ich zwei, drei Tage habe, weil es ist ein bisschen weit, weißt du. Das sind fast 700 Kilometer!" (Q38, Pflegefachhelfer aus dem Kosovo, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

[89] Q04, 19, 26, 29, 30, 47, 58, 63, 69, 77, 87.
[90] Q04, 26, 63, 69, 74.
[91] Q04, 08, 18, 26, 38, 39, 59, 76, 80.

Einige weibliche Interviewpersonen heben hervor, dass sie in Deutschland bzw. von Deutschland aus erstmals alleine reisen (Q26). Die Eigenständigkeit und das Selbstvertrauen erkennen und schätzen auch Akteure, die die Anwerbung und das Ankommen in Deutschland begleiten, z. B. von Personalvermittlungsagenturen:

> „Teilweise schicken die dann ein Foto, da sind sie in Berlin und dann denke ich mir, ihr seid zwei Monate gerade mal da, also das ist schon Wahnsinn. Oder aus Paris, Silvester in Paris, kommen die Fotos irgendwie. Das ist ja jetzt klasse, dass die schon dieses Selbstvertrauen haben, auch mit den Zügen so zurechtkommen." (Q74, Geschäftsführer einer Personalvermittlungsagentur)

Zusammenfassend ist die Vernetzung mit anderen migrantischen Pflegekräften über die eigene Familie und bereits vorhandene Freundschaften hinaus und aus eigenem Antrieb (Agency) eine Strategie, den Lebensalltag zu gestalten[92] (siehe Kapitel 7.6).

Auch Pflegeeinrichtungen engagieren sich mit Maßnahmen zur Unterstützung der Erholung und Freizeitgestaltung der Pflegekräfte. Hierzu zählen die Begleitung zu Brauchtumsveranstaltungen oder Volksfesten (Q36) oder zu sportlichen Aktivitäten wie Wandern, Tischtennis oder Tanzen.[93] Einige Einrichtungen bieten selbst Veranstaltungen außerhalb der Arbeit für die ausländischen Pflegekräfte an, auch zusammen mit den Kolleg:innen, wie z. B. Weihnachtsessen, eine Feier oder sogar einen Teamurlaub (Q52).

> „Was die Teams so für sich machen, dass sie zwischendurch mal zusammen Essen gehen, Weihnachtsessen. Oder dass die Wohnbereichsleitung für eine kleine Feier

[92] Q32, 46, 47, 74.
[93] Q05, 35, 36, 46.

> mal nach Hause einlädt. So Sachen dann auch." (Q52_2, Pflegedienstleiter einer Altenpflegeeinrichtung)

Darüber hinaus unterstützen die Einrichtungen die Pflegekräfte in rechtlichen Belangen und bei den alltäglichen Erledigungen. Dies betrifft insbesondere Formulare und behördliche Kontakte im Anerkennungsprozess, bei der Visumverlängerung oder beim Familiennachzug (Q36). Sie helfen auch bei der Kindergartenplatzsuche oder bieten einen Platz im betriebseigenen Kindergarten (Q05, 36, 44) und unterstützen bei der Schulplatzsuche (Q13). Die Durchführung dieser Maßnahmen zur Überwindung von Herausforderungen im Lebensalltag fußt jedoch eher auf dem Engagement einzelner Personen, z. B. einer Einrichtungs- bzw. Teamleitung oder von Kolleg:innen als in institutionalisierten Strukturen. Auch Bildungseinrichtungen engagieren sich vereinzelt bei behördlichen Angelegenheiten.

Wegen zu geringer Einkünfte, vor allem während der Pflegehelferausbildung, fehlender familiärer Netzwerke in Deutschland zur (finanziellen) Unterstützung und des Versands von Rücküberweisungen in die Heimat nehmen Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte verschiedentlich Einschränkungen in Kauf oder entschließen sich dazu, einen Nebenjob aufzunehmen.[94]

> „Ja, also im Lebensalltag, da müssen wir ein bisschen unterscheiden. Also zum einen ist für die schwierig, dass die wenig Geld haben. Also die haben ja ein Ausbildungsgehalt, wovon die erstmal alles bezahlen, weil sie müssen. Durch die Ausbildung eins plus drei können die im ersten Jahr keine Leistungen, die können kein Kindergeld beantragen. Ich kann kein Wohngeld mit denen beantragen, nichts! Weil dieses eine Jahr noch nicht als vollwertige Ausbildung zählt. So sind auf jeden Fall die Informationen, die die zuständigen Behörden mir geben oder das

[94] Q34, 35, 46, 48, 89.

auch abgelehnt haben. Das ist schon eine Herausforderung, dass sie mit so wenig Geld so viel schaffen müssen. Und ich weiß, dass die INTERVIEWPERSON, also die Auszubildenden vom letzten Jahr, auch Nebenjobs angenommen haben, um, ja, um sich selber über Wasser zu halten. Weil die Geld nach Hause schicken, ob jetzt freiwillig oder unfreiwillig, kann ich nicht beurteilen, würde ich auch so aus Respekt einfach auch nicht nachfragen, ob sie da jetzt genötigt werden, Geld nach Hause zu schicken. Also das ist schon eine große Herausforderung, so. Da habe ich jetzt reagiert, so den STÄDTISCHEN Pass zu beantragen, das ist für Menschen mit niedrigem Einkommen. Sodass die zum Beispiel Freizeitaktivitäten kostenlos machen können oder auch zur STÄDTISCHEN Tafel gehen würden oder gehen könnten, wenn sie das brauchen." (Q89, Mitarbeiterin im Bereich Integration in einer Bildungseinrichtung)

„Die schicken ihr Ausbildungsgehalt, so gut es geht, irgendwie echt heim und leben hier halt auch schon am Limit. [...] Und wir haben so das Gefühl, ja, lieber hungern sie dann halt. [...] Dass sie halt dann teilweise am Monatsende, weiß ich nicht, halt nur noch trockenes Brot essen. Aber es ist ihnen halt wichtiger, ihre Familien daheim zu unterstützen, weil sie auch mit einem Auftrag zu uns geschickt wurden." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

„Wir stellen aber auch trotzdem fest, [...] dass manche auch Geld nach Hause schicken oder so ein bisschen die Schulden abzahlen und so weiter. Die Familien haben ja investiert in die Sprachausbildung, dass die rüber konnten und so weiter. [...] Manche, die sehr gut situiert sind, und manche, die eher, sage ich jetzt mal, den Euro fünfmal umdrehen, weil sie noch Geld nach Hause schicken

müssen." (Q35_1, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

Weil sie es nicht gewohnt seien, für kulturelle Veranstaltungen zahlen zu müssen und den Nutzen für die eigene Integration darin nicht sähen, verzichteten einige Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte auch auf Freizeitaktivitäten (Q31).

„Da muss man 15 Euro, glaube ich, bezahlen als Mitglied und 20 Euro als Nicht-Mitglied. Dafür hat man den ganzen Abend alles dabei. Das ist schon mal eine Hürde für viele. Ja, das ist schon eine Hürde für viele. Also die Migranten [...] sind es nicht gewohnt zu zahlen für irgendetwas, vor allem nicht vielleicht für irgendwelche kulturellen Veranstaltungen. Oder sie sehen ja nicht den direkten Vorteil. Viele, nicht alle, aber viele nicht, genau." (Q31, 2. Vorsitzender eines Vereins)

Die Freizeitmöglichkeiten werden jedoch besonders durch den Mangel an Zeitsouveränität eingeschränkt. Ein genannter Grund ist die Notwendigkeit, für Prüfungen zu lernen.[95]

„Ich muss sehr viel Deutsch am Abend lernen. Deswegen habe ich keine Zeit. Und am Wochenende müssen wir die Klausur und den Deutschkurs vorbereiten. Und wir müssen auch am Sonntag in den Deutschkurs. Da habe ich keine Zeit." (Q88_1, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Vietnam, 30-40 Jahre, < 5 Jahre in D)

Die fehlende Zeitsouveränität führt auch dazu, dass Beratungsangebote in der Freizeit nicht wie gewünscht wahrgenommen werden können. Weiterhin kommt der einschränkende Faktor für die Freizeitgestaltung den fehlenden oder zu kurzen Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu, die zudem die Teilnahme an Sprachkursen in der Freizeit behindern (Q10, 19). Das trifft besonders Alleinerziehende (Q48).

[95] Q31, 78, 80, 88.

Die Pflegekräfte berichten auch von Einschränkungen ihrer Möglichkeiten, ihre Freizeit mit Familie und Freund:innen zu verbringen. In diesem Zusammenhang werden Fernbeziehungen (Q08, 69) und längerfristige Trennung von der Familie genannt sowie fehlende Möglichkeiten, diese an ‚neutralen' Orten im Ausland zu treffen, aber auch die fehlende Option, sie in der Heimat zu besuchen, z. B. anlässlich von Trauerfeierlichkeiten (Q06). Auch Ängste vor dem Versagen im Angesicht der vielen Belastungen (Arbeit, Anerkennung, Sprachkurs; Q50), Diskriminierungserfahrungen (siehe Kapitel 7.4 und 8) sowie fehlende Motivation alleine an Kulturveranstaltungen teilzunehmen (Q76, 80) wurden im Kontext Lebensalltag von den befragten Pflegekräften erwähnt.

Dagegen kritisieren unterstützende Akteure verschiedentlich einen Mangel an Motivation von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte, längerfristig an angebotenen Freizeitaktivitäten teilzunehmen (Q46). Sie artikulieren selbst Sorgen bezüglich der Ausformung des Lebensalltags (in Form von ‚Ghettobildung') der angeworbenen Pflegekräfte (Q35).

> „Die möchte heute tanzen, morgen spielen, übermorgen das. Also wir haben es hier versucht. Wir haben ja bei uns ja einen FC, die sind sehr engagiert, und es gibt Tanzgruppen, und was weiß ich. Da hat die (unv.) sie einmal hingebracht, da war sie einmal, dann war es das. Dann möchte sie Tennis spielen, wahrscheinlich nur einmal. Verstehen Sie es? Das ist uns aufgefallen. Da gibt es keine Beständigkeit." (Q46, Geschäftsführerin eines ambulanten Pflegedienstes)

> „Und ich könnte mir natürlich vorstellen, wenn jetzt nochmals 50 mit dazukommen und jedes Jahr 50 mit dazukommen, dann wird diese kirgisische Community natürlich größer. Darf uns bloß nicht eins passieren, wie wir es früher, ich sage jetzt mal, bei den Russlanddeutschen gemacht haben, dass es so eine Ghettobildung gibt, ne?

> Dass man sagt, es sind lauter Kirgisen, die wohnen jetzt in einem Stadtteil. Sondern das gehört schon dazu, dass man versucht, die hier zu integrieren." (Q35_1, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

Wie soziale Teilhabe im Alltag und der Freizeit im Besonderen verbessert werden kann, reflektierten die befragten Pflegekräfte und formulierten im Hinblick auf ihre eigenen Erfahrungen Tipps für ihre ‚Nachfolger:innen': die Teilnahme an Kulturveranstaltungen (Q69), ehrenamtliches Engagement (Q18) oder die Aufnahme eines berufsbegleitenden Sprachkurses (Q19, 69), generell zum Üben des Deutschsprechens in Alltagssituationen (Q18, 60) oder durch Lesen von Büchern in deutscher Sprache (Q76). Zudem rieten sie zu einer offenen Einstellung gegenüber der Kultur, den Regeln und Lebensbedingungen in Deutschland (Q17, 69).

> „Ich habe wirklich dran gearbeitet. Ich habe mich selber in Situationen gebracht, wo ich wirklich Deutsch reden musste. Und das hat mich dann auch immer weitergebracht. Ich bin immer mit dem Bus gefahren, weil ich wusste, da musst du mit dem Busfahrer reden, wenn du einsteigst. Du fährst nicht mit dem Auto, du lässt dich von keinem fahren oder irgendwas. Ich bin zu allen Terminen immer alleine gegangen. Ich habe keinen mitgenommen oder so. Ich bin in den Kindergarten gegangen. Ich habe überall die Kinder angemeldet und war auch immer mit dabei. Und wenn die irgendjemanden, einen Elternrat gesucht haben, dann habe ich mich immer gemeldet. Weil ich wusste, das bringt dich weiter. Du musst reden, reden, reden." (Q18, weibliche Pflegefachkraft aus Russland, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Um angeworbene Pflegekräfte bei Freizeitaktivitäten zu begleiten, plant eine Personalvermittlungsagentur in der Zukunft z. B. Studierende in der Großstadt als soziale Kontaktpersonen einzustellen (Q46).

7.3 Wohnen

Die Bereitstellung oder Vermittlung von Wohnraum ist aus Sicht der Befragten entscheidend für erfolgreiche Rekrutierung, gleichzeitig ist die Wohnung zentral für das Wohlbefinden und Bleiben. Dabei wird ein von Migrant:innen selbst gemieteter Wohnraum explizit mit Empowerment und Selbstbestimmung verbunden. Zum Teil berichten Migrant:innen ‚stolz zu sein' auf die aktuelle Wohnung.

Wohnsituation

Zu Beginn des Aufenthalts in Deutschland leben Migrant:innen meist in durch den Arbeitgeber oder die Pflegeschule gestelltem Wohnraum. Dieser wird – zum Teil zeitlich befristet – in Einrichtungen selbst, in Wohnheimen, ehemaligen Hotels und Jugendherbergen, Leerständen oder eigens errichteten Wohnungen oder Appartements zur Verfügung gestellt und existiert oft als möbliertes Zimmer in einer Wohngemeinschaft mit einer anderen angeworbenen Person. Einige Befragte hingegen wohnen anfangs in staatlich gestellten Geflüchteten-Unterkünften oder bei Verwandten, Freund:innen und Bekannten. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland ziehen Migrant:innen dann alleine oder mit Partner:innen und Familien in eigene, größere Wohnungen zusammen. Befragte, die bereits viele Jahre in Deutschland leben, berichten schließlich auch von selbst bewohnten Einfamilienhäusern. In Bezug auf die Wohnung selbst werden besonders günstige und große Wohnungen als positiv bewertet. Bei der Wohnungsumgebung schätzen Befragte zentrale Lagen und lebendige, grün geprägte Viertel, während fehlende Parkplätze in Wohnungsnähe und Umgebungslärm kritisch gesehen werden:

> „Die Wohnung ist sehr gut. Ich wohne neben meiner Arbeit, sie ist perfekt für mich." (Q27, Anerkennungspraktikantin aus Brasilien, 40-50 Jahre, < 5 Jahre in D)

> „Also meine neue Wohnung gefällt mir schon, aber das ist in der Stadt, so richtig in der Stadt, und da ist eine Bahn, ein Bahnweg oder weiß ich nicht, wie das heißt, ne? Also die Bahn ist quasi jeden Tag/ also jedes Mal tagsüber mit Geräuschen. Das gefällt mir nicht, aber ich habe nichts anders gefunden." (Q76, weibliche Pflegefachkraft aus Kamerun, 30-40 Jahre, < 5 Jahre in D)

Die Nachbarschaft und das Verhältnis zu Vermieter:innen stellt einen weiteren wichtigen Referenzrahmen bei der Bewertung der Wohnsituation dar. Befragte berichten hier von Unterstützung etwa bei der Paketannahme, von Gesprächen mit Mitbewohner:innen und Nachbar:innen sowie von gegenseitigen Besuchen und Treffen in Gemeinschaftsräumen oder Privatwohnungen:

> „Zum Beispiel unsere Nachbarn in dem Gebäude, wo wir wohnen – das ist so ein Drei, Vier-Etagen-Haus mit, also, drei Stockwerken, da sind acht Parteien drin – die kommen zu uns, um Kaffee zu trinken. Wir gehen zu denen. Natürlich auch nicht so oft, weil ist auch oft so Wechselschichtdienst und das alles. Und da sind die, die dann eigentlich auch berufstätig sind oder eben die Rentner sind. Ja, wenn man Zeit hat, machen wir's!" (Q10, männliche Pflegefachkraft aus Serbien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Ergänzend dazu führen Einrichtungen sich kümmernde Vermieter:innen an. Andererseits werden sowohl von befragten Migrant:innen als auch von Vertreter:innen der Einrichtungen Probleme beim Zusammenleben in Wohngemeinschaften bzw. der Geflüchteten-Unterkunft sowie mit Nachbar:innen und Vermieter:innen thematisiert. Diese drehen sich beispielsweise um Lärm, Mülltrennung und Sauberkeit in Gemeinschaftsräumen.

Wohnpräferenzen

Insbesondere Pflegekräften, die alleine nach Deutschland einreisen, wird zu Beginn ihres Aufenthalts die Präferenz zugeschrieben, nicht alleine wohnen zu wollen, um Einsamkeit vorzubeugen. Diejenigen Migrant:innen, die zum Zeitpunkt der Befragung noch in Wohngemeinschaften lebten und Erfahrungen mit fehlender Privatsphäre machten, entwickelten den Wunsch nach eigenem, größeren Wohnraum für sich selbst bzw. die Familie. Letzteres ist insbesondere vor dem Hintergrund von Familiennachzug relevant. Weitere, von den Befragten geäußerte Präferenzen in Bezug auf Wohnraum beziehen sich auf Arbeitsplatznähe, Sicherheit, Lärm und Sauberkeit:

> „PLATZNAME mag ich nicht. Ich hatte viele Angebote von PLATZNAME für Wohnungen. Habe ich nicht angenommen. Ja, ich finde, das ist nicht so sauber, PLATZNAME. Und PLATZNAME 2 ist auch nicht sauber. STADTTEIL 2, PLATZNAME 2 auch, ist nach 19 Uhr oder 20 Uhr ein bisschen laut." (Q26, weibliche Pflegefachkraft aus Indien, 20-30 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Typologien: Wohnen am Anfang und Übergang in privaten Wohnraum

Einrichtungen stellen – z. T. für einen begrenzten Zeitraum von sechs Monaten oder einem Jahr (zeitbefristet) sowie die Ausbildungs- oder Beschäftigungsdauer (zweckbefristet) – direkt Wohnraum bereit (siehe Abschnitt ‚Wohnsituation'). Dafür mieten sie über bestehende Kontakte Wohnraum an, kaufen Wohnraum oder errichten diesen selbst (siehe Abbildung 12). Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen kümmern sich um die Kommunikation mit Wohnungsinteressent:innen, die Wohnungsübergabe, das Aushändigen von Schlüsseln und Tipps zu Abfallentsorgung, Mülltrennung und Hausordnung. Die beiden Zitate unten unterstreichen nochmals die Bedeutung des sozialen Ökosystems Einrichtung, bei der neue Mitarbeiter:innen

durch verschiedene Seiten unterstützt werden und verschiedene Verbesserungsmaßnahmen ineinandergreifen.

> „Wir haben entweder selber was im Portfolio oder wir mieten dann extra was an. Wir haben jetzt auch ein gutes Netzwerk mittlerweile, gerade hier in den Blöcken, die hinter der Klinik sind, da sind viele Apartments, die einfach vor Jahren von Herrschaften gekauft worden sind. Die Herrschaften sind mittlerweile verstorben und die Kinder wollen es einfach nur untervermietet haben." (Q05_2, Personalsachbearbeiterin in einem Fachkrankenhaus)

> „Zu Beginn kriegt jeder, der es braucht, ein Wohnheimzimmer. Das ist kein Problem. Das ist aber tatsächlich begrenzt auf ein Jahr. […] Aber auch da muss man sagen, wir haben jetzt noch niemanden gehabt, der irgendwie nach einem Jahr auf der Straße gesessen hat. Sondern auch die Verknüpfung im Team, ich kenne jemanden, der jemanden kennt, die ist da, dass sie sich untereinander da auch im sozialen Privatleben helfen." (Q66, Teamleiterin in einer Klinik)

Einrichtungen helfen entsprechend also nicht nur direkt, sondern auch indirekt bei der Wohnungssuche (vgl. Sauer 2024; siehe Abbildung 12). Dabei bestätigen die Ergebnisse die Befragung von Voigtländer et al. (2024), bei der festgestellt wurde, dass größere Unternehmen eher direkte, kleinere und mittlere Unternehmen eher indirekte Maßnahmen bieten und direkte Maßnahmen eher Arbeitskräfte aus dem Ausland und indirekte Maßnahmen eher Mitarbeiter:innen, die bisher in anderen Orten Deutschlands wohnten, addressieren. Der Übergang in privaten oder genossenschaftlichen Wohnraum (siehe Abbildung 13) erfolgt dabei zum einen durch die Pflegekräfte selbst, ggf. unter Rückgriff auf die eigenen sozialen Netzwerke, oder wird

durch die Einrichtung (im Rahmen eines betrieblichen Auszugsmanagements) oder durch kommunale Akteure, die etwa in der Beratung tätig sind, begleitet.

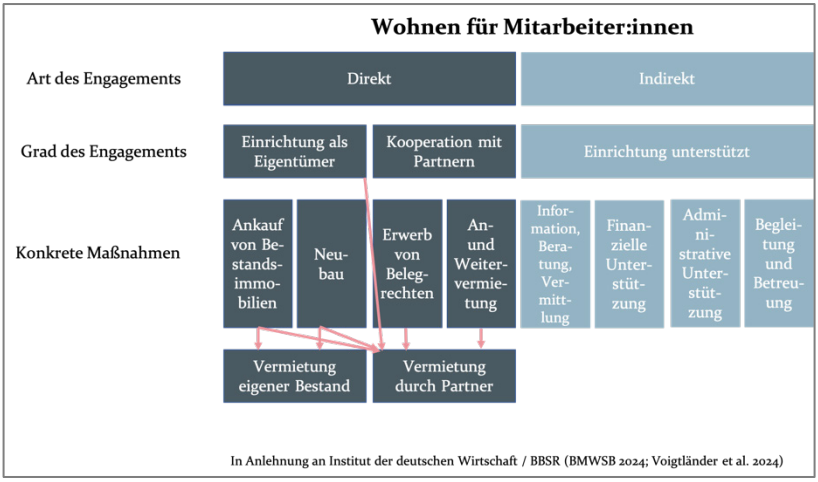

Abbildung 12: Typologie: Arten von Wohnen und Unterstützungsmaßnahmen für Mitarbeiter:innen

Quelle: Eigene Darstellung

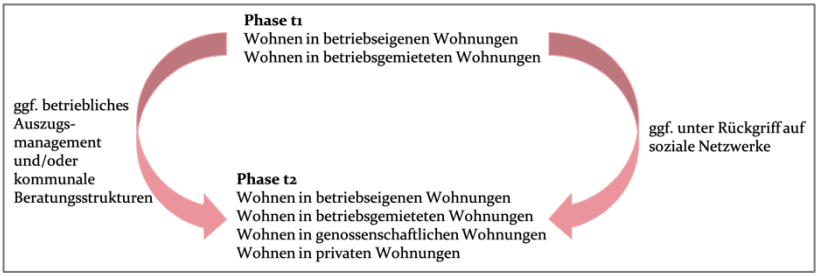

Abbildung 13: Typologie: Übergang in privaten Wohnraum

Quelle: Eigene Darstellung

Herausforderungen beim Zugang zu privatem Wohnraum

Während Pflegekräfte zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland aus pragmatischen Gründen häufig auf zur Verfügung gestellte Wohnungen zurückgreifen, entwickeln sich im Laufe der Zeit Aspirationen auf eigenen, privaten Wohnraum. Rechtliche Rahmenbedingungen können die Situation von Migrant:innen bei der Wohnungssuche erschweren, etwa dann, wenn im Fall von Geflüchteten die Umzugsgenehmigung durch die Regierung sehr lange dauert, eine Wohnsitzauflage vorliegt oder sie aufgefordert werden, aus der Geflüchteten-Unterkunft auszuziehen. Gleiches gilt im Fall von Auszugsaufforderungen aus von Einrichtung gemietetem Wohnraum.[96] Die Beantragung von Unterstützungsleistungen wie dem Wohngeld kann im ersten Jahr des Aufenthalts dann erschwert sein, wenn das Ausbildungsverhältnis nicht als vollwertig erachtet wird (siehe auch Kapitel 4).

Daneben berichten die befragten Einrichtungen und Migrant:innen von strukturellen Herausforderungen auf dem privaten Wohnungsmarkt. Hier werden zunächst folgende Aspekte in Bezug auf die Wohnungen genannt (vgl. Kordel et al. 2023):

- generell fehlende Verfügbarkeit aufgrund hoher Nachfrage, insbesondere in Universitätsstädten und von Zuzug geprägten Orten, bzw. fehlende Verfügbarkeit zum Einreisedatum der Migrant:innen;
- unpassende Größe;
- fehlende Erschwinglichkeit im Vergleich zum (Ausbildungs-)Gehalt, insbesondere in Großstädten und Ballungsgebieten;
- unpassende Lage, d. h. zu große Entfernung vom eigenen Arbeitsort oder der Kita/Schule der Kinder.

[96] Gemäß §576 BGB liegen besondere Fristen der ordentlichen Kündigung bei Wohnräumen vor, die auf das Bestehen eines Dienstverhältnisses vermietet sind.

Da Migrant:innen aus Drittstaaten aufgrund der fehlenden Anerkennung des Führerscheins aus dem Herkunftsland sowie hoher Kosten für Führerschein und eigenen PKW zumindest zu Beginn des Aufenthaltes in Deutschland auf den ÖPNV angewiesen sind, kommt der räumlichen Nähe zu Arbeitsplatz und ggf. Bildungseinrichtungen der Kinder sowie der Anbindung der Wohnung an den ÖPNV eine zentrale Rolle zu (siehe Kapitel 7.5). Nicht nur Einrichtungen, sondern auch Kommunen betrachten den eigenen Handlungsspielraum in Bezug auf die strukturellen Hürden am Wohnungsmarkt als sehr eingeschränkt:

> „Und dann gibt es natürlich Probleme, da sind wir nur bedingt handlungsfähig. Ich glaube, das sind Probleme, die jetzt aber nicht nur ausländische Pflegekräfte betreffen: Wohnraum, billiger Wohnraum. Das ist, glaube ich, nicht nur in GROSSSTADT 1 ein Problem, sondern, ich glaube, in vielen Ballungsgebieten. Da gibt es keine schnellen Lösungen für." (Q41, Mitarbeiter in einer Kommunalverwaltung)

Selbst wenn eine passend große und finanzierbare Wohnung im entsprechenden Stadt- oder Ortsteil gefunden ist, kommen noch Diskriminierungseffekte beim Zugang zu Wohnraum hinzu. So stellen die Befragten zwar einerseits eine Offenheit der Vermieter:innen an Pflegekräfte zu vermieten fest, andererseits fehle eben diese bei der Vermietung an Migrant:innen, People of Colour oder Geflüchtete (Stichwort Intersektionalität, Crenshaw 1991).

> „Also ich muss sagen, KLEINSTADT 1 ist leider nicht so offen für ausländische Personen. Ich würde sagen, es soll jetzt nicht rassistisch klingen und ich will auch nicht jeden über den Kamm scheren: Weiße sind tatsächlich willkommener als Schwarze. […] Ich muss sagen, ich habe einen Kandidaten gehabt, da war das wirklich sehr schwierig. Den haben wir tatsächlich auch aus der Hand

> verloren, weil es einfach sehr schwierig war in KLEINSTADT 1 für ihn eine Wohnung zu finden, ja? Auch eine bezahlbare Wohnung." (Q28, Integrationsbeauftragte einer Klinik)

In Einzelfällen berichten Einrichtungen schließlich noch davon, dass die Anspruchshaltung von Migrant:innen in Bezug auf die Wohnung sehr hoch sei. Personalvermittlungsagenturen und Beratungsstellen sehen schließlich insbesondere bei kleinen und mittleren Einrichtungen fehlende Kapazitäten oder aber fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Relevanz sich im Bereich Wohnraum für Mitarbeiter:innen zu engagieren.

Praktiken und Strategien

Migrant:innen nutzen drei verschiedene Strategien in Bezug auf den Zugang zu privatem oder genossenschaftlichem Wohnraum (vgl. Weidinger & Kordel 2023):

- pragmatischer Umgang mit dem bestehenden Wohnungsmarkt,
- Vermeidung oder Verzögerung der Wohnungssuche, und
- Verbesserung der Handlungsmacht in Bezug auf den Wohnungsmarktzugang.

In pragmatischer Hinsicht passen Migrant:innen ihre Wohn- und Arbeitsorte an die Verfügbarkeit von Wohnraum an. Aufgrund der schwierigen Wohnungssuche in Großstädten verbleiben sie beispielsweise in der jeweiligen Mittelstadt wohnen und arbeiten weiterhin in der aktuellen Einrichtung (Q92), während Familien aufgrund günstigerer Wohnungspreise tendenziell in kleinere Städte umziehen. Andere Befragte hingegen versuchen die Wohnungssuche zu vermeiden oder hinauszuzögern, indem sie Einrichtungen bitten, länger in der bereitgestellten Wohnung verbleiben zu dürfen, diese mit privaten Mietverträgen übernehmen und die Möblierung ablösen oder indem sie in

Wohnungen von Verwandten, Freund:innen oder Bekannte ziehen. Schließlich versuchen Migrant:innen mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland die eigenen Deutschkenntnisse zu verbessern und das eigene soziale Netzwerk zu erweitern, um damit den Wohnungsmarktzugang über bestehende Kontakte und die Kontaktaufnahme mit Vermieter:innen über Plattformen zu erleichtern. Zusätzlich setzen befragte migrantische Pflegekräfte auf den Abbau von Vorurteilen bei Vermieter:innen (z.B. mittels vertrauensbildender Gespräche), die Registrierung bei der örtlichen Wohnungsgenossenschaft sowie die Unterstützung durch die migrantische Community.

Maßnahmen zur Überwindung individueller und struktureller Herausforderungen

Um Einsamkeit zu vermeiden, werden seitens Einrichtungen und Personalvermittlungsagenturen Wohnerfahrungen von Migrant:innen im Herkunftsland berücksichtigt und Personen, die bisher mit ihren Familien gelebt haben, gezielt in Wohngemeinschaften untergebracht (siehe auch Abschnitt ‚Wohnsituation'), wobei das Zitat gleichzeitig auch auf die Bedeutung von Community-Bildung hinweist (siehe auch Kapitel 6).

> „Auch möchten wir nicht, dass Einzelapartments am Anfang angemietet werden. Das klingt erstmal hart manchmal, ‚Ihr müsst in eine WG', das ist für diejenigen, die kommen aber eine Sicherheit, die sich da in der Gemeinschaft ergibt. Also selbst zu zweit ein Zimmer teilen ist überhaupt kein Problem, eher das Gegenteil. Also Einzelapartments sind ganz schwierig, da gehe ich in die Vereinsamung. Weil man muss eben im Blick behalten, wo kommt derjenige her, diejenige. Wie war die Wohnsituation vorher? [...] In Indien ist alles sehr gedrungen. Und wenn ich da plötzlich so viel Freiraum habe, frage ich mich, wo links und rechts die Menschen plötzlich sind, die mir Halt gegeben haben. Und deswegen fokussieren

> wir bei unseren Arbeitgebern, unseren Kunden auch immer, dass sie das Verständnis dafür mitbringen, dass sie eine Community ein bisschen aufbauen. Dadurch entsteht eine Bindung untereinander, innerhalb dieser Community, aber auch zum Arbeitgeber. […] Es darf natürlich jeder dann ausziehen wie er möchte, wenn man Familien gründet oder Familiennachzug da ist. Bloß dieses Ankommen wird dadurch eher gefördert und dieses Sicherheits- und Gemeinschaftsgefühl." (Q74, Geschäftsführer einer Personalvermittlungsagentur)

Die strukturellen Herausforderungen beim Zugang zu privatem Wohnraum werden von den befragten Akteuren durch pragmatische Maßnahmen angegangen, beispielsweise, indem die Aufenthaltsdauer in betriebseigenen oder angemieteten und untervermieteten Wohnungen verlängert wird oder indem etwa eine Arbeitskollegin eine migrantische Pflegekraft übergangsweise bei sich zu Hause wohnen lässt (Q69). Des Weiteren werden gezielt Personen rekrutiert, die bereits in Deutschland in einer eigenen Wohnung leben. Wenngleich die Bereitstellung von Wohnraum insbesondere zu Beginn des Aufenthalts in Deutschland als notwendig erachtet wird, haben einige Einrichtungen ihr Engagement aufgrund des hohen Personalaufwands eingestellt und verweisen beispielsweise an kommunale Vergabeplattformen für geförderte Wohnungen, spezielle Service- und Koordinationsstellen wie den Familienservice, die Ausbildungskoordination oder den:die Integrationsbeauftragte:n. Informell und meist wenig organisiert unterstützen auch Teamleitung und Arbeitskolleg:innen (u.a. aus dem gleichen Land oder mit der gleichen Erstsprache) Pflegekräfte bei der Wohnungssuche. Durch Kooperation mit einem kommunalen Wohnungsunternehmen kann eine größere Altenpflegeeinrichtung in einer Großstadt auf Kontingente von Mietwohnungen zurückgreifen:

> „Die KOMMUNALE ALTENPFLEGEKETTE hat Wohnungen, sie bekommt auch da ein Kontingent. Es gibt Wohnungen, die über die KOMMUNALE ALTENPFLEGEKETTE bezogen werden, aber das reicht natürlich längst nicht für alle." (Q72, Referent in einer Altenpflegeeinrichtung)

Um Vorbehalte von Vermieter:innen abzubauen, werden Migrant:innen vereinzelt auch zu Wohnungsbesichtigungen begleitet und Einrichtungen treten im Bedarf als Mittler:innen auf, mieten also die Wohnung an und an Migrant:innen unter und verrechnen dies im Sachbezug (Q93; siehe Abbildung 12).

Strukturelle Voraussetzungen des Wohnungsmarktes mit individuellen Bedürfnissen der Pflegekraft oder der Familie werden in kommunalen Verwaltungen integriert bearbeitet, indem die Lage der Wohnung mit der Verfügbarkeit von Kitaplätzen zusammengedacht wird. Auch Koordinator:innen im Integrationsbereich bzw. Sozialarbeiter:innen in kommunalen Integrationszentren, die sich auch um Wohnraumvermittlung und -begleitung sowie Konflikte rund um das Thema Wohnen kümmern, kommt hier eine besondere Bedeutung zu (Q51, 94, 97). Migrant:innen wird es außerdem ermöglicht, mithilfe eines Wohnberechtigungsscheins an kleine Sozialwohnungen zu kommen, während beispielsweise Unterbringungskosten bei AZAV-zertifizierten Anpassungslehrgängen im Blockunterricht im Rahmen des Bildungsgutscheins auf Antrag von Einrichtungen durch den Arbeitgeberservice der Agentur für Arbeit übernommen werden.

7.4 Gesundheit und Wohlbefinden

Gesundheit[97]

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung fällt zunächst auf, dass diese von den Befragten räumlich differenziert bewertet wird. So wird die Versorgung in ländlichen Räumen, in dem ‚ein Anruf bei einem Arzt genüge um einen zeitnahen Termin zu erhalten' (Q87) einerseits gut eingeschätzt, andererseits werden in Großstädten die psychologischen Betreuungsmöglichkeiten positiv hervorgehoben (Q06). Die befragten Pflegekräfte schätzen vereinzelt auch die Gesundheitsversorgung relational zum Herkunftsland ein und beurteilen sie aufgrund von Erfahrungen im Familienkreis in Deutschland als gut. Dies gilt ebenso auch für das System der gesetzlichen Krankenversicherung (Q38).

Zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und langfristigen Sicherung der Arbeitsfähigkeit ihrer Pflegekräfte versuchen Arbeitgeber:innen – neben einer Dienstplansicherheit für verlässliche Erholungsphasen – Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu ergreifen. Diese dienen gleichzeitig der Teambildung, dem Zusammenhalt und der Abschwächung von Konflikte in diversen Teams. Dazu zählen etwa Maßnahmen zur psychischen Unterstützung wie regelmäßige Supervision bezüglich Gewalt seitens dementer Personen (Q93) oder die Nutzung des Fitnessraums durch Mitarbeiter:innen.

> B2: „Also was mir eigentlich auch noch mal wichtig wäre, dass unsere Mitarbeiter, egal wer auch immer, bei uns auch die Möglichkeit haben, unten den Fitnessraum zu nutzen. Dass wir den Mitarbeitern da auch klar sagen:

[97] Zur Teilhabe im Bereich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und -vorsorge wurden von den migrantischen Pflegekräften und anderen Akteuren einige Aspekte angesprochen, die generell für alle Mitarbeiter:innen einer Einrichtung oder Einwohner:innen einer bestimmten Region zutreffen. Auf diese wird im Folgenden nicht im Besonderen eingegangen.

> ‚Auch da könnt ihr rein, könnt was für euch tun, für eure Gesundheit tun'."
>
> – B1: „Oder in der Pause Massage und sowas, ja."
>
> – B2: „Und das ganz einfach den Zusammenhalt auch noch mal mehr fördert, ne? Einmal im Monat die Mitarbeiter-Gymnastik, im kleinen Saal." (Q52, Einrichtungsleiterin (B1) und Pflegedienstleiter (B2) einer Altenpflegeeinrichtung)

Eine Pflegeschule unterstützt Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte, indem sie nach der Ankunft beispielsweise Müdigkeit aufgrund der Zeitverschiebung adressiert und Migrant:innen zusätzliche flexible Pausen zugesteht, sodass sie sich an den neuen Biorhythmus und den Arbeitsalltag gewöhnen können (Q89). Auch die befragten Pflegekräfte selbst betätigen sich für den Erhalt und die Förderung ihrer Gesundheit, indem sie wegen ihrer Rückenprobleme Schwimmen gehen oder zum Stressabbau Joggen gehen (Q24) – oder dies anderen Pflegekräften raten (Q86).

Es werden jedoch in Bezug auf Gesundheit einige Herausforderungen genannt, wie z. B. eine ausgeprägte Wetterfühligkeit der migrantischen Pflegekräfte. So führe die am Anfang ungewohnte Konfrontation mit der kalten Witterung beispielsweise zu einem erhöhten Risiko für häufigere Erkrankungen (Q62). Mentale Beeinträchtigungen würden dagegen aus Verzögerungen und Intransparenz bei administrativen Prozessen resultieren, etwa wenn die Berufsanerkennung zur Fachkraft nicht gut oder zügig läuft und sich in der Folge finanzielle Engpässe ergeben, oder wenn sich der Erwerb von Deutschsprachkenntnissen nicht schnell genug verbessert. Dies kann in Versagensängsten, Hoffnungslosigkeit und gar psychischen und depressiven Erkrankungen resultieren, wie folgendes Zitat unterstreicht:

> „Ja, manche haben sicherlich, glaube ich, auch psychische Probleme. Also auch, wo man irgendwie merkt, im Beratungsverlauf, das wäre gut, wenn da eine Unterstützung passieren würde. Also, ein ärztlicher Kontakt irgendwie hergestellt würde. Aber in der Regel ist, glaube ich, das Problem ist sicherlich auch das Geld, diese knappen Ressourcen, die die zur Verfügung haben, oftmals. Und was ein Problem ist auch wenn es nicht weitergeht, glaube ich. Wenn man das Gefühl hat, man tritt auf der Stelle und man kommt irgendwie nicht weiter. Also, weder in dem Anerkennungsprozess noch sprachlich. Man merkt, irgendwie im Sprachkurs bekomme ich auch nicht so richtig was zustande, dann muss ich dann wiederholen und so weiter. Das ist, glaube ich, ein Riesenproblem. Also so eine Versagensangst. Also, im Job im Heimatland war man guter Dinge. Und dann kommt ein Krieg, wie jetzt in der Ukraine, und ich werde mit 24 Jahren Berufserfahrung plötzlich ins Nichts katapultiert, ist schon eine grausame Erfahrung. Da muss ich erst mal von der Pike auf Deutsch lernen. Und ich habe das Gefühl, ich komme nie an. Und ich werde nie mehr wieder meinen Beruf ausüben.“ (Q50, Beraterin in einer Kommunalverwaltung)

Neben psychischen werden von den migrantischen Pflegekräften auch physische Belastungen erwähnt, nicht zuletzt durch den Nacht- und Schichtdienst (Q88). Diese können – trotz genereller Zufriedenheit mit den ausgeübten Tätigkeiten am Arbeitsplatz – die Bleibeperspektive in der Pflege beeinträchtigen und ein Ausscheiden aus dem Pflegeberuf zur Folge haben (Q22; siehe Kapitel 8.1).

Darüber hinaus erstrecken sich Herausforderungen der Pflegekräfte sowie der Berater:innen in Kommunalverwaltung und Wohlfahrtsverbänden auch auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und zum Kassensystem (z. B. in Abhängigkeit von Aufenthalts- oder Behinderungsstatus) sowie die Verfügbarkeit und

Verständlichkeit von Informationen darüber (Q43). Wissenslücken offenbaren sich auch in Verhaltensweisen, wie des sich trotz Erkrankung aus Angst um Kürzung des Urlaubs oder damit verbundenen Kosten nicht Krankmelden. Daraus folgen für die Pflegeeinrichtungen als Arbeitgeber jedoch auch rechtliche Herausforderungen, Patient:innen bzw. Bewohner:innen, vor einer Ansteckungsgefahr zu schützen (Q34).

> „Es ist ganz schwierig, was Gesundheitsversorgung betrifft, weil die keine Krankenkassen kennen. Auch das werden wir jetzt im nächsten Jahr noch mal ganz anders machen müssen, mit irgendwelchen Infoveranstaltungen zum Thema Krankenkasse. Also die würden nie daheimbleiben, wenn es ihnen schlecht geht. Was halt dann irgendwie schwierig jetzt gerade im Pflegebereich ist, weil sie dann halt die Patienten anstecken. Aber wollen sie nicht, weil sie Angst haben, dass es halt was kostet." (Q34, Leitungsperson in einer Kommunalverwaltung)

Anlässlich der daraus entstandenen Konflikte zwischen Einrichtung und migrantischen Pflegekräften suchten diese wiederum bei Beratungsstellen um Hilfe, wenngleich Einrichtungen eine Einmischung in interne Angelegenheiten aus Sicht der Berater:innen nicht duldeten (Q34).

Bezüglich struktureller und institutioneller Hürden wird angeführt, dass zugezogene Personen in Landgemeinden und kleinen Städten wegen eines Aufnahmestopps in Arztpraxen schlechtere Chancen für eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung hätten. Hinzu kommen auch Barrieren wie eine eingeschränkte Mobilität mit öffentlichen Verkehrsmitteln (siehe Kapitel 7.5) sowie eine Sprachbarriere in Arztpraxen, die auf dem Land stärker zu Tragen komme als in Großstädten, wo es einfacher sei, Ärztinnen oder Ärzte zu finden, mit denen in der Erstsprache kommuniziert werden kann (Q03, 51, 95). Auch bei komplizierten Anträgen, wie z. B. der Beantragung eines Schwerbehinderten-Status oder eines Pflegegrades, kommt die

Sprachbarriere negativ zu tragen (Q95). An dieser Stelle wird von einzelnen Befragten eine systematische Diskriminierung durch das Unterlassen gesundheitlicher Versorgung und Bevorzugung deutschsprachiger Patient:innen aufgrund der Sprachbarriere und fehlender Verfügbarkeit von Dolmetschern hingewiesen (Q95). Eine zivilgesellschaftliche Organisation hat diesbezüglich Gespräche mit kommunalen Vertreter:innen aufgenommen (Q95). Von den befragten Pflegekräften wird zudem auf das Fehlen psychologischer Betreuung durch Personen mit demselben kulturellen Hintergrund der Migrant:innen hingewiesen (Q06). Begründet wird dies – auch aus der Perspektive von Beratungsstellen – vor dem Hintergrund gemachter Erfahrungen mit Krieg und Tod im Herkunftsland sowie daraus erwachsenden, potentiellen posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) (Q50).

Zukünftig geplante Schritte zur Verbesserung der Teilhabe im Bereich Gesundheit sind die Durchführung von Informationsveranstaltungen zum deutschen Gesundheitssystem für neuzugewanderte Pflegekräfte seitens der Kommunalverwaltung (Q34). Die befragten Pflegekräfte beabsichtigen selbst vereinzelt, sich in Zukunft verstärkt bei z. B. Krankenkassen zu informieren (Q02), sehen jedoch weiterhin Unterstützungsbedarfe bei der Gesundheitsförderung durch kostenlose Angebote seitens der Einrichtungen und fordern diese aktiv ein (Q02, 48).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich der Zugang zu Gesundheitsversorgung im Sinne einer Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen für Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte räumlich nach Wohnort im städtischen und ländlichen Kontext unterscheidet und von der Informiertheit über Systeme und lokale Praktiken mitbestimmt wird (Becker et al. 2025). Diese Erhebung zeigt, dass Arbeitgeber:innen, Akteure in Kommunen und Bildungseinrichtungen für Herausforderungen von migrantischen Pflegekräften bislang nur vereinzelt sensibilisiert sind.

Wohlbefinden

Der Definition von ‚Gesundheit' der WHO als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" (WHO 1948; WHO 2006) nach, welche dem salutogenetischen Modell folgt (Antonovsky 1996), ist Wohlbefinden in all seinen Dimensionen erwähnt. Für eine multidimensionale Perspektive auf Wohlbefinden werden im Folgenden Konzepte, wie Lebensqualität, definiert „als die Wahrnehmung der Lebenssituation des Einzelnen im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen" (WHO 1995: 1405), das Modell der Selbstbestimmung durch Autonomie, Kompetenzerfahrung und soziale Relation (Ryan & Deci 2017) und eine verhältnisorientierte Perspektive (Jakubiak & Feeney 2017) herangezogen.

Das Thema Wohlbefinden äußert sich in den Interviews oft spontan oder auf Nachfrage zur Einschätzung der eigenen Situation und Reflexion der Phasen der Anwerbung, des Ankommens und des Alltags mit allen dazugehörigen Teilhabedimensionen und nahm dabei eine unerwartet große Bedeutung ein. Belegt werden Aussagen zum Wohlbefinden induktiv-deduktiv durch implizite Ausführungen von Gefühlen (wie Glücklichsein, Gutgehen oder Nicht-Gefallen) und andererseits ganz explizit (als ‚Wohlbefinden'). Insbesondere die Bedeutung von Wohlbefinden für die Bleibeperspektive (siehe Kapitel 8) wird von den Befragten selbst reflektiert und stark betont.[98] Als große Einflussfaktoren auf Wohlbefinden wurden dabei auch regelmäßig Diskriminierungserfahrungen und Mobbing[99] sowie die Anerkennung als ‚Mensch' unabhängig von der Nationalität herausgestellt.

[98] Q11, 12, 32, 80.
[99] Q19, 66, 91, 96.

> „Was die brauchen, ist ein gutes Betriebsklima. Das ist schon das Wichtigste. Das ist wichtig, bin ich hier als Mitarbeitender, als Mensch, der hier mitarbeitet, nicht als Aserbaidschaner, Kasache, Russe, Ukrainer/ Sondern es geht um den Menschen. […] Als Mensch und nicht reduziert oder fokussiert auf irgendeine Nationalität. Zu wissen, ich kann meine Nationalität leben und kann auch meine Kultur leben, bis zu einem gewissen Grad." (Q12, Leiter einer Altenpflegeeinrichtung)

In der (Selbst-)Einschätzung des Wohlbefindens der migrantischen Pflegekräfte spielen sämtliche Rahmenbedingungen im Arbeits- und Lebensalltag eine Rolle, aber auch ein Abgleich der Erwartungshaltung mit dem tatsächlichen Verlauf des Ankommens und Einlebens sowie der aktuellen Lebenssituation in Deutschland. In Bezug auf Lebensqualität werden rechtlich-politische Teilhabe und ein Gefühl von Sicherheit genannt, die Zufriedenheit, auch für die Angehörigen, schaffen.

> I: „Und wenn Sie sich jetzt diese Karte so angucken, haben Sie sich das Leben in Deutschland so vorgestellt?"
>
> – B: „Ja, es ist gut, so wie es jetzt ist, ja (lacht)."
>
> – I: „Was gefällt Ihnen denn?"
>
> – B: „Mir gefällt, dass ich hier in Sicherheit bin. Dass hier das Gesundheitssystem super funktioniert. Dass meine Rechte eingehalten werden. Ja, dass ich in Frieden lebe." (Q85, weibliche Pflegefachkraft aus Guinea, eingebürgert, 40-50 Jahre, > 10 Jahre in D)
>
> „Also, ich bin zufrieden mit meiner Position. Ich möchte einfach gesund bleiben, und dass man einfach, ja/ Also, wir haben uns vor kurzem, mit meinem Mann darüber unterhalten. Also, wir wollen im Endeffekt gesund bleiben, und dass man einfach gut weiterarbeiten kann.

> (lacht) Ja, mehr wollen wir nicht." (Q54, weibliche Pflegefachkraft aus Polen, eingebürgert, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

> „Zum Beispiel, wir fahren nach GROSSSTADT und wir gehen in diesen kleinen Zoo und die Kinder sind glücklich." (Q19, Pflegefachassistentin aus der Dominikanischen Republik, > 10 Jahre in D)

Darüber hinaus finden sich in den erhobenen empirischen Daten Belege, die das Modell des Erhalts und der Fortentwicklung von Wohlbefinden durch die Schaffung vorteilhafter Voraussetzungen und Verhältnisse stützen (Jakubiak & Feeney 2017). Hierzu werden vor allem gute Bedingungen für einen selbst und die Familie betont:

> „Die Menschen wollen irgendwie, irgendwann ankommen. […] Also, ich bleibe dort, wo es meiner Familie gut geht. Wo ich nicht gemobbt werde, Freunde habe, Kind hat, weiß ich nicht, Schule, Musikschule, Sportverein, das Ganze. Ja, und ich werde einfach akzeptiert. Also, Hauptsache kein Mobbing […]." (Q96, Geschäftsführerin einer Personalvermittlungsagentur)

> „Die Bezahlung, glaube ich, schon wichtig. Ich glaube schon, dass es wichtig ist, hier irgendwo Fuß zu fassen. Das ist enorm schwierig in LÄNDLICHE GEMEINDE. Wenn sie aus Aserbaidschan kommen, was ist es, also wie erfolgt eine Integration in eine ländliche Gemeinde?" (Q12, Leiter einer Altenpflegeeinrichtung)

Aussagen der befragten Pflegekräfte zur selbstbestimmten Gestaltung der Freizeit durch selbstgewählte Praktiken oder soziale Kontakte rekurrieren auf das Modell der Selbstbestimmung durch Autonomie, Kompetenzerfahrung und soziale Relation (Ryan & Deci 2017):

> „Und letztes Jahr habe ich einen *Solo-Travel* gemacht. Das ist schwierig in Indien, hier ist es einfacher, alleine. […] Ich habe darauf so lange gewartet. In Indien, in Südindien, ist das nicht so schwierig, aber unsere Eltern, *they are scared*." (Q26, weibliche Pflegefachkraft aus Indien, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

> „Oder ich treffe mich mit meiner ehemaligen Arbeitskollegin, die ist jetzt schon in Rente. Wir treffen uns auch einmal im Monat. Dann gehen wir in LOKALES CAFÉ und lassen uns da schön verwöhnen. Also das sind so Routinetreffen eigentlich, die so fest integriert sind, wo man selber sagt, damit es dir selber weiterhin gut geht, muss du gut zu dir sein. Und tue dir was Gutes. Und das muss ja nicht, ich weiß nicht, was sein. Das sind immer nur Kleinigkeiten, aber das reicht, um aufzutanken und wieder hier durchzustarten." (Q18, weibliche Pflegefachkraft aus Russland, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Die Bedarfe und Handlungsmöglichkeiten um das Wohlbefinden von migrantischen Pflegekräften zu fördern, sehen die Betroffenen selbst sowie unterstützende Akteure gleichermaßen. So wünschen sich die Pflegekräfte eine bessere Einbindung in die Entscheidungsprozesse, wie z. B. ihren Einsatz innerhalb der Einrichtung (Q33) und sehen den Bedarf für eine ideelle und finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen, sodass sich diese besser um ihre Anliegen kümmern können (Q11). Auch Kommunalverwaltungen äußerten den Wunsch nach mehr politischer Unterstützung und Finanzierungsmöglichkeiten, um die Lebenswirklichkeiten von migrantischen Pflegekräften und Auszubildenden besser einbeziehen zu können, z. B. durch Schulsozialarbeit (Q01). In der Zivilgesellschaft erhofft man sich gleichsam eine Verbesserung der finanziellen Mittel über Projekte sowie darüber hinaus, in Form institutioneller Förderung, um ihren Beitrag zur Entwicklung von Wohlbefinden leisten zu können (Q95).

Einrichtungen ebenso wie Kommunalverwaltungen erkennen darüber hinaus zum Ziel der Erhöhung des Wohlbefindens, dass sie Kümmererstrukturen, wie z. B. ein Modell der Mentor:innen für die Begleitung bei der Einarbeitung, aufbauen sollten (Q05, 11). Einrichtungen hoffen hierzu auf eine bessere Zusammenarbeit mit den Vermittlungsagenturen um bei den Herausforderungen im Lebensalltag und außerhalb des Arbeitsplatzes besser helfen zu können (Q05). Manche reflektieren nach wenigen Jahren Erfahrung mit der Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften über ein *Finetuning* des Prozesses zu einer besseren Orientierung in der Arbeit und einer stärkeren sozialen Unterstützung beim Ankommen am Wohnort z. B. durch das Angebot von Freizeitaktivitäten (Q01, 11). Darüber hinaus stellen Kommunalverwaltungen fest, dass Wohlbefinden im Alltag durch infrastrukturelle Verhältnisse, wie die Bereitstellung von öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) in ländlichen Räumen, verbessert werden kann (Q50; siehe Kapitel 7.5).

Bildungseinrichtungen sehen Stellschrauben in Bezug auf die Vermeidung von Einsamkeit durch migrantisch-zivilgesellschaftliche Helferkreise oder Hilfestellung seitens Einrichtungen bei sozialer Anbindung als entscheidend für den Aufbau von Wohlbefinden. Aus ihrer Sicht sollten hierzu Konzepte zur Integration in den Einrichtungen geschaffen werden, die nicht vom Engagement einzelner Personen abhängen (Q11).

7.5 Mobilität

Die Rolle von Mobilität für soziale Teilhabe ist in verschiedenen Dimensionen des Lebensalltags ersichtlich. Kann Alltagsmobilität realisiert werden, so erleichtert dies die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes, von Versorgungsinfrastrukturen, Freizeitaktivitäten und sozialen Orten (vgl. Kordel & Weidinger 2020; Weidinger et al. 2021; siehe auch Kapitel 3.2). Nimmt man eine weitere Perspektive auf Mobilität ein, bedingen sich Alltagsmobi-

lität und Wohnstandortmobilität, also die Wahl des Wohnstandortes, gegenseitig. Somit stellt (Alltags-)Mobilität eine wichtige Voraussetzung für Partizipation und Teilhabe dar (vgl. Stockdale & Haartsen 2018). Da insbesondere in ländlichen Räumen individuell bedeutsame Infrastrukturen nicht am Wohnort oder in Laufdistanz erreichbar sind, kommt dem Zugang zu diversen Verkehrsträgern hier eine wichtige Voraussetzung zu. So wurden sozialräumliche Exklusion (Cass et al. 2005) und verkehrsbezogene soziale Exklusion (Kenyon et al. 2002), die auf fehlendem Zugang zu Verkehrsinfrastrukturen beruhen, für ländliche Räume bereits in den 2000er Jahren beschrieben und von Mehl et al. (2023) in Bezug auf Geflüchtete bestätigt.

Um besser zu verstehen, welche Orte für Pflegekräfte im Lebensalltag wichtig sind, welche sie aufsuchen möchten (*aspiration*) und wie diese erreicht werden können (*ability*)[100], wurde mithilfe von sogenannten Mobility Mappings mit den befragten Migrant:innen erarbeitet (siehe auch Kapitel 3.1). Im Alltag aufgesucht werden vor allem funktionale Orte wie Freizeitorte oder solche Orte, die der (gesundheitlichen) Versorgung dienen (siehe Abbildung 14). Dies zeigt, dass ein Ausgleich zum Arbeitsalltag wichtig ist und dieser vor allem am Wohnort realisiert wird, nur 21 der 157 genannten freizeitbezogenen Orte sind in anderen Städten Deutschlands oder im Ausland. Orte, an denen soziale Kontakte zu Freund:innen, Verwandten oder Kolleg:innen gepflegt werden, befinden sich hingegen häufiger nicht am Wohnort. Bei Verwandten, die im Ausland besucht werden, ist die räumliche Nähe, z. B. Bayern zu Westbalkan-Ländern, eine wichtige Voraussetzung für häufige Besuche. Nicht genannt wurden in Bezug auf Begegnungen wohnortnahe soziale Orte, an denen man Nachbar:innen trifft oder Aktivitäten in Vereinen nachgeht.

[100] In Anlehnung an den *aspiration-(cap)ability-approach* (Carling 2002).

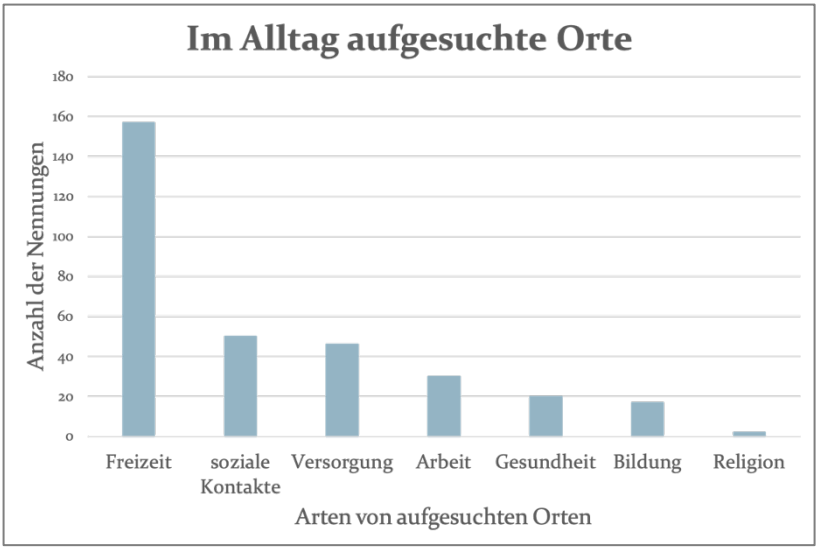

Abbildung 14: Von befragten Pflegekräften aufgesuchte Orte im Alltag

Quelle: Eigene Darstellung

Vor allem Orte im Inland, an denen sich Freund:innen und Verwandte befinden, werden von den befragten Migrant:innen häufig nicht aufgesucht bzw. können nicht aufgesucht werden. Dies betrifft zudem Reiseziele allgemein, auch im europäischen und außereuropäischen Ausland. In Bezug auf Letzteres wurden auch Herkunftsländer der Pflegekräfte, wie Indien (zwei Nennungen), Syrien (eine Nennung) genannt. Vor allem fehlende ökonomische und zeitliche Ressourcen stellen hier wichtige Begründungszusammenhänge für die Nicht-Erreichbarkeit dar.

Die Kartierungen gaben schließlich auch Aufschluss darüber, wie individuell bedeutsame Orte erreicht werden. Zum Arbeitsplatz gelangen die Befragten vornehmlich zu Fuß, der Wohnort ist also bei vielen Pflegekräften mit Migrationsgeschichte gleichzeitig der Arbeitsort. Diese Konstellation wurde schließlich von Akteuren aus Einrichtungen in ländlichen Räumen als Gelingensfaktor bzw. Voraussetzung für das Zustandekommen eines

Beschäftigungsverhältnisses genannt (V20). Motorisierter Individualverkehr (MIV) wurde von zehn Befragten als Verkehrsträger zum Arbeitsplatz genannt, öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV, hier Zug, U-Bahn, Tram, Bus) von zwölf. Auf eine Kombination von mehreren Verkehrsträgern, also die Wahl von Umsteigeverbindungen mussten sechs Befragte zurückgreifen.

Zu sozialen Orten gelangen Pflegekräfte vorwiegend mit dem Auto (20 Nennungen) oder dem ÖNPV (23 Nennungen), deutlich seltener zu Fuß (acht Nennungen), was das oben genannte Ergebnis, dass sich soziale Orte häufiger nicht am Wohnort befinden, bestätigt. Trotz langer Fahrtzeiten mit dem ÖPNV besuchen Pflegekräfte häufig Verwandte und Freund:innen in anderen Städten, berichtet wurde aber auch, dass der Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte durch fehlende Mobilität eingeschränkt sind.

> „Und da muss ich immer wieder feststellen, dass die [migrantische Pflegekräfte aus Vietnam] teilweise, wenn sie jetzt beispielsweise im Landkreis irgendwo in einem Ort eingesetzt werden, der 3.000 Einwohner hat, da sind die Freizeitmöglichkeiten begrenzt. Und dann ist natürlich die Mobilitätsproblematik noch, wobei dann kein Führerschein oder kein Auto vorhanden ist. Und dann sitzen die in einem Dorf fest, kommen nicht raus. Und das ist sehr, sehr schade, weil da kann ich natürlich sehr viel auch an Zukunftsvisionen zerstören und, ja, da tun sich eben negative Stimmungen auch bei den Schülern auf." (Q11, Schulleiter einer Bildungseinrichtung)

Der Zugang zu MIV erleichtert dies und führt auch darüber hinaus zu einer Ausweitung des Aktionsraums und erweitert Handlungsmacht (vgl. Mehl et al. 2023). Folgendes Zitat zeigt, dass eine Pflegekraft stolz auf den PKW-Erwerb ist:

> „Ich habe jetzt ein eigenes Auto. Ja, meines. Ich ganz alleine, ohne fremde Hilfe. Das ist ganz toll. Ich habe keine

> großen Ansprüche oder irgendwie was. Das, was ich habe, das ist das, was man zum Leben braucht." (Q22, weibliche Präsenzkraft in der Altenpflege aus Brasilien, eingebürgert, 50-60 Jahre, > 10 Jahre in D)

Gleichzeitig werden Herausforderungen in Bezug auf den Führerscheinerwerb berichtet: Insbesondere die hohen Kosten, aber auch lange Wartezeiten nennen die Befragten. Die hohen Kosten werden insbesondere dann zum Problem, wenn Rücküberweisungen in das Herkunftsland getätigt werden. Vielfältige Tätigkeiten, die Pflegekräfte im Alltag kombinieren müssen, bleiben insbesondere jedoch dann eine Herausforderung, wenn man auf den ÖPNV angewiesen ist. Mobilität zum Arbeitsplatz und Kinderbetreuung werden in folgendem Zitat durch einen Arbeitsmarktmentor in einem Wohlfahrtsverband reflektiert:

> „Wenn ich von dort zum Bahnhof will, dauert alleine der Weg schon eine halbe Stunde, […] dann fährt da nachts auch kein Bus hoch oder runter. […] Das ist umso mehr ein Problem bei Familien, also wenn dann auch Kinder involviert sind. Wo ja dann meistens noch die Frage steht, wie kriege ich das jetzt hin? Kinder vielleicht noch irgendwo früh hinbringen, dann muss ich noch dort zu dem Pflegedienst, um zu arbeiten. Oder dann am Wochenende noch eine Nachtschicht. Das ist ein Riesenthema." (Q92)

Im Zusammenhang mit dem Schichtdienst und der Vereinbarkeit mit den ÖPNV-Zeiten, insbesondere abends, nachts und an Wochenenden, stellen sich für Einrichtungen auch Fragen nach dem ‚richtigen' Umgang und der ‚Gleichbehandlung' aller Mitarbeiter:innen:

> „Bei PRIVATE KLINIKKETTE zum Beispiel müssen sie [Anm. migrantische Pflegekräfte] später zu arbeiten anfangen, weil die ÖPNV-Verbindung nicht schichtgerecht quasi geht. Also es ist schon wieder schwierig. Dann sagen die deutschen Pflegekräfte natürlich: ‚Wir stehen hier um

> sechs Uhr auf der Matte.‘ Die [Anm. migrantische Pflegekräfte] müssen keinen Wochenenddienst übernehmen, weil auch da die ÖPNV-Zeiten anders sind. Es ist schon schwierig.“ (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

Die Erfahrungen, die Pflegekräfte auf Wegen zu den Orten, die ihnen wichtig sind, machen, sind vielfältig und rekurrieren auf zeitliche, geographische und emotionale Aspekte. Zunächst wurden lange Fahrtwege berichtet, insbesondere bezogen sich die Befragten auf transnationale Mobilität (Verwandtenbesuche) mit dem Bus oder dem PKW. Reliefbedingt werden Wege, die in der näheren Umgebung mit dem Fahrrad zurückgelegt werden mitunter als anstrengend bewertet. Auch hohe Niederschläge in den Mittelgebirgsregionen erschweren die Mobilität zu Fuß oder mit dem Fahrrad. Können komplexere Umsteigeverbindungen nicht erreicht werden stellt sich ein Unsicherheitsgefühl ein, besonders nachts, und Konsequenzen werden befürchtet.

> B1: „Wir waren um zwölf Uhr [Anm. nachts] draußen, aber am Bahnhof war kein Zug.“
>
> – I2: „Oh, nein. Und er musste Sie abholen, oder?“
>
> – B1: „Nein, dann später, nach einer oder halber Stunde, ist der Zug gekommen.“
>
> – I1: „Da war es schon sehr spät, oder? Dann mitten in der Nacht, oder?“
>
> – B1: „Ja, war sehr spät. Wir hatten Angst, und wir konnten nicht einfach anrufen. Kein Telefon dabei. (lacht).“ (Q47, Pflegefachhelferin in Ausbildung aus Kirgisistan, 18-20 Jahre, < 5 Jahre in D)

Erfahrungen zu Alltagsmobilität zeigen zusammenfassend wahrgenommene (Nicht-)Erreichbarkeit von Orten und weisen

somit auf individuumsbezogene, situative und strukturelle Barrieren hin (Carling 2002). Debatten um Mobilitätsgerechtigkeit (*mobility justice*, Sheller 2018) greifen aktuell den ungleichen Zugang zu Mobilität, also die Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln aber auch die ungleiche Realisierung von Mobilität und die Entscheidung, mobil zu sein auf. Alltagsmobilität kann demnach als teilhabeförderlicher oder -einschränkender Faktor wirken.

Unterstützende Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität von Pflegekräften umfassen neben der Bereitstellung von Jobtickets durch die Einrichtung (z. B. in Form des Deutschlandtickets, Q93) vor allem die Verbesserung der Individualmobilität. Sie beginnen bereits bei der Ankunft in Deutschland, beispielsweise durch die Abholung vom Flughafen, die von einigen Einrichtungen oder Personalvermittlungsagenturen praktiziert wird und neben der alltagspraktischen auch eine soziale Wirkung entfalten. Hinzu kommt das Angebot von Fahrdiensten und Mitnahmemöglichkeiten durch Kolleg:innen. Für Alltagsmobilität am Wohnort und der nahen Umgebung wurde das Erlernen von Fahrradfahren berichtet, für die weitere Umgebung der Führerscheinerwerb. Kosten dafür werden beispielsweise durch Jobcenter übernommen (Q96). In einem Fall wird Kontakt zu einem Gebrauchtwarenhändler vermittelt, in einem anderen stellt die Einrichtung der Pflegekraft auch einen PKW zur Verfügung, wodurch Fahrtkosten gespart werden können (Q48). Die Abhängigkeit des Verkehrsträgers PKW in ländlichen Räumen (*car dependency*, Bose 2014) oder ein gezwungenes Vorhalten eines PKW (*forced car ownership*, Gilhooly & Lee 2017) ist vor allem auch auf kulturell etablierte Praktiken in ländlichen Räumen zurückzuführen. So weist die repräsentative Studie ‚Mobilität in Deutschland' einen Anteil an autobesitzenden Haushalten von 90 % auf (Nobis & Kuhnimhoff 2018). Pflegekräfte sind, besonders zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland oder in der Ausbildung, ähnlich wie Geflüchtete, Jugendliche oder ältere Senior:innen (für Auszubildende, vgl. Binder &

Matern 2020), häufig sogenannte *captive riders* (Beimborn et al. 2003), d. h. sie haben nicht die Wahl zwischen mehreren Verkehrsmitteln. Unterstützungsmaßnahmen zur Überwindung dieser Einschränkungen seitens der Einrichtung, Kommune oder Zivilgesellschaft kommen deshalb großer Bedeutung zu.

7.6 Soziale Kontakte

Am Arbeitsplatz stellen soziale Kontakte mit Kolleg:innen, Vorgesetzten und zu Pflegenden wichtige Kommunikationsgelegenheiten dar und sind damit fester Bestandteil von Lernprozessen und der Entwicklung von Handlungsmacht. Soziale Kontakte führen schließlich zu positiven wie negativen emotionalen Begegnungen, sowohl am Arbeitsplatz als auch im Lebensalltag. In Bezug auf den Zugang zu Teilhabedimensionen, wie Arbeit, Wohnen, Gesundheit und Freizeit heben Ager und Strang (2008) die vermittelnde Funktion von sozialen Kontakten hervor (siehe auch Kapitel 3.2). Differenziert werden können, in Anlehnung an Putnam (1993) Kontakte zur Lokalbevölkerung (*social bridges*), innerhalb der eigenen Community (*social bonds*) und zu Funktionsträger:innen (*social links*).

Die hohe Relevanz insbesondere von *social bonds* stellen die Befragten in allen Phasen – Anwerbung, Ankommen und Bleiben – heraus. Die folgenden Äußerungen unterstreichen die Bedeutung der Rekrutierung über soziale Netzwerke einerseits, sowie das Engagement einer Mitarbeiterin mit Migrationsgeschichte, die sich aktiv am Netzwerkaufbau im Herkunftsland beteiligt. Neben weit etablierten Maßnahmen (z. B. Prämienzahlungen) sind Netzwerke in Communities auch bei der Anwerbung innerhalb Deutschlands relevant (siehe auch Kapitel 5.1).

> „Ja, ich glaube schon, dass sich die untereinander/ dass da so Mundpropaganda untereinander ist. Das glaube ich, dass das eine ganz große Rolle spielt, eine größere Rolle als organisierte systematische Anwerbung. Also glaube ich. Also, wenn ich jetzt so höre, was die alles erzählen,

> dann ist es immer so die Schwester, Tante, Schwägerin, die da schon mal vor 20 Jahren gearbeitet hat und jetzt wieder da ist. Und also das ist eher so, was über Familie und Freunde und Bekannte, über solche Netzwerke kommt." (Q07, Leitungsperson im Bereich Integration in einer Kommunalverwaltung)

> „Also ausländische Mitarbeiter haben wir tatsächlich im Westbalkan beworben über die Krankenpflegeschule dort; wo wir eben die erste Mitarbeiterin aus Bosnien auch gehabt haben; wo wir gemerkt haben, die passen zu uns, ja, und sind gut einzuarbeiten und haben gute Grundlagen. Die hat ein Netzwerk über die Krankenpflegeschule dort, über die staatliche, weil dort gibt es auch Unterschiede. […] Das war eher so, dass wir da über die Mitarbeiter selbst akquiriert haben, was natürlich auch interessant ist. Wir haben ja ‚Mitarbeiter werben Mitarbeiter'. Das heißt, es gibt Anwerbeprämien und da macht es das natürlich auch attraktiv für die Leute. Und was wir immer wieder haben: ‚Du, meine Freundin, meine Cousine, die arbeitet jetzt in, keine Ahnung, KLEINSTADT, Dortmund, wo auch immer, und habt ihr denn was?' Ja. Also, auf dem Weg, also klassisches Mund-zu-Mund, passiert viel." (Q09, Pflegedirektor einer Klinik)

Strategisch nutzen Einrichtungen darüber hinaus die räumliche Nähe und etablierte Migrationssysteme, z. B. Bayern–Westbalkan für die Rekrutierung und versuchen, gezielt Kohorten zu bilden. Des Weiteren zeigt das folgende Zitat, dass in Pflegeeinrichtungen Verantwortungsübernahme von vorher eingewanderten Personen forciert wird (siehe Textbox 3).

> „Ja, gut, wenn Sie bei uns dunkelhäutigen Menschen in der Einrichtung begegnen, ist es Normalität, weil die überall herumhüpfen. Also nicht der Einzelexot, sondern auch gezielt Kohortenbildung, damit die sich untereinander vernetzen, dass die älteren Ausbildungsjahrgänge

> auch die jüngeren anleiten und damit die einfach ein Stück weit Heimatgefühl auch haben. Die können sich in ihren Muttersprachen unterhalten. Die haben die gleiche Kultur, vielleicht auch teilweise die gleichen Interessen, also auch das ist ganz bewusst gesteuert. Ich erlebe es jetzt, wir haben eine Brasilianerin übernommen, die wurde uns über die Schule vermittelt über den Schulleiter. Und da habe ich schon die Rückmeldung: ‚Kümmere dich mal um die, der geht es nicht so gut.' Ja, klar, weil die nicht in so einer Community drin ist." (Q01_2, Leiter einer Altenpflegeeinrichtung)

Wird eine Community-Bildung nicht explizit angestrebt, informieren sich Pflegekräfte über soziale Medien über Begegnungsorte oder werden dazu angeleitet. Insbesondere Verwandten und Bekannten an anderen Orten Deutschlands kommt für alltagsweltliche und emotionale Unterstützung eine wichtige Bedeutung zu.

Textbox 3: Erfahrungswissen nachhaltig nutzen: das Beispiel der Aus- und Rückwandererorganisation AGEyR Granada (*Asociación Granadina Emigrantes y Retornados*)

AGEyR, eine Organisation mit 17 Beschäftigten und ca. 20 aktiven Ehrenamtlichen, hat sich als Begegnungsort und Beratungsinstanz für rückgewanderte Spanier:innen vorwiegend aus Deutschland, der Schweiz und Frankreich etabliert. Neben Beratung der Rückkehrer:innen in Bezug auf Renten- und Steuerangelegenheiten bietet AGEyR auch Sprachkurse an, um Sprachpraxis zu erhalten und transnationale Kontakte, z. B. mit Kindern, die in Deutschland verblieben sind, zu ermöglichen. Darüber hinaus arbeitet die Organisation aktiv mit ERASMUS-plus-Programmen zum Austausch von Auszubildenden oder zu Vernetzungsaktivitäten weiterer Rückkehrerorganisationen. Mit der Finanz- und Wirtschaftskrise Mitte der 2000er Jahre

stieg die Nachfrage von spanischen Jugendlichen nach Sprachkursen, seit 2012 besteht eine Kooperation für ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) mit anschließender Ausbildung bei einem privaten Träger in Bayern. Dafür werden die Jugendlichen bei AGEyR bis zum Sprachniveau A2 vorbereitet, der weitere Spracherwerb erfolgt, nachdem gute Erfahrungen damit gemacht wurden, in Deutschland. Des Weiteren werden kulturelle Spezifika nähergebracht und Vorstellungsgespräche vorbereitet. Die Kosten für Interessent:innen sind mit 60 Euro sehr überschaubar. Als Ansprechperson in der Einrichtung in Deutschland hat sich eine Person etabliert, die ebenfalls aus Spanien rekrutiert wurde und mittlerweile Führungsverantwortung übernommen hat. Sie wählt gemeinsam mit den Sprachlehrkräften in Granada geeignete Personen aus und lädt sie zu Vorstellungsgesprächen nach Deutschland ein, zu denen die Jugendlichen von Mitarbeitenden von AGEyR begleitet werden. Dort stellen sie ihnen Arbeitsplatz und ländliche Wohnorte in der Umgebung der Einrichtung vor.

Das authentische Erfahrungswissen der Haupt- und Ehrenamtlichen bei AGEyR in Spanien über Leben und Arbeiten in Deutschland, wie auch die etablierte Kontaktperson in der Einrichtung in Deutschland, resultierte in ca. 100 Vermittlungen von Arbeitskräften nach Deutschland (ca. 35 in die Pflegeeinrichtung mit der die Kooperation besteht). Als Erfolgsfaktoren wurden genannt (H18, 28):

- Spracherwerb im Herkunftsland bis zum Niveau A2; weitere Kompetenzen werden in Deutschland erworben und durch Sprachpraxis begleitet;
- Führen von Elterngesprächen, um die Bereitschaft zu eruieren, die Jugendlichen selbständig nach Deutschland gehen zu lassen;

- Motivation der Jugendlichen, die in Deutschland leben, während Urlauben in Spanien im Sprachkurs von AGEyR vom Arbeiten und Leben in Deutschland zu berichten;
- Begleitung der Jugendlichen zu Vorstellungsgesprächen und Herstellung von Kontaktmöglichkeiten zu Einrichtungen und zukünftigen Kolleg:innen;
- der Ausbildung vorgeschaltetes FSJ, um die Pflegepraxis und den Lebensalltag kennenzulernen; sowie
- bereitgestellter Wohnraum während des FSJ und der Ausbildung.

Bereits im Prozess des Ankommens wird die Etablierung von Beziehungen mit Kolleg:innen als herausfordernd beschrieben. Maßnahmen wie gemeinsame Freizeitaktivitäten, Grillfeste oder Weihnachtsfeiern zielen darauf ab, Begegnung zu erleichtern und werden häufig implementiert. Zentrale Akteure sind zudem Praxisanleiter:innen, welche die fachliche Einarbeitung übernehmen. In einer Einrichtung wurde von einem Familienservice berichtet, der Familienmitglieder der Pflegekraft unterstützt. Des Weiteren können Sprachlehrkräfte, die berufs- oder ausbildungsbegleitende Kurse anbieten, wichtige soziale Kontakte und Ansprechpersonen sein (zur Rolle von Sprachlehrkräften siehe Kapitel 8.2). In der Einarbeitungsphase werden schließlich Kümmer:innen bzw. Mentor:innen, die selbst eine Migrationsgeschichte haben, besonders geschätzt. *Social bonds* und *social links* sind in einer Person vereint.

> „Aber ich glaube, der Kümmerer, das ist halt der Vorteil, der ist selbst ukrainischer Geflüchteter, der ist wie so ein großer Bruder für die. Der ist auch noch nicht so alt und der spricht Russisch mit ihnen. Und die haben echt ein gutes Verhältnis zueinander. Und ich glaube, der kann es einfach ziemlich gut einschätzen, wann er was machen

> kann und wann es ihnen zu viel wird." (Q34, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

Gleichzeitig ist die Etablierung sozialer Kontakte und die Unterstützung in der Ankommensphase in einigen Einrichtungen auch dem Zufall überlassen. Über informelle Unterstützung durch eine Mitarbeiterin, die Bedarfe erkennt, deren Arbeit aber nicht in Strukturen eingebettet ist, wird in folgendem Zitat berichtet:

> „Und da hat uns eine Mitarbeiterin geholfen mit der Anmeldung und dem Arzt, aber die hat das freiwillig gemacht. Die war nicht eingestellt dafür. Die hat uns nur vom Flughafen geholt und danach sollten wir das eigentlich selbst machen. Aber sie hat gesehen, dass wir so verloren waren, auch wegen der Sprache. Wir haben nicht kapiert, was sie sagen und so. Und sie hat das freiwillig gemacht; ist in den Supermarkt mit uns gegangen, überallhin hat sie uns begleitet; beim Arzt, beim Rathaus, Ausländeramt und so. Und auch nachher. Sie hat das freiwillig gemacht, hat uns eingeladen zu sich und sie war echt ein Engel für uns alle, genau. Aber vom Arbeitgeber, keine Integration, keine Programme oder so." (Q64, Bundesfreiwilligendienstleister in der Altenpflege aus Indien, 20-30 Jahre, Indien, < 5 Jahre in D)

> „Ich wusste überhaupt nicht, wie die Wohnsituation in GROSSSTADT1 ist oder ganz Deutschland, dass es so schwierig ist. Dann habe ich ihr gesagt/ Ich habe gesagt: ‚VORNAME KOLLEGIN, bitte hilf mir, ich weiß es nicht, was ich machen soll. […] Wo soll ich denn gehen, und wo soll ich schlafen und so?' (…) Und dann hat sie gesagt, hat sie mit ihren Angehörigen gesprochen. […] Und die Wohnung, [einer Familienangehörigen] in STADTTEIL1 hier, war leer. […] Und sie meinte: ‚Du kannst einfach da hin-

> gehen und für ein paar Monate dort wohnen. So zwei Monate, drei Monate, bis du eine Wohnung gefunden hast.'" (Q69, weibliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Zur Etablierung sozialer Kontakte zur Lokalbevölkerung außerhalb des Arbeitsplatzes stellen vor allem Akteure, die Integration in Einrichtungen oder Kommunen verantworten, die Bedeutung von (Sport-)Vereinen am Wohnort sowie Glaubensgemeinschaften heraus. Die Daten des Mobility Mapping zeigen jedoch, dass diese Orte bislang nicht aufgesucht werden (siehe auch Kapitel 7.5). Vor allem in der Verweisarbeit, z. B. zu kulturellen Angeboten, Unterstützungsplattformen bei der Wohnungssuche oder Beratungsstellen (z. B. bei Schwangerschaft) engagieren sich große Einrichtungen, z. B. in Form eines Newsletters für Auszubildende. Das folgende Zitat unterstreicht, dass der Zugang zu Kontakten mit der Lokalbevölkerung häufig durch die eigenen Kinder entsteht.

> „Meistens über die Kinder. Wissen Sie, also wenn die Kinder bekommen, dann geht es von allein, weil dann kommst du also rein über den Kindergarten und so weiter. Aber zu sagen, schön, dass du da bist und jetzt freunde dich hier an, das ist schwierig. Im Arbeitskontext geht das gut. Aber wenn dann die Arbeit auch zu Ende ist, ist es selten der Fall, dass man sagt: ‚Wie schaut es denn aus, kommst du heute Abend noch mal auf ein Bier zu mir?' Das ist nicht die Regel." (Q12, Leiter einer Altenpflegeeinrichtung)

> „In Deutschland arbeitet man einfach nur. Und wenn Freizeit oder wenn Feierabend ist, haben sehr viele Menschen Privatleben. Und man feiert nicht miteinander, man redet nicht miteinander. Aber in HERKUNFTSLAND ist es anders. In HERKUNFTSLAND nach der Arbeit geht man zusammen irgendwo hin trinken, essen und so; gab es viel Kontakt mit Kollegen. Aber in Deutschland kam

> nicht so viel." (Q86_2, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Vietnam, 20-30 Jahre, < 5 Jahre in D)

In ländlichen Räumen erschweren verfestigte Strukturen sozialer Kontakte und Hierarchien zusätzlich die Kontaktaufnahme (vgl. Steinführer & Kordel 2024). Der Leiter einer Altenpflegeeinrichtung, der selbst auf dem Land aufgewachsen und nach einem Aufenthalt in einer Großstadt wieder dorthin zurückgekehrt ist, reflektiert dies im Folgenden:

> „Ländliche soziale Strukturen sind sehr, sehr verfestigt, und sind auch wieder sehr strukturiert. Also wo kommst du rein? Über die Kirchengemeinde kommst du rein. Aber wenn du jetzt keinen katholischen Hintergrund hast, ist es auch wieder schwierig. Kirchen sind eine gute Geschichte. Kinder sind immer eine gute Geschichte, über das Schulische. Aber ich glaube, man muss auch der Wahrheit ins Gesicht sehen. Man wird nie, man wird nie, ein – es hört sich jetzt ganz blöd an – ein vollwertiges Mitglied dieser örtlich-dörflichen Gesellschaft sein." (Q12)

Hinzu kommen unterschiedliche alltägliche Zeitrhythmen, die insbesondere an ländlichen Wohnorten wahrgenommen werden:

> B1: „Wir wohnen in Asien und viele Aktivitäten für alle Leute sind nachts oder abends oder morgens. Aber in Deutschland ist es wirklich sehr ruhig. (lacht). Am Anfang war ich ein bisschen gestresst."
>
> – B2: „Wir leben in einer großen Stadt, wie GROSSSTADT. Und in KREISSTADT ist es anders. Essen, Freunde, Kollegen, alles ist neu." (Q88, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung (B1), männliche Pflegefachkraft in Ausbildung (B2) aus Vietnam, 30-40 Jahre, < 5 Jahre in D)
>
> „In KLEINSTADT ist ja halt kein Leben nach 20 Uhr. Also GROSSSTADT 1 ist jetzt ein bisschen besser halt, dass

> man auch später spazieren gehen kann, dass man halt Leute sehen kann, dass halt mehr Aktives ist als in MITTELSTADT 1 und KLEINSTADT 1 halt. Das ist eine ziemliche Katastrophe. Das ist echt eine Katastrophe, weil so zu leben, zu wohnen, das ist für mich sehr schwer. [...] Keine Leute auf der Straße, ja, genau. Ab 19 Uhr, also du findest ja auch keinen mehr, im Supermarkt und so. Also kein Auto fährt, kein Mensch läuft, nichts. [...] Du musst kämpfen, dass du halt was kaufen kannst (lacht)." (Q39, Pflegefachhelfer aus Syrien, eingebürgert, 20-30 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Soziale Kontakte zur Lokalbevölkerung sind nicht nur wegen unterschiedlicher Zeitrhythmen, sondern auch aufgrund einer zurückhaltenden Einstellung der Lokalbevölkerung schwierig. Diese wird mitunter auch als Xenophobie eingeordnet.

> „Die Deutschen sind ein bisschen zurückhaltend. Ich weiß es nur von diesem kleinen Dorf. Ich weiß nicht, ob es in großen Städten anders ist. Aber die Deutschen sind zurückhaltend mit Ausländern. Die Deutschen wollen keinen Kontakt zu Ausländern, denke ich. Ich weiß nicht. Ich bin seit zehn Jahren in Deutschland. Ich habe hier keine Freunde." (Q19, Pflegefachassistentin aus der Dominikanischen Republik, > 10 Jahre in D)

Umso wichtiger sind wiederum *social bonds* im Arbeits- und Lebensalltag. Sie stellen, wie bereits erwähnt, emotionale Unterstützung durch vielfach erwähnte Verwandten- und Bekanntenbesuche bereit, eine Befragte berichtet von einer ‚Therapie' und einer Art ‚Auszeit', die sie durch diese Besuche erlebt. Andererseits haben sie auch alltagspraktische Funktionen. Bei Freizeitaktivitäten, aber auch bei der Begleitung zu Behörden oder in der *Care*-Arbeit (z B. Kinderbetreuung) sind *social bonds* unverzichtbar. Bestrebungen, diese Art der Beziehungen zu institutionalisieren werden von Teilnehmer:innen ebenfalls bestätigt. Dazu zählen exemplarisch ein Verein, der bei Bedarf unterstützt

und Geld für Menschen in schwierigen Lebenslagen sammelt, oder ein anderer, der Freizeitaktivitäten anbietet. Transnationale Mobilitäten als Besuche in den Herkunftsländern haben für Pflegekräfte oft einen hohen Stellenwert, sind aber häufig mit hohen Kosten für die Reise, aber auch für Geschenke verbunden.

Aus den gesammelten Erfahrungen haben Pflegekräfte und Akteure aus Einrichtungen Handlungsmacht (Agency) in den Phasen Anwerbung, Ankommen und Bleiben entwickelt und geben Hinweise für Arbeitskräfte, die in der Zukunft im Pflegesektor in Deutschland arbeiten möchten oder reflektieren ihre Praktiken:

- Rekrutierung von mehreren Personen aus einem Herkunftskontext

  „Ich würde wahrscheinlich sagen: ‚Suche dir ein Krankenhaus, einen Pflegedienst oder was, wo schon Leute sind, die so reden wie du, aus deinem Kulturkreis kommen. Damit du da ein geschmeidiges Ankommen hast und gleich verstanden bist. Und auch diese *By-the-way*-Unterstützung kriegst.‘ Wenn du auf der Station arbeitest und hast lauter Vietnamesen da. Die können sich gegenseitig was sagen, was der eine nicht versteht oder so.“ (Q07, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

  „Viel Abwanderung, viel Kündigung, viel Fluktuation wird dadurch gefördert, dass man einzelne Fachkräfte rekrutiert. Und die wandern meistens zu den Communities hin […], wo sie dann Anschluss finden. Und das versuchen wir zu vermeiden, dass wir sagen, okay, wir arbeiten nur mit Arbeitgebern zusammen, die diese Überzeugung teilen und sagen, es müssen perspektivisch mehrere aus dem gleichen Land kommen […].“ (Q74, Geschäftsführer einer Personalvermittlungsagentur)

- Öffentliche Begegnungsorte aufsuchen (vgl. Neu & Nikolic 2024; Kordel et al. 2025)

- Offene, diversitätsorientierte Mitarbeiterführung

„Ich bin für fast 100 Mitarbeiter zuständig. Ich kann mir nicht 100 Sorgen am Tag anhören. Aber es reicht schon, wenn man das Angebot macht und einfach präsent ist. Das ist mir einfach wichtig, präsent zu sein und die Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Meine Tür vom Büro steht auch immer offen. Es ist das Signal an die Mitarbeiter, wenn die Tür offen ist, ist der Herr NACHNAME B2 aufnahmebereit. Wenn sie zu ist, müssen wir uns einen Termin geben lassen. Jetzt auf die ausländischen Pflegekräfte bezogen: Man muss Interesse daran haben, sich auf die einzustellen, wie auf jeden neuen Mitarbeiter. Man muss offen sein. Und in dem Bereich muss man vielleicht sogar noch offener sein, weil es halt eine andere Kultur ist. Es wird jetzt spannend werden, wenn dann nächstes Jahr die Tunesier zu uns kommen. Heißt auch für meine, für unsere Mitarbeiter, sich da einzuarbeiten, auch mal die Kultur kennenzulernen." (Q05_1, Pflegedienstleitung eines Fachkrankenhauses)

Zusammenfassend zeigte das vorliegende Kapitel, dass die befragten Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte der sozialen Teilhabe nicht nur in der Ankunftsphase, sondern auch im Lebensalltag einen besonders hohen Stellenwert beimessen. Nicht alle, aber doch viele Aspekte lassen sich durch die Einrichtungen, aber auch durch die Kommunen und private Akteure unterstützen, um soziale Isolation zu vermeiden und die Teilhabe von Pflegekräften am Gesundheitssystem, am Wohnungsmarkt, der Mobilitätsstruktur und dem daraus resultierenden ‚Wohlfühlen' in allen Phasen nachhaltig zu unterstützen und damit die Bleibeabsicht der Pflegekräfte zu fördern.

8 Bleibeorientierung

Ob und unter welchen Umständen Pflegekräfte Bindungen an die Einrichtung, das Wohnumfeld und die Region bzw. Deutschland und somit eine Bleibeorientierung entwickeln, hängt stark von ihrer sozialen Teilhabe ab (siehe auch Kapitel 7). Umgekehrt ist eine Bleibeorientierung auch für eine sozial nachhaltige Beschäftigung wichtig.

Demnach stellen sich folgende Fragen: Welche Pflegekräfte möchten unter welchen individuellen Konstellationen und strukturellen Voraussetzungen (nicht) bleiben und welche Gründe für das Bleiben lassen sich identifizieren? Wie können Akteure vor Ort eine Bleibeorientierung direkt oder indirekt fördern und welche Orientierungen und Maßnahmen liegen dem zugrunde?

Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und an Wohnorten, die im Aushandlungsprozess zwischen Bleiben und Arbeitsplatzwechsel bzw. Weiterwandern herangezogen werden, umfassen zunächst räumliche Charakteristika bzw. Strukturen von Orten (Standortofferten, Weichhart 2009; *place dependence*, Scannell & Gifford 2014). Im Folgenden werden daher diese strukturellen Charakteristika am Arbeitsplatz wie auch am Wohnort mit einbezogen. Darüber hinaus werden emotionale und affektive Bindungen der Pflegekräfte an den Arbeitsplatz und vor allem an den Wohnort diskutiert (*place attachment*, Lewicka 2010). Auch ihre Zukunftsaspirationen (*aspirations*, Carling & Schewel 2018) werden analysiert und auf die Frage bezogen, wie sich diese im Zeitverlauf bzw. im Lebenszyklus verändern (Kordel et al. 2023a). Die Annahme ist die, dass Bleibeorientierung ständig neu ausgehandelt wird. Sie

wird durch Erfahrungen in der Vergangenheit, die Vorbereitung im Herkunftsland, das Ankommen in Deutschland bis hin zum aktuellen Arbeits- und Wohnumfeld geprägt. In die Bewertung künftiger Entwicklungsmöglichkeiten werden in der Regel auch Bedürfnisse von Familienmitgliedern mit einbezogen.

8.1 Bindungen an Arbeitsplatz und Wohnort

Die befragten Pflegekräfte begründen ihren Verbleib in der Einrichtung, der Region und in Deutschland mit verschiedenen Faktoren (‚Ich möchte bleiben, weil …') bzw. machten diesen von unterschiedlichen Bedingungen abhängig (‚Ich möchte bleiben, wenn …'). Eine Unterscheidung zwischen Bleiben am Arbeitsplatz, am Wohnort und in Deutschland wird häufig nicht vorgenommen; vielmehr erweisen sich die Bewertungen der verschiedenen räumlichen Bezugsgrößen als eng miteinander verwoben.

Am Arbeitsplatz verbleiben möchten die befragten Pflegekräfte dann, wenn sie mit ihrer aktuellen Position zufrieden sind, ein Zusammenhalt im Team besteht, aber auch wenn sich die Beschäftigungsstelle in guter Pendeldistanz zum Wohnort befindet. Die Berufserfahrungen in Deutschland, die Identifikation mit der Tätigkeit und die eigene Persönlichkeit reflektiert eine Interviewperson in folgendem Zitat. Gleichzeitig denkt sie über Entwicklungsmöglichkeiten nach bzw. realisiert diese:

> „Ich mag Krankenschwester, ich mag diesen Beruf. Es liegt mir am Herzen. Ich bin ein empathischer Mensch und ich mag das. Aber durch die Jahre und auch auf der Neurologie/ Das ist halt, wie ich gesagt habe, eine schwere Abteilung. Und dann dachte ich mir: ‚VORNAME IP, möchtest du das dein ganzes

> Leben machen?' [...] Ich möchte einen Job von morgens bis abends und ich möchte eine Familie gründen in der Zukunft. [...] Dann habe ich hier sehr lange überlegt, was ich machen möchte. Ich habe zwei Tage im Anästhesie-Bereich hospitiert. Dort war es gut, wo man auch andere Tätigkeiten übernehmen konnte. Aber ich dachte mir, das war auch nicht gut für mich, weil man nicht im Team war und nur mit einem Arzt die ganze Zeit gearbeitet hat. Und ich habe mich auch nicht da gesehen zu 100 Prozent. [...] Ich hatte mit ihm Fallgespräche gehabt und ich habe geäußert, dass ich mich in der Zukunft weiterentwickeln möchte. Und diese Stelle als stellvertretende Leitung haben die mir quasi angeboten. Und dann habe ich das angenommen." (Q69, weibliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Erfüllen sich hingegen Erwartungen und Vorstellungen von der Arbeit in Deutschland nicht, kann dies zum Abbruch des Beschäftigungsverhältnisses führen (Q46). Auszubildende streben häufig danach, ihre Ausbildung abzuschließen und nehmen dafür auch Einschränkungen in Kauf (vgl. Diskussion über erduldete Immobilität, *acquiescent immobility*, Mata Codesal 2018). Insbesondere nach abgeschlossener Berufsausbildung wird von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte auch eine Präferenz für die Pflege in Krankenhäusern gegenüber Altenpflegeeinrichtungen ersichtlich. Der Grund dafür liegt darin, dass die Tätigkeiten in Kliniken als stärker anerkannt und gewertschätzt wahrgenommen werden. Einrichtungsübergreifend streben die Interviewpartner:innen nach mehr Zeitsouveränität, auch wenn Wochenend- und Nachtdienste sich in Grenzen halten. Eine wertschätzende Begegnung

auf Augenhöhe und ein gutes Arbeitsklima werden besonders positiv gewertet. Viele Einrichtungen schätzen eine lange Betriebsbindung der Mitarbeiter:innen (Q17, 46). Eine Person aus der Geschäftsführung reflektiert die Bedürfnisse von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte wie folgt:

> „Wenn du nicht angenommen wirst von deinem Umfeld, na, dann verkümmerst du als Mensch und dann bleibst du da auch nicht, ja? […] So, und als erstes, gute Beziehung und ehrliche Beziehungen. Das ist, glaube ich, was, was alle Mitarbeiter bindet. Ja, ehrliche Beziehungen zu pflegen und Beziehungen auf Augenhöhe. […] Also ich möchte nie zwischenmenschliche Hierarchien haben. Eine gewisse strukturelle Hierarchie ist wichtig, ja. Weil ich stehe da als GESCHÄFTSFÜHRUNG und ich muss dann halt am Ende den Kopf hinhalten. […] Deswegen ist eine gewisse strukturelle Hierarchie wichtig, aber zwischenmenschlich darf die nicht sein, auf keiner Ebene von Begegnungen von Menschen. Das ist so. Und das ist gerade für Menschen mit Migrationshintergrund [wichtig]. Weil sie ja sehr hilfsbedürftig rüberkommen, weil sie sich in der deutschen Kultur, Struktur nicht auskennen und dazu dann meistens noch die Sprachbarriere kommt.“ (Q40, Leiterin einer Altenpflegeeinrichtung)

Eine große Bedeutung für die Bleibeorientierung spielen einigen Einrichtungen zufolge auch Kommunikation und Führungskräftetrainings sowie gegenseitige Unterstützung (Q93). Daneben wird das Bleiben jedoch auch mittels ‚Bleibeverpflichtungen‘ in Einrichtungen vertraglich fixiert.

> „Bei den Ukrainern kommen wir jetzt in die heiße Phase, weil wir haben die damals einen Dreijahresmindestvertrag unterschreiben lassen, wo wir letztendlich auch, damit wir eine gewisse Sicherheit haben, damit die Kosten, die wir gehabt haben, auch sich irgendwo amortisieren. Wobei das Signal jetzt eigentlich gegeben ist. Die haben ihre Familie hier, die wollen hierbleiben. Die haben ihren Lebensschwerpunkt jetzt hier und fühlen sich in der Arbeit auch wohl. Sind auch integriert und akzeptiert." (Q05_2, Personalsachbearbeiterin in einem Fachkrankenhaus)

Abwerbepraktiken, insbesondere zum Zeitpunkt des Abschlusses der Ausbildung, können hingegen der Bleibeorientierung zuwiderlaufen. Wie folgendes Zitat zeigt, konnten Akteure aus einer Kommune dieser Abwerbepraxis bewusst entgegenwirken:

> „Also ein gewisser Wettbewerb ist natürlich immer da, kann man ganz klar sagen. Ich kann es ein bisschen von der Historie heraus erläutern, dass es zuvor, vor allem, ja, ein sehr abwerbeorientierter Wettkampf war. Also das war zuvor, [...] also so bis 2019, 2020. Da gab es mal eine große Eskalation, die dann auch bis zum Landrat gekommen ist, weil halt da im Endeffekt, ja, eine Einrichtung ganz, ganz aktiv gegen die andere Einrichtung versucht hat, durch eine Werbekampagne Pflegekräfte zu gewinnen. Es ist damals gegen die Altenpflege gegangen. Und das hat natürlich für einen gewissen Aufschrei gesorgt bei uns in der Region. Und demzufolge war es dann halt auch die Idee, dass man dadurch, dass die Pflege Handlungsfeld in der Gesundheitsregion wurde, die [Akteure auf neutralem Boden zusammenführen zu

> können]. [...] Also jetzt durch Aktionen arbeiten sie auch gezielt zusammen, so. Die Einrichtungen, die zuvor quasi offensiv abgeworben haben, die sind jetzt auch welche, die sich in der Bewerberdatenbank zum Beispiel integrieren und dann beispielsweise Pflegehilfskräfte, für die sie selber jetzt keine Verwendung vielleicht haben, dann auch an andere weitervermitteln." (Q14, Leitungsperson im Bereich Gesundheit in einer Kommunalverwaltung)

In einem Fall von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen am Arbeitsplatz wird die Klientin in einer Beratungsstelle auch über die Möglichkeit eines Stations- oder Einrichtungswechsels informiert:

> „Also ich habe auch eine Ratsuchende, die heulend zur Arbeit geht. Wo ich dann gesagt habe: ‚Moment mal, wir versuchen doch mal den Wechsel in der Station, weil das erforderlich ist. Wenn es nicht klappt, wechseln wir das gesamte Klinikum. Also, ich möchte nicht, dass Sie psychisch daran leiden!' So eine lebenslustige Person, immer lächelnd und aus einem sehr temperamentvollen Herkunftsland. Und dann wird sie da halt eben niedergemacht von Mitarbeitern und als ‚nicht fähig' abgestempelt. Da gebe ich natürlich auch den Tipp, wo ich sage: ‚Da müssen Sie nicht mitmachen, brauchen wir nicht. Es gibt genug andere Häuser, wo man sich bewerben kann und man bricht das hier ab, die Praxis, macht theoretisch weiter und hängt die Praxis dann, die man verpasst hat, bis man was Neues hat, dran. Fertig. Punkt.'" (Q91, Beraterin im Bereich Arbeitsmarkt)

Schließlich erwägen die befragten Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte, ebenso wie ihre Arbeitskolleg:innen,

einen ‚Pflexit' (vgl. Taufer & Fuchs 2022). Mögliche Gründe sind Erfahrungen mit dem hohen Arbeitspensum während der Ausbildung in Verbindung mit *Care*-Verpflichtungen, die in einem Fall zum Burnout führten (Q06) oder die Sorge um eine künftige Gesundheitsbeeinträchtigung und die eigene familiäre Situation. Hinzu kommen Weiterbildungswünsche wie ein Studium (Q67) oder auch bessere Verdienstmöglichkeiten in anderen Branchen (Q46).

> „Ich arbeite in der Pflege solange ich kann. Und dann, wenn ich nicht mehr kann, dann was anderes." (Q70, Pflegeassistentin aus dem Irak, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

> „Für mich ist das abhängig von meiner Gesundheit. Weil, dieser Job gefällt mir wirklich sehr gut. Aber meine Gesundheit, ich weiß nicht. Weil, ich bin ein bisschen alt. Und in der Zukunft, wenn ich Kinder habe, oder/ Ich weiß nicht, ob ich viel Zeit für diesen Job aufbringen kann. Wenn wir in Schicht gehen müssen, Nachtdienst arbeiten, das ist ein bisschen anstrengend." (Q88_1, weibliche Pflegefachkraft in Ausbildung aus Vietnam, 30-40 Jahre alt, < 5 Jahre in D)

Eine mögliche Bleibeorientierung am Wohnort und in der Region ist eng mit allen zuvor diskutierten Dimensionen sozialer Teilhabe verbunden (siehe auch Kapitel 7). Befunde für die Bindung an Wohnort und Region unter Pflegekräften decken sich weitgehend mit empirischen Daten zu Geflüchteten (Kordel et al. 2023b): Auch Pflegekräfte begründen ihren Verbleib am Wohnort zunächst mit dem guten und bezahlbaren Wohnraum oder einer Verstetigung ihrer Wohnverhältnisse, z. B. durch Hauskauf. Wohnraum stellt insbesondere dann einen wichtigen Bleibefaktor dar, wenn den Befragten bewusst ist, dass

Wohnraum andernorts nicht leicht verfügbar ist (siehe auch Kapitel 7.3).

Soziale Kontakte frei von Diskriminierung und Rassismus und Familienmitglieder in räumlicher Nähe werden zudem häufig als Grund zum Bleiben genannt (siehe auch Kapitel 7.6). Eine gute soziale Einbindung und Akzeptanz als Voraussetzung für das Bleiben, z. B. in Form einer Einbindung in Bildungsinfrastrukturen (der Kinder) oder Vereine, kann vor allem in ländlichen Wohnorten identifiziert werden. Schließlich wird eine flexible Alltagsmobilität auf dem Land – nicht nur beim Transport zum Arbeitsplatz – als wichtiger Bleibefaktor angeführt (siehe auch Kapitel 7.5). Zusammenfassend werden ländliche Räume und Klein- und Mittelstädte nicht zuletzt aufgrund der Ruhe und Übersichtlichkeit von Befragten als gute Orte für Familien mit Kindern und Personen in Partnerschaften konstruiert, städtische Räume und Großstädte nicht zuletzt aufgrund der vielen Möglichkeitsstrukturen hingegen als gute Orte für Junge und Alleinstehende. Wenn Migrant:innen planen in Zukunft umzuziehen, wird besonders ein Umzug entlang der urbanen Hierarchie hin zu Mittel- und Großstädten in Erwägung gezogen. Für die Aushandlung der Wohnstandortentscheidungen spielen die aktuellen Wohnorte von Familienangehörigen oder Partner:innen eine entscheidende Rolle:

> „Ich bin in einer Beziehung, mein Freund wohnt an der Grenze, in Belgien. Und in Richtung Belgien vielleicht MITTELSTADT1, MITTELSTADT2 oder in der Nähe von GROSSSTADT3. Wir haben noch nicht entschieden, aber in diese Richtung, sage ich mal, oder in GROSSSTADT1. GROSSSTADT1 gefällt mir." (Q69, weibliche Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion aus Albanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Für die Entscheidung, in Deutschland zu bleiben, ist für Pflegekräfte aus Drittstaaten entscheidend, über gültige Visa und Arbeitserlaubnisse zu verfügen und den Erwartungshaltungen der Familien zu entsprechen. Aber auch die politische Lage, ein langfristiger Frieden in den Herkunftsländern ist entscheidend (Q05). Die in der Europäischen Union garantierte Freizügigkeit ermöglicht EU-Bürger:innen deutlich mehr Flexibilität in Bezug auf die Wahl des Arbeits- und Wohnortes. Hinzu kommen kaum Zeitverschiebungen sowie schnelle und kostengünstige Flugverbindungen in die Herkunftsländer. Eine befragte Pflegefachkraft aus Spanien fasst die Argumente für ihre Entscheidung, zumindest vorläufig in Deutschland zu bleiben, mit allen oben genannten arbeits- und lebensweltbezogenen Aspekten zusammen (vgl. die Studie zu Ab- und Rückwanderung von EU- und Drittstaatsangehörigen von Loschert et al. 2025). In ihrer Aussage wird besonders deutlich, wie eine Entscheidung für die Pflege, für den Wohnort und das Zielland Deutschland miteinander verschränkt sind:

> „Wir hatten die Möglichkeit, wieder nach Spanien zu gehen. Auch mit meinem Mann. Er hatte eine sehr gute Position bekommen, aber wir haben das abgelehnt. Ich liebe hier zu wohnen, und ich habe schon mein Leben hier gemacht (lacht). Und wir wollten zurück nach INSEL mit der Familie, aber ich wollte lieber hierbleiben. Ich liebe es mit dem Fahrrad unterwegs zu sein mit den Kindern. Ich liebe STADTTEIL1. Es ist wie ein Dorf in der Stadt, und, ja, ich will nicht weg. Noch nicht (lacht). Wir haben auch hier eine internationale Umgebung, das finde ich auch sehr gut. Und, ja, mit der Bedingung von der Arbeit/ das finde ich auch perfekt. In Spanien habe ich das auf jeden Fall nicht, überhaupt nicht."

(Q67, weibliche Pflegefachkraft aus Spanien, 30-40 Jahre, 5-10 Jahre in D)

Es zeigt sich: Für die meisten Pflegekräfte sind für einen Verbleib am gegenwärtigen Arbeitsplatz bzw. in der Pflege ‚weiche' soziale Faktoren wie Wertschätzung und Unterstützung am Arbeitsplatz von hoher Bedeutung. Diese können durch Kolleg:innen und Vorgesetzte in den Einrichtungen stark gefördert werden, u. a. auch durch Fortbildungen und Kommunikationstrainings sowie durch die Zuhilfenahme bereits vorhandener Tools wie dem Werkzeugkoffer Pflege (siehe Kapitel 9, siehe auch Kapitel 2). Wettbewerbsbedingten Abwerbepraktiken können Kommunen oder Netzwerke durch Absichtserklärungen entgegenwirken.

Eng verwoben mit dem Verbleib in der Pflege ist die Entscheidung für den jeweiligen Wohnort bzw. Deutschland. Hier entscheiden auch politische und rechtliche Rahmenbedingungen über eine etwaige Bleibeorientierung; diese sind nur begrenzt beeinflussbar, am ehesten über eine zügige Visavergabe und Anerkennungspraxis. Aber auch bezogen auf den Wohnort entscheidet stark die soziale Einbindung. Unterstützen lässt sich diese durch kommunale Angebote zur gesellschaftlichen Teilhabe (siehe Kapitel 9).

Die miteinander verwobenen Argumente für oder gegen einen Verbleib am Ort bzw. am Arbeitsplatz reflektieren Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte fortlaufend. Um eine Bleibeorientierung zu fördern, können zahlreiche Akteure in Einrichtungen, Pflegeschulen, Kommunen, Migrantenselbstorganisationen, Vereinen und Wohlfahrtsverbänden Maßnahmen ergreifen, die ein gutes Klima schaffen. Eine Vernetzung von Akteuren – etwa in Form regelmäßiger Austauschformate – ist dafür unabdingbar (siehe Kapitel 8.2 und Kapitel 9).

8.2 Netzwerkarbeit als Voraussetzung für nachhaltige Bindung

Die in Kapitel 8.1 erwähnte Notwendigkeit zur Kooperation verschiedener Stakeholder vor Ort betonen auch befragte Akteure:

> „Eine Einrichtung selber [...] wird das alles nicht schaffen. [...] Da braucht man dann halt, wie gesagt, Kooperationen." (Q71, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

Eine pragmatische, aber verlässliche Zusammenarbeit und gute Erreichbarkeit erweisen sich dabei als essentiell:

> „Ich glaube, das ist, denke ich, schon was, was [...] den Landkreis ausmacht, dass alle mithelfen. Ich würde jetzt nicht sagen, dass es schneller geht zwecks der KOMMUNALEN BILDUNGSEINRICHTUNG, sondern dass die Bereitschaft von allen da ist, da dran zu arbeiten. Und ich meine, sicherlich sind das bei uns gewachsene Strukturen, wo man sich persönlich kennt, ja? Es ist was anderes, wenn ich bei jemandem anrufe und sage: ‚Lieber VORNAME, hilf mir mal schnell', ja, als wenn ich über die Vermittlung gehen muss und sagen muss: ‚Könnten Sie mich bitte/ Wer ist denn da zuständig?' Also, wir kennen einfach die Strukturen und sind da relativ gut vernetzt." (Q35_1, Geschäftsführer einer Bildungseinrichtung)

In die Teilhabe von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte sind eine Vielzahl von Akteuren in unterschiedlichen Phasen involviert. Herausforderungen bestehen auf der kommunalen Ebene dann, wenn Parallelstrukturen bestehen (Q83) und einen hohen Koordinationsaufwand

nach sich ziehen, da Zuständigkeiten und Prozesse intransparent sind (siehe auch Kapitel 4).

Je nachdem, ob Personen im Rahmen der Familienzusammenführung, aufgrund von Flucht, zum Zwecke der Bildung und Ausbildung oder zur Erwerbstätigkeit nach Deutschland kommen, variieren die zeitliche Abfolge und die Arbeitsschwerpunkte beteiligter Akteure. Auch die Art der Einreise nach Deutschland spielt insbesondere für die Ankommensphase und damit einhergehende Verantwortlichkeiten eine entscheidende Rolle: Ob Personen aktiv angeworben werden, sich individuell bewerben, dabei Personalvermittlungsagenturen nutzen oder über staatliche Programme, Bildungseinrichtungen oder Einrichtungen und Pflegedienste direkt einreisen – all diese Konstellationen bestimmen mit, welche Akteure und Strukturen am Prozess des Ankommens beteiligt sind. Den Kreis erweitern Mitarbeiter:innen von Auslandsvertretungen, von Personalvermittlungsagenturen, Bildungseinrichtungen, Verwaltungen, Beratungsstellen und Einrichtungen sowie Familie, Freund:innen und Bekannte.

In der Ankommensphase gestalten Einrichtungsleitungen, Personalabteilungen, Betriebsräte und insbesondere Integrationsbeauftragte, Teamleitungen und Praxisanleitungen sowie Kolleg:innen die Teilhabe am Arbeitsplatz und am Wohnort. Klare Verantwortlichkeiten, z. B. in Form von Mentor:innenstrukturen oder im Sinne eines *Peer-to-Peer*-Ansatzes werden von Beteiligten sehr geschätzt.

Darüber hinaus spielen Kommunalverwaltungen eine wichtige Rolle. Beratungsstellen, kommunale Integrationsbeauftragte und Mitarbeiter:innen in der Kommunalverwaltung stellen im Idealfall eine bedarfsgerechte örtliche Verwaltung und Infrastruktur sicher und können die Rahmenbedingungen für gesellschaftliche Teilhabe über den

Arbeitsplatz hinaus gestalten. Zusätzlich können sie auch ein koordiniertes Zusammenwirken der lokal agierenden Akteure fördern und Transparenz ermöglichen (vgl. SVR 2025a, 2025b).

> „Das sind so die Themen Wohnraumversorgung, Familiennachzug, Kitaplätze, also Umgang mit dem Ausländeramt, Anerkennung von ausländischen Berufsausbildungen. Also einen bunten Strauß von Themen, wo, sage ich mal, einfach auch Behörden einzuschalten sind. Und die Menschen stießen da an Grenzen. Aber auch die Kliniken als Arbeitgeber, die die Menschen da sehr stark unterstützt haben, auch mit verhältnismäßig viel Personal, stießen da auch an Grenzen. Wo wir dann gemeinsam überlegt haben: Braucht es vielleicht ein Lotsensystem? Braucht es vielleicht so das Modell eines, einer Dienstleistung, die man vielleicht erschaffen kann? Und ich habe gesagt: ‚Wir setzen erst mal alle Personen, die da irgendwo im Spiel Einfluss haben können, versuchen wir an einen Tisch zu holen.'" (Q61, Leitungsperson im Bereich Arbeitsmarkt in einer Kommunalverwaltung)

Oft unterschätzt in dieser koordinierenden Funktion für die Teilhabe wird der Bildungssektor. Neben der Sprachbildung und/oder Qualifikation im Rahmen der Anerkennung oder Weiterqualifikation kommt Akteuren im Bildungssektor eine wichtige Rolle zu. Hier gestalten Schulleitungen, Sozialarbeiter:innen, Mitschüler:innen und Sprachlehrkräfte die Teilhabe. Oftmals übernehmen Letztere weit mehr Aufgaben als nur die Sprachvermittlung und sind für Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte wichtige Ansprechpersonen im Alltag (siehe Textbox 4).

Textbox 4: Sprachlehrkräfte ermöglichen soziale Teilhabe

Der intensive Kontakt mit Patient:innen, Kolleg:innen, Angehörigen und Verwaltungspersonal erfordert in Pflege- und Gesundheitsberufen Kompetenzen in der Berufssprache. Diese setzt sich zusammen aus Alltagssprache, Pflegejargon und Fachsprache (BAMF 2021). Sprachlehrkräfte, die in Einrichtungen berufsbezogene Sprachkurse im Pflegebereich anbieten, treffen auf Teilnehmer:innen, die sowohl fachlich als auch sprachlich auf die Anerkennung eines im Ausland erworbenen Berufsabschlusses vorbereitet werden, die den Beruf komplett neu erlernen oder die schon länger in Deutschland leben und sich beruflich neu orientieren. Auch ausbildungsbegleitend werden Sprachkurse verstärkt angeboten. Sie finden häufig in Räumlichkeiten der Arbeitsstätte, in räumlicher Nähe dazu oder online statt. Finanziert werden sie von Einrichtungen, ggf. unterstützt durch öffentliche Fördermittel. Lehrkräfte werden direkt an der Einrichtung angestellt oder es werden externe Dienstleister beauftragt, die Pflegekräfte und Auszubildende in Deutsch als Fremdsprache (DaF) oder Deutsch für den Beruf (DaZ) unterrichten, wobei der Fokus auf der fachsprachlichen Kommunikation in der Pflege liegt.

Empirische Ergebnisse zeigen, dass Sprachlehrkräfte weit mehr Aufgaben übernehmen als die Vermittlung berufsbezogener Sprachkompetenzen. Sie sind häufig Ansprechpersonen bei der Orientierung am Wohnort, Problemen am Arbeitsplatz und alltagsweltlichen Herausforderungen. Somit kommt ihnen eine wichtige Rolle und Funktion bei der sozialen Teilhabe zu, die anderen Akteuren häufig unsichtbar bleibt. Sprachlehrkräfte stehen daher exemplarisch für weitere Akteursgruppen, die an der Teilhabe von

Pflegekräften informell mitwirken. Gleichzeitig zeigt es, wie wichtig es ist, in den Einrichtungen oder Kommunen Maßnahmen zu ergreifen, durch die man einen Überblick über Akteure und deren Tätigkeiten und Funktionen erlangt, deren Aktivitäten sichtbar macht und in den Austausch über Synergien kommt.

In zwei Workshops mit Sprachlehrkräften, die berufsbezogene Sprachkurse anbieten[101], wurde auf Grundlage des Erfahrungswissens der beiden Teilnehmer:innen ein Anforderungsprofil für Sprachlehrkräfte in Form einer Stellenanzeige entwickelt, die die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten umfasst und das Bewerberprofil umfassend umschreibt. Der Workshop gliederte sich in vier Teile:

- Einstieg zur aktuellen Berufstätigkeit, dem Arbeitsplatz als Sprachlehrkraft und biographischen Hintergründen
- Aufgaben als Sprachlehrkraft (Erstellung der Stellenanzeige)
- Reflexion über den Lehralltag: Herausforderungen und Probleme der Schüler:innen, Unterstützungsmöglichkeiten durch Sprachlehrkraft, Fortschritte der Schüler:innen in Richtung Selbständigkeit im Arbeits- und Lebensalltag
- Überarbeitung/Finalisierung der Stellenanzeige

Die Reflexion über den Lehralltag ermöglichte eine Ausweitung der Perspektiven auf den Arbeits- und Lebens-

[101] Eine Sprachlehrkraft bietet Präsenzunterricht an einer Klinik an einem ländlichen Standort in Deutschland, die zweite Sprachlehrkraft bietet Online-Unterricht aus dem Ausland für Personen, die kürzlich nach Deutschland eingereist und in unterschiedlichen Einrichtungen in Stadt und Land beschäftigt sind.

alltag der Schüler:innen und sensibilisierte dafür, wie Sprachlehrkräfte bei Herausforderungen im Arbeits- und Lebensalltag unterstützen.[102] Daraus wurde eine mögliche Stellenanzeige erarbeitet (siehe Abbildung 15).

Stellenanzeige

Ihre Aufgaben umfassen…

- Berufs- und alltagsbezogene Sprachkompetenz vermitteln
- Unterrichtsmaterialien erstellen (Wortschatzerweiterung, Grammatiktraining)
- auf Prüfungen vorbereiten
- bei technischen Problemen unterstützen
- bei Behördenbriefen helfen (z.B. GEZ-Anmeldung)
- an lokale Praktiken und kulturelle Spezifika sowie Beratungsmöglichkeiten heranführen, inkl. regelmäßige vor Ort-Begehungen
- Schüler:innen bei der Überwindung von Herausforderungen im Alltag stärken (Empowerment), auch durch Teilen von Erfahrungswissen
- Gruppenbildung unter Schüler:innen durch gemeinsame Events forcieren
- Vorteile des Arbeitens und Lebens auf dem Land / in der Stadt näherbringen

- Netzwerkarbeit innerhalb der Einrichtung (z.B. Kümmer:innen) und mit Integrationsakteuren in der Region betreiben
- Kollegium für interkulturelle Spezifika sensibilisieren

Abbildung 15: Mögliche Stellenanzeige für Sprachlehrkraft

Quelle: Eigene Darstellung

[102] Dieser Teil diente also v. a. der Überarbeitung/Finalisierung der idealtypischen Stellenanzeige und wird daher hier nicht weiter ausgeführt.

Die Aufgaben umfassen demnach neben der Vermittlung von sprachbezogenen, auch das Näherbringen von (inter)kulturellen Alltagskompetenzen und Empowerment im Alltag. Darüber hinaus können Sprachlehrkräfte im Kollegium der Einrichtung und in Netzwerken tätig werden und soziale Teilhabe forcieren. Als erforderliche Kompetenzen der Lehrkraft werden vor allem Empathie und interkulturelle Aspekte genannt. Darüber hinaus zeigt sich, dass biographische Konstellationen für die Tätigkeit als Sprachlehrkraft förderlich sein können, z. B. Erfahrungen mit transnationalen Lebenswelten.

Im sozialen Umfeld, außerhalb von Arbeit und Bildung, können Glaubensgemeinschaften sowie Zivilgesellschaft, beispielsweise Ehrenamtliche in Vereinen und Migrantenorganisationen, wichtige Bezugspunkte bieten (vgl. Kordel et al. 2023c, 2025). Im privaten Bereich sind Vermieter:innen und Mitbewohner:innen und in hohem Maß Familie, Freund:innen und Bekannte für die Teilhabe zentral.

Die bisherige Praxis zeigt, dass die wichtigsten Akteure sowohl im In- als auch im Ausland – von der Fachkräfteanwerbung über die Anerkennung bis hin zur praktischen Teilhabe und Lebenswelt vor Ort – noch zu wenig und zu unsystematisch zusammenarbeiten. Dies führt dazu, dass einerseits Parallelstrukturen entstehen, andererseits aber Ressourcen und Kompetenzen fehlen, sodass nachhaltige Unterstützungsstrukturen kaum aufgebaut werden können. Die beschriebene Vielfalt an beteiligten und interdependenten Akteuren verdeutlicht, dass es ein flexibles, aber koordiniertes Zusammenwirken braucht. Ihr Erfolg hängt davon ab, welche Ressourcen den beteiligten Akteuren zur Verfügung stehen, wie sie miteinander vernetzt sind und ob sie gemeinsam lösungsorientiert und auf Augenhöhe in den für sie relevanten Phasen beteiligt sind.

9 Handlungsempfehlungen

Insgesamt neun große Bereiche erwiesen sich aus unseren empirischen Erkenntnissen (siehe auch Kapitel 4-8) als zentral für die Anwerbung, das Onboarding und das Bleiben migrantischer Pflegekräfte in der Einrichtung, der Pflege, am Wohnort bzw. in der Region sowie in Deutschland. Auf die jeweils aus unserer empirischen Erhebung resultierenden Diagnosen folgen Handlungsempfehlungen, die im Folgenden überblickshaft dargestellt sind.

Empfehlung 1: Erwartungsmanagement in Bezug auf Deutschland, die Zielregion und die Pflegepraxis in Deutschland verbessern!

Diagnose: Migrant:innen werden durch Personalvermittlungsagenturen, Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen sowie Beratungsstellen zum Teil, aber nicht systematisch mit Informationen über die Pflegepraxis und die sie strukturierenden Rahmenbedingungen in Deutschland, die Einrichtung sowie das Zielland und die Region bzw. den Wohnort vorbereitet. Familienangehörige, Freund:innen, Bekannte sowie Sprachlehrkräfte im Herkunftsland und andere Migrant:innen vor Ort sind ebenfalls zentral, werden jedoch im Rahmen von *Peer-to-Peer*-Ansätzen bisher noch kaum in das Erwartungsmanagement einbezogen. Defizitär erscheint zudem ein konkretes und strukturiertes Erwartungsmanagement in Bezug auf den Lebensalltag und verfügbare Infrastrukturen vor Ort.

Empfehlung: Ein realistisches Erwartungsmanagement ist zentral für die Entscheidung für eine Beschäftigung im Pflegesektor in Deutschland. Eine strukturierte Vorintegration beeinflusst das Ankommen in Deutschland, am Wohnort und in der Einrichtung und muss authentisch in Bezug auf die Alltagsrealität und Lebensverhältnisse gestaltet werden. Bereits vor der

Einreise gilt es daher, in Beratungsgesprächen und Vorbereitungskursen in den Herkunftsländern wie auch bei der Ankunft in Deutschland realistische Erwartungen zur Pflegearbeit und zum Leben vor Ort zu wecken. *Peer-to-Peer*-Angebote sind dabei von großem Nutzen. Konkret wäre es sinnvoll, einen Vorbereitungskatalog oder ein *Toolkit* einzurichten, das auf Nachfrage unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht wird. So bietet etwa das Goethe-Institut mit einem Webportal (‚Mein Weg nach Deutschland'), mit einem Angebot zur Vorintegration und zur Erstorientierung ein Paket, das für die Spezifika der Pflegeberufe entsprechend angepasst werden könnte.

Empfehlung 2: Transparenz über rechtliche Rahmenbedingungen und Verfahren (Dauer) herstellen und diese vereinfachen!

Diagnose: Rechtliche Rahmenbedingungen sind zentral für die Einreise nach und den Aufenthalt in Deutschland sowie für die Arbeit als (anerkannte) Pflege(fach)kraft. Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen unterstützen Migrant:innen teilweise bei Behördengängen und Anerkennungsverfahren, fühlen sich jedoch – insbesondere bei wenig Erfahrung mit der Thematik – auch überfordert. Die Dauer der Visavergabe unterscheidet sich sehr stark zwischen Herkunftsländern; Einrichtungen sammeln mühsam Erfahrungswissen. Auch der Prozess der Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen dauert teilweise sehr lang; wohnortnahe Anpassungslehrgänge fehlen vielfach. Speziell die Beschäftigung von Geflüchteten ist durch unsichere Aufenthaltsbedingungen erschwert.

Empfehlung: Rechtliche Rahmenbedingungen und behördliche Verfahren von Anerkennungsverfahren müssen zunächst transparent gemacht und mittelfristig vereinfacht werden. Die Wartezeiten müssen sinnvoll genutzt werden können. Unterstützungs- und Beratungsangebote sowie die Digitalisierung von Verfahren können helfen, Anerkennung zu beschleunigen.

Empfehlung 3: Ankommen und Arbeitsalltag in der Einrichtung gestalten, Diskriminierung und Rassismus am Arbeitsplatz entgegenwirken!

Diagnose: Die Einarbeitung findet zum Teil strukturiert, mit festen Ansprechpersonen statt und folgt häufig ausgearbeiteten Schemata. Jedoch werden individuelle Konstellationen und Lebenswelten oft nicht beachtet und es herrscht teilweise eine eher defizitorientierte Sichtweise auf mitgebrachte Qualifikationen und Erfahrungen vor. Eine diversitätssensible Öffnung von Einrichtungen unter Einbezug der Stammbelegschaft findet nicht überall statt. Die Atmosphäre in den Teams wird zwar mehrheitlich als positiv und wertschätzend beschrieben, das Ankommen und Bleiben wird durch Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus seitens Vorgesetzten, Arbeitskolleg:innen, Patient:innen bzw. Bewohner:innen allerdings erschwert.

Empfehlung: Der Aufbau einer Willkommenskultur bei der Ankunft und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz erweisen sich als zentral dafür, dass Ausbildungen in der Pflege abgeschlossen werden. Sie sind auch wichtig dafür, dass Pflegekräfte mit bereits abgeschlossener Ausbildung sich vor Ort wohlfühlen und bereit sind, in der Einrichtung zu bleiben. Innerhalb der jeweiligen Einrichtungen ist es zentral, das Ankommen und den Arbeitsalltag für neu Ankommende wie auch für vorhandenes Personal aktiv und den individuellen Bedürfnissen entsprechend und durch Einbezug von *Peers* zu gestalten und Diskriminierung und Rassismus am Arbeitsplatz entgegenzuwirken.

Empfehlung 4: Deutsche Sprache und kulturelles Wissen fördern, (Weiter-)Bildung forcieren!

Diagnose: Deutschkenntnisse der Pflegekräfte entsprechen vielfach nicht den beigebrachten Zertifikaten; der Arbeits- und Lebensalltag ist durch dialektale Varietät für Migrant:innen zusätzlich herausfordernd. Migrant:innen bemühen sich darum – meist unterstützt durch Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen –

berufsbegleitend Deutsch zu lernen. Dies wird durch eingeschränkte Kinderbetreuungsangebote und Schichtarbeit jedoch erschwert. Zentral für ihre Bleibeperspektive ist für Befragte der erfolgreiche Abschluss des Anerkennungsverfahrens oder der Ausbildung.

Empfehlung: Die Kommunikation in der Standardsprache und deren dialektaler Varietät am Arbeitsplatz und im Alltag ist ein wichtiger Aspekt für das Wohlbefinden und Bleiben von Pflegekräften. Es erweist sich daher weiterhin als notwendig, Angebote zur Bildung und Weiterbildung in der Sprache, aber auch das Know-How zum Leben in Deutschland zu schaffen und auszubauen, die mit dem Arbeitsalltag der Pflegekräfte kompatibel sind. Um die Sprachpraxis zu fördern, sollte insbesondere die Wartezeit zwischen dem Abschluss des Sprachkurses und dem Beginn der Ausbildung oder der Beschäftigung sinnvoll genutzt werden.

Empfehlung 5: Wohnen als zentralen Aspekt sozialer Teilhabe begreifen und gestalten!

Diagnose: Arbeitsplatznaher Wohnraum wird für aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräfte häufig durch Personalvermittlungsagenturen organisiert oder durch Einrichtungen, meist jedoch zeitlich befristet, zur Verfügung gestellt. Die Wohnungssuche und der Übergang in privaten Wohnraum gestalten sich wegen mangelnder Verfügbarkeit, hohen Mieten und Diskriminierung schwierig; soziale Netzwerke und lokales Wissen über den Wohnungsmarkt sind beim Zugang hilfreich.

Empfehlung: Der Zugang zum Wohnen als wichtige Voraussetzung für die Visavergabe, aber auch als Bedingung für das Wohlfühlen und Bleiben vor Ort sollte von den verantwortlichen Organisationen und durch die Kommunen vor Ort unterstützt werden. Sowohl informellen Netzwerken als auch kommunalen Beratungsstrukturen kommt hierbei eine wichtige Rolle zu.

Empfehlung 6: Gesundheit, Wohlbefinden und Freizeit zusammendenken und Möglichkeitsräume schaffen!

Diagnose: Für migrantische Pflegekräfte ist Deutschland häufig als sicherer Ort zum Arbeiten und Leben geworden, wenngleich eine negativer werdende Stimmung gegenüber Migrant:innen wahrgenommen wird. Sie verbringen ihre Freizeit häufig zu Hause oder besuchen Verwandte und Freund:innen. Negativ wirken soziale Isolation und Heimweh, Erwartungsdruck der Familien sowie Mehrfachbelastungen (Arbeit, Berufsschule, Sprachkurs). Rücküberweisungen führen schließlich zu Einschränkungen bei sozialer Teilhabe.

Empfehlung: Das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und im Alltag, aber auch ein als gesund wahrgenommenes Wohnumfeld und ein Sicherheitsgefühl am Wohnort wirken sich positiv auf die Bleibeorientierung aus. Maßnahmen zur Information und Beratung von Migrant:innen sowie zum Zugang zum und die Unterstützung an der Teilhabe am Gesundheitswesen können die Bleibeorientierung fördern.

Empfehlung 7: Alltagsmobilität gewährleisten!

Diagnose: Einrichtungen und Kolleg:innen unterstützen Migrant:innen zum Teil mit Fahrdiensten oder stellen Fahrräder zur Verfügung. Dennoch sind Pflegekräfte vielfach – zumindest am Anfang ihres Aufenthalts in Deutschland – auf den ÖPNV angewiesen. Sie können Arbeitsplätze, Berufsschulen und Anpassungsmaßnahmen insbesondere in ländlichen Räumen nur schwer erreichen, sodass die Wohnung bisher in der Nähe des Arbeits- und Schulortes liegen muss.

Empfehlung: Alltagsmobilität erweist sich gerade in Pflegeberufen mit Schichtarbeit als besonders bedeutender Faktor. Sie zu gewährleisten, ist nicht nur wichtig, um den Arbeitsplatz zu erreichen, sondern auch weitere wichtige Orte im Lebensalltag und damit auch zentral für soziale Teilhabe. Einrichtungen und

Kommunen können die Bleibeabsichten von Pflegekräften fördern, indem sie die Alltagsmobilität durch die Unterstützung beim Führerscheinerwerb, entsprechende ÖPNV-Angebote oder den Zugang zu Shuttle-Services oder das zur Verfügung stellen von eigenen Fahrzeugen gewährleisten.

Empfehlung 8: Soziale Kontakte fördern, Diskriminierung und Rassismus im Lebensalltag entgegenwirken!

Diagnose: Familie, Verwandte und Freund:innen sowie migrantische Communities sind zentral für das Wohlbefinden, ebenso lange Heimaturlaube. Der Aufbau darüber hinausgehender sozialer Kontakte am Wohnort in Deutschland wird durch Schichtdienst, eingeschränkte Mobilität auf dem Land und fehlende Akzeptanz und Offenheit der Lokalbevölkerung jedoch erschwert, wenngleich Arbeitgeber:innen zum Teil Teamevents organisieren und Mentoringprogramme etablieren.

Empfehlung: Soziale Kontakte sollten umfassend als Kontakte innerhalb migrantischer Communities (*bonds*), zur Lokalbevölkerung (*brigdes*) und zu Funktionsträger:innen (*links*) gedacht werden. Im Zusammenspiel können sie positiv auf Wohlbefinden und Bleiben wirken. Daher sollten Einrichtungen, aber auch Kommunen die Schaffung und das Bestehen sozialer Kontakte aktiv fördern und unterstützen, indem sie etwa Orte sozialer Begegnung schaffen und beibehalten.

Empfehlung 9: Umfassendes Verständnis von Netzwerkarbeit etablieren!

Diagnose: Die zentralen Akteure im In- und Ausland rund um Fachkräfteanwerbung und -anerkennung sowie Integration und Teilhabe vor Ort sind bisher noch zu wenig und zu unsystematisch miteinander im Austausch. Dadurch werden selten integrierte Lösungen angedacht und nachhaltige Unterstützungsstrukturen entwickelt.

Empfehlung: Neue Netzwerke zwischen den Beschäftigten, Einrichtungen, Pflegeschulen, Kommunen und Regionen, Wohlfahrtsverbänden und anderen zivilgesellschaftlichen Haupt- und Ehrenamtlichen sollten ausgebaut und gefördert werden, um Erfahrungsaustausch zu forcieren, gute Praxis zu unterstützen und die Bleibeabsichten migrantischer Pflegekräfte aktiv zu fördern.

10 Literatur

Adeniran, R., Rich, V., Gonzalez, E., Peterson, C., Jost, S. & Gabriel, M. (2008): Transitioning Internationally Educated Nurses for Success: A Model Program. *OJIN – The Online Journal of Issues in Nursing* 13(2), Art. 3. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No02Man03

Ager, A. & Strang, A. (2008): Understanding Integration: A Conceptual Framework. *Journal of Refugee Studies* 21(2), 166–191. https://doi.org/10.1093/jrs/fen016

Alexis, O. & Vydelingum, V. (2007): Migrating registered nurses in the UK: Black and minority ethnic overseas nurses' perspectives. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20(5), 441–452. https://doi.org/10.1108/09526860710763352

Allan, H. & Larsen, J. (2003): *'We Need Respect': Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK.* London: Royal College of Nursing.

Allan, H., Larsen, J., Bryan, K. & Smith, P. (2004): The Social Reproduction of Institutional Racism: Internationally Recruited Nurses' Experiences of the British Health Services. *Diversity in Health and Social Care* 1, 117–125.

Alonso-Garbayo, Á. & Maben, J. (2009): Internationally Recruited Nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the Decision to Emigrate. *Human Resources for Health* 7, Art. 37. https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-37

Aluttis, C., Bishaw, T. & Frank, M.W. (2014): The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action* 7(1), Art. 23611. https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611

Anderson, B., Ruhs, M., Rogaly, B. & Spencer, S. (2006): *Fair Enough? Central and East European Migrants in Low-wage Employment in the UK*. London: Joseph Rowtree Foundation.

Antonovsky, A. (1996): The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 11(1), 11–18.

Aufenthaltsgesetz (AufenthG) (2008): *Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (BGBl. I S. 162), (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 173) geändert worden ist*.

Aulenbacher, B., Leiblfinger, M. & Prieler, V. (2021a): Das umstrittene Selbstständigenmodell – Live-in-Betreuung in Österreich. In: Aulenbacher, B., Lutz, H. & Schwiter, K. (2021) (Hrsg.): G*ute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz* (pp. 66–78). Weinheim: Beltz.

Aulenbacher, B., Lutz, H. & Schwiter, K. (2021a) (Hrsg.): G*ute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Weinheim: Beltz.

Aulenbacher, B., Palenga-Möllenbeck, E. & Schwiter, K. (2025): Unbegrenzt verfügbar – begrenzt verhandelbar. Arbeitszeit als Kernkonflikt in der Live-in-Betreuung. *WSI-Mitteilungen* 78(1), 38–46. https://doi.org/10.5771/0342-300X-2025-1-38

Azahaf, N. (2024): Impulse für den Weg nach vorn: Zu einer kohärenten Gesamtstrategie durch eine nationale Allianz für faire Anwerbung. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): *Fachkräftemigration fair gestalten durch transnationale Skills Partnerships* (pp. 287–304). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2025a): *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt: Mai 2025*. Nürnberg: BA. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2025b): *Westbalkanregelung*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit. https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/fachkraefte-ausland/westbalkanregelung, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

BA (Bundesagentur für Arbeit) Statistik (2023a): *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Stichtag – Berufsgruppe – 3 Steller – Staatsangehörigkeit – Kreis: Gesundheits- und Krankenpflege 813; Kennzahl; Stichtag Dezember 2021*. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

BA (Bundesagentur für Arbeit) Statistik (2023b): *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Stichtag – Berufsgruppe – 3 Steller – Staatsangehörigkeit – Kreis: Altenpflege 821; Kennzahl; Stichtag Dezember 2021*. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

BA (Bundesagentur für Arbeit) Statistik (2025): *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Stichtag – Berufsgruppe – 3 Steller – Geschlecht – Staatsangehörigkeit. September 2024, Datenstand: 29.04.2025.* Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Bach, S. (2003): *International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues*. Geneva: ILO.

BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (2014): *Altenpflege in Deutschland. Ethisch vertretbare Anwerbung von ausländischen Arbeits- und Fachkräften in der Pflege*. Berlin: BAGFW. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/2014-07-16_Positionspapier_Anwerbung_auslaendischer_Arbeitskraefte.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2021): *Konzept für einen Spezialkurs „Gesundheitsberufe" zur beruflichen Vorbereitung B2 im Kontext der Anerkennung von beruflichen Abschlüssen im Rahmen der bundesweiten berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a Aufenthaltsgesetz*. Nürnberg: BAMF. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Berufsbezsprachf-ESF-BAMF/BSK-Konzepte/konzept-nichtakademische-gesundheitsberufe.pdf?__blob=publicationFile&v=13, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Batalova, J. (2023): Immigrant Health-Care Workers in the United States. *Migration Information Source – U.S. Spotlight*, 07.04.2023. https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states-2021, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Batnitzky, A. & McDowell, L. (2011): Migration, Nursing, Institutional Discrimination and Emotional/Affective Labour: Ethnicity and Labour Stratification in the UK National Health Service. *Social & Cultural Geography* 12(2), 181–201. https://doi.org/10.1080/14649365.2011.545142

Bauer, J. (2019): *Pflege in Privathaushalten. Viele Überstunden, wenig Privatsphäre*. 18.07.2019. Berlin: Mediendienst Integration. https://mediendienst-integration.de/artikel/viele-ueberstunden-wenig-privatsphaere.html, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2022): *Fördergebiete der Gemeinschaftsaufgabe ‚Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur' im Zeitraum 2022-2027 sowie des GRW-Sonderprogramms ‚Beschleunigung der Transformation in den ostdeutschen Raffineriestandorten und Häfen'*. Bonn: BBSR. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/grw-foerdergebiete-2022-2027.pdf?__blob=publicationFile&v=8, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Becker, K., Zehren, E., Kraas, F. & Butsch, C. (2025): Neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem – Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in diversen Stadtquartieren. *Standort*, online first, 21.7.2025. https://doi.org/10.1007/s00548-025-00998-2

Becker, P., Fritsche, C. & Komitowski, D. (2021): *24-Stunden-Pflegekräfte aus den Staaten außerhalb der EU* (= IQ Working Paper 07/2021). Berlin: Fachstelle Einwanderung. Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung gGmbH. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/Fachstelle_Einwanderung/Publikationen_2021/Minor_FE_Live_Ins_2021.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Beimborn, E.A., Greenwald, M.J. & Jin, X. (2003): Accessibility, connectivity, and captivity: impacts on transit choice. *Transportation Research Record* 1835(1), 1–9. https://doi.org/10.3141/1835-01

Beivers, A. & Kolodziej, I. (2022): Entwicklung des Pflegebedarfs in Deutschland. Regionale Unterschiede und Fortschritt durch technologische Innovation. *Informationen zur Raumentwicklung* 3, 108–117.

Benazha, A.V., Leiblfinger, M., Prieler, V. & Steiner, J. (2021): Live-in-Care im Ländervergleich. In: Aulenbacher, B., Lutz, H. & Schwiter, K. (2021a) (Hrsg.): *Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz* (pp. 20–45). Weinheim: Beltz.

Berchem, D. (2022): Flucht und Teilhabe. Kritische Perspektiven auf die Gelingensbedingungen und Konfliktlinien bei der Integration von Geflüchteten in den Pflegesektor. In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 185–206). Frankfurt am Main: Mabuse.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2025): *Sprungbrett Freiwilligendienst. Wie junge Menschen ihren Weg in soziale und Pflegeberufe finden.* Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. https://www.berlin-institut.org/fileadmin/Redaktion/Publikationen/179_Sprungbrett_Freiwilligendienst_SAGST/Sprungbrett_Freiwilligendienst_Online.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.08.2025.

Berry, J. (1997): Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 46(1), 5–68. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x

Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2024): *Fachkräftemigration fair gestalten durch transnationale Skills Partnerships*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) (2011): *Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (BGBl. I S. 2515), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist.*

Beschäftigungsverordnung (BeschV) (2013): *Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (BGBI. I.S. 1499), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 7. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 353) geändert worden ist.*

Bieski, T. (2007): Foreign-Educated Nurses: An Overview of Migration and Credentialising Issues. *Nursing Economics* 25(1), 20–34.

Bijak, J., Kupiszewska, D. & Kupiszewski, M. (2008): Replacement Migration Revisited: Simulations of the Effects of Selected Population and Labor Market Strategies for the Aging Europe, 2002-2052. *Population Research and Policy Review* 27, 321–342. https://doi.org/10.1007/s11113-007-9065-2

Binder, J. & Matern, A. (2020): Mobility and social exclusion in peripheral regions. *European Planning Studies* 28(6), 1049–1067. https://doi.org/10.1080/09654313.2019.1689926

Bloch, A. (2008): Refugees in the UK Labour Market: The Conflict Between Economic Integration and Policy-led Labour Market Restriction. *Journal of Social Policy* 37(1), 21–36. https://doi.org/10.1017/s004727940700147x

Bluhm, F., Birke, P. & Stieber, T. (2020): *Hinter den Kulissen des Erfolgs. Eine qualitative Untersuchung zu Ausbildung und Erwerbsarbeit von Geflüchteten* (= SOFI Working Paper 2020-21). Göttingen: Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen. https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/SOFI_Working_Paper_Bluhm_—Birke_Stieber_Hinter_den_Kulissen_des_Erfolgs.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Blumenauer, H. (2020): Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz und die berufliche Anerkennung internationaler Pflegefachkräfte. Nadelöhr Anpassungsqualifizierungen: Ein Beispiel aus Hessen. In: Döring, O. (Hg.): *Fachkräftezuwanderung in Deutschland. Potenziale, Herausforderungen, Gestaltungsoptionen* (pp. 143–158). Bielefeld: wbv.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021): *Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland"*. Berlin: BMG. https://www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2020): *Auszubildende aus Drittstaaten für die Pflege. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen.* Berlin: BMWi. https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/leitfaden-auszubildende-aus-drittstaaten-fuer-die-pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

BMWSB (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen) (2024): *Wohnen für Mitarbeitende. Ein Beitrag zur Fachkräftebindung und zur Wohnraumversorgung*. Berlin: BMWSB. https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/wohnen/mitarbeitendenwohnen-publikation.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Boeder, B., Dieterich, J. & Slotala, L. (2018): ‚Und jetzt soll ich waschen?…' Pädagogische Herausforderungen der Arbeitsmigration von Pflegekräften. *PADUA* 18(1), 57–64. https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000416

Bomert, C. (2020): *Transnationale Care-Arbeiterinnen in der 24-Stunden Betreuung. Zwischen öffentlicher (Un-)Sichtbarkeit und institutioneller (De-)Addressierung*. Wiesbaden: Springer VS.

Bonin, H., Braeseke, G. & Ganserer, A. (2015): *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bose, P. (2014): Refugees in Vermont: mobility and acculturation in a new immigrant destination. *Journal of Transport Geography* 36, 151–159. https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2014.03.016

Braeseke, G. & Bonin, H. (2016): Internationale Fachkräfte in der Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (pp. 245–262). Stuttgart: Schattauer.

Braeseke, G., Dean, M., Engelmann, F., Lingott, N., Pörschmann-Schreiber, U. & Rieckhoff, S. (2020): *Evaluation der Förderung von Modellprojekten zur Gewinnung von jungen Menschen aus Vietnam zur Ausbildung in der Pflege in Deutschland*. Berlin: IGES. https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/—Downloads/E/evaluation-modellprojekt-gewinnung-pflegekraefte-vietnam.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Braun, V. & Clarke, V. (2008): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a

Buchan, J. & Sochalski, J. (2004): The Migration of Nurses: Trends and Policies. *Bulletin of the World Health Organization* 82(8), 587–594.

Buchan, J., Jobanputra, R., Gough, P. & Hutt, R. (2006): Internationally Recruited Nurses in London: A Survey of Career Paths and Plans. *Human Resources for Health* 4, Art. 14. https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-14

Bucken-Knapp, G., Fakih, Z., & Spehar, A. (2019): Talking About Integration: The Voices of Syrian Refugees Taking Part in Introduction Programmes for Integration into Swedish Society. *International Migration* 57(2), 221–234. https://doi.org/10.1111/imig.12440

Buhr, K. (2010): Do Immigrant Nurses in Canada See a Wage Penalty? An Empirical Study. *Business Economics* 45(3), 210–223. https://www.jstor.org/stable/23490994

Buttigieg, S., Agius, K., Pace, A. & Cassar, M. (2018): The Integration of Immigrant Nurses at the Workplace in Malta: A Case Study. *International Journal of Migration, Health & Social Care* 14(3), 269–289. https://doi.org/10.1108/IJMHSC-06-2017-0024

Bünte, M. (2023): Spannungsfeld Leiharbeit: Übersichtsartikel. In: *Die Schwester / Der Pfleger* 02, 4–8.

Caidi, N., Komlodi, A., Lima Abrao, A. & Martin-Hammond A. (2014): Collectively Figuring It Out: Foreign-Trained Health Professionals and Labor Market Integration. *LIBRES* 24(2), 118–131.

Calenda, D. & Bellini, A. (2021): The Challenging Integration Paths of Migrant Health Professionals: The Case of Filipino and Indian Nurses in the UK. *Professions & Professionalism* 11(1), e3898. https://doi.org/10.7577/pp.3898

Cangiano, A., Shutes, I., Spencer, S. & Leeson, G. (2009): *Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom. Report.* Oxford: COMPAS. https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/PR-2009-Care_Workers_Ageing_UK.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Carling, J. (2002): Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and cape Verdean experiences. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28(1), 5–42. https://doi.org/10.1080/13691830120103912

Carling, J. & Schewel, K. (2018): Revisiting aspiration and ability in international migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 44(6), 945–963. https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1384146

Carney, B. (2005): The ethics of recruiting foreign nurses. *Health Progress* 86(6), 31–34.

Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2024): *Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung* (= IAB-Forschungsbericht 22/2024). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. https://doku.iab.de/forschungsbericht/2024/fb2224.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Carstensen, J., Seibert, H. & Wielthölter, D. (2025): *Entgelte von Pflegekräften 2024. Aktuelle Zahlen und Indikatoren.* Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2024.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.08.2025.

Castagnone, E. & Salis, E. (2015): *Workplace Integration of Migrant Health Workers in Europe. Comparative Report on Five European Countries.* Turin: FIERI. https://workint.fieri.it/wp-content/uploads/2015/09/Comparative-research-report_FINAL.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Cass, N., Shove, E., & Urry, J. (2005): Social exclusion, mobility and access. *The Sociological Review* 53(3), 539–555. https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2005.00565.x

Cherven, K. (2015): *Mastering Gephi Network Visualization.* Birmingham: Packt.

Christinck, L., Diekmann, M., Engler, M., Palop-García, P., Rischke, R. & Yanaşmayan, Z. (2025): *Jenseits der Verwertungslogik? Narrative zu Fachkräftemigration und demografischem Wandel* (= DeZIM Policy Papers #03/25). Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung. https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-6359.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Covell, C., Neiterman, E. & Bourgaeult, I. (2016): Scoping Review About the Professional Integration of Internationally Educated Health Professionals. *Human Resources for Health* 14, Art. 38. https://doi.org/10.1186/s12960-016-0135-6

Cranston, S. (2018): Calculating the migration industries: knowing the successful expatriate in the Global Mobility Industry. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 44(4), 626–643. https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1315517

Cranston, S., Schapendonk, J. & Spaan, E. (2019) (Eds.): *Exploring the Migration Industries. New Perspectives on Facilitating and Constraining Migration.* London: Routledge.

Crenshaw, K. (1991): Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review* 43(6), 1241–1299. https://www.jstor.org/stable/1229039

Daniel, P., Chamberlain, A. & Gordon, F. (2001): Expectations and Experiences of Newly Recruited Filipino Nurses. *British Journal of Nursing* 10(4), 258–265. https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.4.5374

Davda, L., Gallagher, J. & Radford, D. (2018): Migration Motives and Integration of International Human Resources of Health in the United Kingdom: Systematic Review and Meta-synthesis of Qualitative Studies Using Framework Analysis. *Human Resources for Health* 16, Art. 27. https://doi.org/10.1186/s12960-018-0293-9

de Haas, H. (2023): *Migration. 22 populäre Mythen und was wirklich hinter ihnen steckt.* Frankfurt: Fischer.

Desiderio, M. (2016): *Integrating Refugees into Host Country Labor Markets: Challenges and Policy Options*. Washington D.C.: Migration Policy Institute. https://www.migrationpolicy.org/sites/ default/files/publications/TCM-Asylum-Desiderio-FINAL.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Dieterich, J. (2022): Schlüsselfragen an die Konzeption von Anpassungsqualifizierungen für internationale Pflegekräfte. In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 141–160). Frankfurt am Main: Mabuse.

DKF (Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen) & KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2023): *Werkzeugkoffer W&I. Handreichungen für das Ankommen und Bleiben.* Berlin: KDA. https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi/, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Dreas, S. (2019): *Diversity Management in Organisationen der Sozialwirtschaft*. Wiesbaden: Springer VS.

Düvell, F. & Preiss, C. (2022): Migration Infrastructures: How Do People Migrate? In: Scholten, P. (Ed.): *Introduction to Migration Studies. An Interactive Guide to the Literatures on Migration and Diversity* (pp. 83–98). Cham: Springer.

Emirbayer, M. & Mische, A. (1998): What Is Agency? *American Journal of Sociology* 103(4), 962–1023. https://doi.org/10.1086/231294

Europäische Kommission (2023): *Proposal for a Regulation establishing an EU Talent Pool – a first EU-wide online platform matching profiles of non-EU jobseekers with EU shortage-occupation vacancies*. COM (2023) 716. https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:a169ec2f-8469-11ee-99ba-01aa75ed71a1.0001.02/DOC_1&format=PDF, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Finotelli, C. (2021): Integration at Work: Migrant Healthcare Professionals in Two Spanish Hospitals. *Migration Studies* 9(3), 922–940. https://doi.org/10.1093/migration/mnz050

Ferreira Aydogdu, A.L. & Baykal, U. (2023): Experiences lived by international nurses concerning professional integration and interpersonal relationships in the workplace: qualitative research. *Employee Relations: The International Journal* 45(6), 1373–1391. https://doi.org/10.1108/ER-12-2022-0536

Francis, K., Chapman, Y., Doolan, G., Sllick, K. & Barnett, T. (2008): Using Overseas Registered Nurses to Fill Employment Gaps in Rural Health Services: Quick Fix or Sustainable Strategy? *Australian Journal of Rural Health* 16(3), 164–169. https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00967.x

Freitag, N. (2020): *Arbeitsausbeutung beenden. Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte & Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Arbeitsausbeutung_beenden.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Gangarova, T., Kechout, J. & Vogt, H. (2025): "I'd like five of them": the racialization and commodification of internationally recruited nurses in the German healthcare sector. *Frontiers in Sociology* 10, 1646906. https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1646906

Gao, F., Tilse, C., Wilson, J., Tuckett, A. & Newcome, P. (2015): Perceptions and Employment Intentions Among Aged Care Nurses and Nursing Assistants From Diverse Cultural Backgrounds: A Qualitative Interview Study. *Journal of Aging Studies* 35, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.006

Gerrish, K. & Griffith, V. (2004): Integration of Overseas Registered Nurses: Evaluation of an Adaptation Programme. *Nursing and Health Care Management & Policy* 45(6), 579–587. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02949.x

Gilhooly, D., & Lee, E. (2017): Rethinking Urban Refugee Resettlement: A Case Study of One Karen Community in Rural Georgia, USA. *International Migration* 55(6), 37–55. https://doi.org/10.1111/imig.12341

GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbei GmbH) (2013): *Triple-Win-Programm – Gewinnung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten für Deutschland*. https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Goel, K. & Penman, J. (2015): Employment Experiences of Immigrant Workers in Aged Care in Regional South Australia. *Rural & Remote Health* 15, Art. 2693. https://doi.org/10.22605/RRH2693

Goh, Y.-S. & Lopez, V. (2016): Job Satisfaction, Work Environment and Intention to Leave Among Migrant Nurses Working in a Publicly Funded Tertiary Hospital. *Journal of Nursing Management* 24, 893–901. https://doi.org/10.1111/jonm.12395

Gold, C., Smeaton, S., Maliki, S., Tersch, M. & Schulze, U. (2019): Eine unterkühlte Willkommenskultur. Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewanderter Pflegender in stationären Einrichtungen. *Pflegewissenschaft* 21(3-4), 130–141.

Gozdiak, E. & Main, I. (2022): 'I Am Making Good Money, But…': The Precarious Situation of Polish Nurses in Norway. *International Migration* 60(2), 238–251. https://doi.org/10.1111/imig.12874

Greco, D. & Zanetti, C. (2017): Women's migration for work: the case of Ukrainian caregivers in rural Italy. In: Bock, B. & Shortall, S. (Eds.): *Gender and rural globalization: international perspectives on gender and rural development* (pp. 19–33). Wallingford: CABI.

Gunn, V., Somani, R. & Muntaner, C. (2021): Health Care Workers and Migrant Health: Pre- and Post-COVID-19 Considerations for Reviewing and Expanding the Research Agenda. *Journal of Migration and Health* 4, Art. 100048. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100048

Haas, A. & Hirschenauer, F. (2023): Alle Regionen in Deutschland altern – aber manche sehr viel stärker als andere. *IAB-Forum*, 06.04.2023. https://doi.org/10.48720/IAB.FOO.20230406.01

Hanrieder, T. & Janauschek, L. (2025): The 'ethical recruitment' of international nurses: Germany's liberal health worker extractivism. *Review of International Political Economy* 32(4), 1164–1188. https://doi.org/10.1080/09692290.2025.2450399

Hamilton, M., Hill, E. & Adamson, E. (2021): A 'Career Shift'? Bounded Agency in Migrant Employment Pathways in the Aged Care and Early Childhood Education and Care Sectors in Australia. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 47(13), 3059–3079. https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1684246

Hardill, I. & MacDonald, S. (2000): Skilled international migration: The experience of nurses in the UK. *Regional Studies* 34(7), 681–692. https://doi.org/10.1080/00343400050178465

Hawthorne, L. (2002): Qualifications Recognition Reform for Skilled Migrants in Australia: Applying Competency-based Assessment to Overseas-qualified Nurses. *International Migration* 40(6), 55–91. https://doi.org/10.1111/1468-2435.00223

Heier, L. & Fischer, F. (2019): Man fühlt sich nicht dazugehörig – wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Diskriminierung im beruflichen Alltag erleben. *Pflege & Gesundheit* 24(1), 75–86. https://doi.org/10.3262/PUG1901075

Hermes, C. & Petersen-Ewert, C. (2022): Leih- und Zeitarbeit in der Intensivpflege: Auswirkungen auf die Patientenversorgung der Überwachungs- und Intensivstationen. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 117, 16–23. https://doi.org/10.1007/s00063-020-00753-5

Herrmann, E. & Kätker, S. (2007): *Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen.* Bern: Huber/Hofgrefe.

Hielscher, V., Kirchen-Peters, S. & Nock, L. (2017): *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Hillmann, F., Walton-Roberts, M. & Yeoh, B. (2022): Moving Nurses to Cities: On How Migration Industries Feed Into Global Urban Assemblages in the Care Sector. *Urban Studies* 59(11), 2294–2312. https://doi.org/10.1177/00420980221087048

Hochschild, A. (2000): Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In: Hutton, W. & Giddens, A. (Eds.): *On the Edge: Living With Global Capitalism* (pp. 130–146). London: Jonathan Cape.

Holland, P., Allen, B. & Cooper, B. (2012): *What Nurses Want: Analysis of the First National Survey on Nurses' Attitudes to Work and Working Conditions in Australia*. Melbourne: Monash University. https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0004/624127/What-Nurses-And-Midwives-Want-Findings-from-the-National-Survey-on-Workplace-Climate-and-Well-being-2016.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Hu, M.K. (2021): *Zeitarbeit in der Pflege: Eine empirische Untersuchung der Beweggründe von intensivmedizinischen Pflegefachkräften für eine Beschäftigung in der Arbeitnehmerüberlassung.* Bachelorarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Life Sciences, Department Gesundheitswissenschaften.

Hubenthal, N. (2021): *Wie die Migration von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation die Pflegeberufe in Deutschland verändert. Wechselwirkungen zwischen den Berufsauffassungen von Zugezogenen und der kollektiven Rollenzuschreibung der Pflegeberufe*. Kassel: Kassel University Press. https://kobra.uni-kassel.de/bitstreams/0537abc4-da4d-482b-a8b7-325fea15945d/download, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Hummel, S., Pfirter, L. & Gerner, F. (2023): *Da ist Diverses möglich – Wege der Umsetzung von Diversität und Inklusivität in zivilgesellschaftlichen Organisationen.* Berlin: Maecenata Institut für Philanthropie und Zivilgesellschaft. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/86767/ssoar-2023-hummel_et_al-Da_ist_Diverses_moglich_-.pdf?sequence=4&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2023-hummel_et_al-Da_ist_Diverses_moglich_-.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Humphries, N., Brugha, R. & McGee, H. (2009): *Career Progression of Migrant Nurses in Ireland* (= Nurse Migration Project Policy Brief 5). Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland. https://doi.org/10.25419/rcsi.10776503.v2

ILO (International Labour Organisation) (2019): *General Principles and Operational Guidelines for Fair Recruitment and Definition of Recruitment Fees and Related Costs*. Geneva: ILO. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_536755.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

IOM (International Organisation of Migration) (2019): *IRIS-Standard.* Geneva: IOM. https://iris.iom.int/iris-standard, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.) (2020): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin/Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_6

Jakubiak, B. K. & Feeney, B. C. (2017): Affectionate touch to promote relational, psychological, and physical well-being in adulthood: A theoretical model and review of the research. *Personality and Social Psychology Review. An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology* 21(3), 228–252. https://doi.org/10.1177/1088868316650307

Jönson, H. & Giertz, A. (2013): Migrant Care Workers in Swedish Elderly and Disability Care: Are They Disadvantaged? *Journal of Ethnic and Migration Studies* 39(5), 809–825. https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.756686

Kałwa, D. (2010): Migration polnischer Frauen in Privathaushalte der BRD. In: Metz-Göckel, S., Münst, A. & Kałwa, D. (Hrsg.): *Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik* (pp. 61–176). Opladen et al.: Barbara Budrich.

Karakayali, J. (2010): *Transnational haushalten. Biographische Interviews mit care workers aus Osteuropa*. Wiesbaden: VS.

Katsiaficas, C., Wagner, M. & Matos, M.T. (2023): *Can the EU Talent Pool drive complementary pathways to the EU?* ICMPD (International Centre for Migration Policy Development) Policy Insights Blog https://www.icmpd.org/blog/2023/can-the-eu-talent-pool-drive-complementary-pathways-to-the-eu?, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Kaufmann, V. (2002): *Re-thinking mobility: Contemporary sociology*. Farnham: Ashgate.

Kawi, J. & Xu, Y. (2009): Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrated Review. *International Nursing Review* 56(2), 174–183. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00705.x

Kenyon, S., Lyons, G., & Rafferry, J. (2002): Transport and Social Exclusion: Investigating the Possibility of Promoting Inclusion through Virtual Mobility. *Journal of Transport Geography* 10, 207–219. https://doi.org/10.1016/S0966-6923(02)00012-1

Khalil , S., Lietz, A. & Mayer, S.J. (2020): *Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten* (= DeZIM Research Notes #3/20). Berlin: DeZIM. https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-5008.pdf, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Khan-Gökkaya, S. & Mösko, M. (2021): Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies. *International Migration* 59(4), 105–126. https://doi.org/10.1111/imig.12752

Kieslinger, J., Kordel, S. & Weidinger, T. (2020): Capturing Meanings of Place, Time and Social Interaction when Analyzing Human (Im)mobilities: Strengths and Challenges of the Application of (Im)mobility Biography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 21(2): Art. 7. https://doi.org/10.17169/fqs-21.2.3347

Kipp, D. (2025): *Migrationswunder Indien? Chancen und Herausforderungen der indischen Migration nach Deutschland.* Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik. https://www.swp-berlin.org/publications/products/studien/2025S12_migration_indien_deutschland.pdf, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Klemm, M. & Satola, A. (2020): Internationale Pflegekräfte. Integrationsarbeit in Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege. *AmosInternational* 14(2), 34–40.

Kline, D.S. (2003): Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of Nursing Scholarship* 35(2), 107–111. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00107.x

Kontos, M., Ruokonen-Engler, M.-K. & Guhlich, A. (2019): Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften. In: Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte* (pp. 60–170). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Kordel, S., Gasch, S., Glorius, B., Mehl, P., Osigus, T., Schammann, H., Schneider, H., Spenger, D., Weidinger, T. & Younso, C. (2023a): Bleibeorientierung Geflüchteter, die Rolle der Aufnahmegesellschaft und Haltestrategien der Lokalpolitik. In: Mehl, P., Fick, J., Glorius, B., Kordel, S. & Schammann, H. (Hrsg.): *Geflüchtete in ländlichen Regionen Deutschlands* (pp. 127–159). Wiesbaden: Springer VS.

Kordel, S. & Weidinger, T. (2019): Onward (im)mobilities: conceptual reflections and empirical findings from lifestyle migration research and refugee studies. *Die Erde – Journal of the Geographical Society of Berlin* 150(1), 1–16. https://doi.org/10.12854/erde-2019-408

Kordel, S. & Weidinger, T. (2020): Zuwanderung in ländliche Räume. In: Krajewski, C. & Wiegandt, C.-C. (Hrsg.): *Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Marginalisierung* (= Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung Bd. 10362) (pp. 128–142). BPB: Bonn.

Kordel, S., Weidinger, T. & Hachmeister, S. (2019): Benachteiligungen begegnen: Mobility Maps als visuell-partizipatives Tool zur Analyse von Lebenswelten geflüchteter Menschen in ländlichen Räumen. In: Mießner, M. & Naumann, M. (Hrsg.): *Kritische Geographien ländlicher Entwicklung. Globale Transformationen und lokale Herausforderungen* (pp. 279–292). Münster: Westfälisches Dampfboot.

Kordel, S., Weidinger, T. & Spenger, D. (2023b): Sichtweise Geflüchteter auf das Leben in ländlichen Räumen. In: Mehl, P., Fick, J., Glorius, B., Kordel, S. & Schammann, H. (Hrsg.): *Geflüchtete in ländlichen Regionen Deutschlands* (pp. 47–73). Wiesbaden: Springer VS.

Kordel, Weidinger, T. & Spenger, D. (2023c): *Ehrenamtliches Engagement für Migrant:innen in ländlichen Räumen* (= Erlanger Migrations- und Integrationsstudien 10). Erlangen: FAU University Press.

Kordel, S. Weidinger, T. & Spenger D. (2025, im Druck): *Engagement in der postmigrantischen Gesellschaft. Perspektiven für teilhabeorientierte Demokratiearbeit in ländlichen Räumen*. Bielefeld: transcript.

Kordes, J., Pütz, R. & Rand, S. (2020): Analyzing Migration Management: On the Recruitment of Nurses to Germany. *Social Sciences* 9(2), Art. 19. https://doi.org/10.3390/socsci9020019

Kovacheva, V. & Grewe, M. (2015): *Workplace Integration of Migrant Health Workers in Germany: Qualitative Findings on Experiences in Two Hamburg Hospitals.* Hamburg: HWWI.

Körtek, Y. (2015): Rechtlicher Rahmen der Anerkennung. In: Ayan, T. (Hg.): *Anerkennung ausländischer Qualifikationen: Forschungsergebnisse und Praxisbeispiele* (pp. 13–24). Wiesbaden: Springer.

KPMG (Klynveld Peat Marwick Goerdeler) & BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2022): *Pflege in ländlichen Räumen stärken. Ein Leitfaden für kommunale Akteurinnen und Akteure*. Berlin: Bundesministerium des Innern. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/leitfaden-pflege-staerken.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Kraker, P., Schramm, M. & Kittel, C. (2019): Open Knowledge Maps: Visuelle Literatursuche basierend auf den Prinzipien von Open Science. *Mitteilungen der Vereinigung österreichischer Bibliothekarinnen & Bibliothekare* 72(2), 460–477. https://doi.org/10.31263/voebm.v72i2.3202

Kreutzer, S. (2022): Asiatische Pflegekräfte in der Bundesrepublik. Historische Erfahrungen bei den Anwerbungen aus Südkorea, Indien und den Philippinen in den 1960er/70er Jahren. In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 29–46). Frankfurt am Main: Mabuse.

Küpper, P. (2016): *Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume* (= Thünen Working Paper 68). Braunschweig: Thünen-Institut für Ländliche Räume. https://literatur.thuenen.de/digbib_extern/dn057783.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

LaSala, K. (2000): Nursing Workforce Issues in Rural and Urban Settings: Looking at the Difference in Recruitment, Retention and Distribution. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* (1)1. https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v1i1.499

Lang, C. (2022): Organizations and Geographies of Migration: The Case of Health Professionals. *Erdkunde* 76(4), 255–269. https://www.jstor.org/stable/27197500

Lauxen, O., Larsen, C. & Slotala, L. (2019): Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. *Bundesgesundheitsblatt* 62, 792–797.

Lemos, G. & Crane, P. (2001): *Tackling Racial Harassment in the NHS: Evaluating Black and Minority Ethnic Staff Attitudes and Experiences*. London: Department of Health.

Lewicka, M. (2010): What Makes Neighborhood Different from Home and City? Effects of Place Scale on Place Attachment: How Far Have we Come in the Last 40 Years? *Journal of Environmental Psychology* 31(3), 207–230. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.05.004

Likupe, G. (2006): Experiences of African Nurses in the UK National Health Service: A Literature Review. *Issues in Clinical Nursing* 15(10), 1213–1220. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01380.x

Loschert, F., Leisenheimer, M. & Komitowski, D. (2025): *Willkommen zurück? Abwanderungsgründe und Rückwanderungspotenziale von aus Deutschland abgewanderten EU- und Drittstaatsangehörigen*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung. https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/22042.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Lutz, H. & Palenga-Möllenbeck, E. (2010): Care Work Migration in Germany: Semi-Compliance and Complicity. *Social Policy & Society* 9(3), 419–430. https://doi.org/10.1017/S1474746410000138

Lutz, H. & Palenga-Möllenbeck, E. (2012): Care Workers, Care Drain, and Care Chains: Reflections on Care, Migration and Citizenship. *Social Politics* 19(1), 15–37. https://doi.org/10.1093/sp/jxr026

M'Bayo, R. & Narimani, P. (2021): ‚Unsere Station bekommt Farbe.' Erfahrungen und Überlegungen einer Betroffenen zu rassistischen Handlungsmustern im Gesundheitswesen. *Impu!se für Gesundheitsförderung* 110, 3–4.

Maase, A. (2021): *Internationale Pflegefachkräfte in der akutmedizinischen Versorgung. Kulturelle Herausforderungen und Spannungsfelder.* Frankfurt am Main: Mabuse.

Marchand, K. & Geißler, J. (2022): Der Einsatz migrierter Fachkräfte im Pflegebereich als Herausforderung für das Management. In: Lux, G. & Matusiewicz, D. (Hrsg.): *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege* (pp. 13–24). Wiesbaden: Springer.

Mariani, I.L. (2024): Utilitarianism and migration. In: Tusseau, G. (Ed.): *Research Handbook on Law and Utilitarianism* (pp. 395–411). Cheltenham: Edward Elgar.

Mata-Codesal, D. (2018): Is it simpler to leave or to stay put? Desired immobility in a Mexican village. *Population, Space and Place* 24(4), e2127. https://doi.org/10.1002/psp.2127

Matiti, M. & Taylor, D. (2025): The Cultural Lived Experience of Internationally Recruited Nurses: A Phenomenological Study. *Diversity in Health & Social Care* 2, 7–15.

Mehl, P., Kordel, S., Meschter, D., Schneider, H., Spenger, D. & Weidinger, T. (2023): Alltagsmobilität und Erreichbarkeit als Faktoren für Teilhabechancen und Bleibeorientierung der Geflüchteten in ländlichen Regionen. In: Mehl, P., Fick, J., Glorius, B., Kordel, S. & Schammann, H. (Hrsg.): *Geflüchtete in ländlichen Regionen Deutschlands* (pp. 160–189). Wiesbaden: Springer VS.

Meister, J. & Hörmeyer, M. (2023) (Hrsg.): *Vielfalt in der öffentlichen Verwaltung. Strategien und Konzepte für ein wirksames Diversity Management in Kommunen, Ländern und Bund.* Wiesbaden: Springer.

Mickleborough, T.O. & Martimianiakis, M.A. (2021): (Re)producing "Whiteness' in Health Care: A Spatial Analysis of the Critical Literature on the Integration of Internationally Educated Health Care Professionals in the Canadian Workforce. *Academic Medicine* 96(11S), 31–38. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004262

Mosuela, C. (2018): 'Warm Heart and Warm Hands'. The Case of Filipino Migrant Nurses in Germany. *InterDisciplines* 1, 123–152. https://doi.org/10.4119/indi-1056

Munkejord, M.C. (2016): 'I work with my heart': Experiences of Migrant Care Workers in a Northern, Rural Context. *Journal of Population Ageing* 10, 229–246. https://doi.org/10.1007/s12062-016-9157-z

Müller-Wacker, M. (2021): Die deutsche Anerkennungspraxis im Kontext von Pflegeberufen. In: Bonacker, M. & Geiger, G. (Hrsg.): *Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern* (pp. 207–227). Wiesbaden: Springer.

Näre, L. (2013): Ideal Workers and Suspects: Employers' Politics of Recognition and the Migrant Division of Care Labour in Finland. *Nordic Journal of Migration Research* 3(2), 72–81. https://doi.org/10.2478/v10202-012-0017-5

Näre, L. & Cleland Silva, T. (2021): The global bases of inequality regimes: the case of international nurse recruitment. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal* 40(5), 510–524. https://doi.org/10.1108/EDI-02-2020-0039

Neu, C. & Nikolic, L. (2024): Zukünfte ländlichen Engagements – entgrenzt, kooperativ, jung, demokratisch. In: Mießner, M., Naumann, M., Grabski-Kieron, U., Steinführer, A., Nell, W. & Weiland, M. (Hrsg.): *Ländliche Utopien. Herausforderungen und Alternativen regionaler Entwicklungen* (= Kritische Landforschung. Umkämpfte Ressourcen, Transformationen des Ländlichen und politische Alternativen 3) (pp. 133–175). Bielefeld: transcript.

Newton, S., Pilay, J. & Higginbottom, G. (2012): The Migration and Transitioning Experiences of Internationally Educated Nurses: a Global Perspective. *Journal of Nursing Management* 20, 534–550. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01222.x

Netzwerk IQ (Integration für Qualifizierung) (2023): *Newsletter Anerkennung aktuell: Modularisierung von Anpassungslehrgängen zur Nachqualifikation*. https://www.netzwerk-iq.de/foerderprogramm-iq/fachstellen/fachstelle-anerkennung-und-qualifizierung/newsletter-1/anerkennungaktuell, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Nichols, J. & Campbell, J. (2009): The Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK (1995-2007): An Integrated Review. *Journal of Clinical Nursing* 19, 2814–2823. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03119.x

Nichols, P., Horner, B. & Fyfe, K. (2015): Understanding and Improving Communication Processes in an Increasingly Multicultural Aged Care Workforce. *Journal of Aging Studies* 32, 23–31. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.12.003

Nobis, C. & Kuhnimhof, T. (2018): *Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur*. Bonn/Berlin: BMVI. https://www.mobilitaet-in-deutschland.de/archive/pdf/MiD2017_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Noll, N. & Bollinger, H. (2022): Die Integrationsarbeit der Pflegeteams – arbeitssoziologische Anmerkungen. In: Slotala, L., Noll, N., Klemma, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 119–140). Frankfurt am Main: Mabuse.

Nortvedt, L., Lohne, V. & Dahl, K.A. (2019): A courageous journey: Experiences of migrant Philippine nurses in Norway. *Journal of Clinical Nursing* 29, 468–479. https://doi.org/10.1111/jocn.15107

Nourpanah, S. (2021): The Construction of Gratitude in the Workplace: Temporary Foreign Workers Employed in Health Care. *International Migration* 59(2), 57–71. https://doi.org/10.1111/imig.12769

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2020): *Contribution of Migrant Doctors and Nurses to Tackling COVID-19 Crisis in OECD Countries.* Paris: OECD. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries_15458abb/2f7bace2-en.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) & European Commission (2024): *Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU cycle.* Paris: OECD. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Ohliger, R. & Schweiger, R. (2019): *Kurz-Expertise. Gute Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen: Pflege sichern, Migration nutzen.* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-08/Kurzexpertise_Migration%20und%20Pflege_0.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Ohr, S.O., Parker, V., Jeong, S. & Joyce, T. (2010): Migration of Nurses in Australia: Where and Why? *Australian Journal of Primary Health* 16(1), 17–24. https://doi.org/10.1071/py09051

Olasunkanmi-Alimi, T., Natalier, K. & Mulholland, M. (2021): African Migrant Women in the Aged Care Sector: Conceptualising Experiences of Racism, Micro-aggressions and Otherness. *Journal of Sociology* 59(1), 87–103. https://doi.org/10.1177/1440783321102397 9

Omeri, A. & Atkins, K. (2002): Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: Searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies* 39(5), 495–505. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(01)00054-2

Overgaard, C., Withers, M. & Mcdermott, J. (2022): What Do We Know About the Experiences of Migrant Care Workers in Australia? A Scoping Study. *Australian Journal of Social Issues* 57(3), 663–686. https://doi.org/10.1002/ajs4.207

Panackal, C. (2021): Arbeitsmigration in der Pflege – Indische Perspektiven im Kontext des globalen Pflegemarktes. In: Bonacker, M. & Geiger, G. (Hrsg.): *Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern* (pp. 191–205). Wiesbaden: Springer.

Pawlak, M. & Seeberg, M.L. (2024): Polish nurses in Norway: Migration for "normal" work-life balance. *International Migration* 62(4), 97–110. https://doi.org/10.1111/imig.13282

Pflegekammer NRW (2023): *Stellungnahme zu Leih-, Zeitarbeit und Arbeitnehmerüberlassung in Pflegeberufen*. Düsseldorf: Pflegekammer NRW. https://www.pflegekammer-nrw.de/wp-content/uploads/2023/06/2023-06-23_PKNRW_Stellungnahme_Leiharbeit.pdf, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Pierenkemper, S. & Körbel, M. (2017): Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels. In: Weyland, U. & Reiber, K. (Hrsg.): *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder* (pp. 73–92). Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.

Pressley, C., Newton, D., Garside, J., Simkhada, P. & Simkhada, B. (2022): Global Migration and Factors That Support Acculturation and Retention of International Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, Art. 100083. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100083

Pürckhauer, A., Wolf, C. & Otwinowski, M. (2024): *Factsheet: Welche Migrationsabkommen Deutschland hat.* Berlin: Mediendienst Integration. https://mediendienst-integration.de/artikel/welche-migrationsabkommen-deutschland-hat.html, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M.-K. (2019) (Hrsg.): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte.* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007115/p_study_hbs_416.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Putnam, R. (1993): The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect* 13, 35–42.

Rand, S. & Larsen, C. (2019): *Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis.* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007114/p_fofoe_WP_114_2019.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

RCN (Royal College of Nursing) (2002): *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*. London: RCN.

RCN (Royal College of Nursing) (2007): *Black and Minority Ethnic and Internationally Recruited Nurses. Results From the RCN Employment/working Well Surveys 2005 and 2002.* London: RCN.

Reiff, E., Gade, C. & Böhlich, S. (2020): *Handling The Shortage of Nurses in Germany: Opportunities and Challenges of Recruiting Nursing Staff From Abroad.* Bad Honnef: IUBH. https://www.econstor.eu/bitstream/10419/222921/1/1726039005.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Riedlinger, I., Fischer, G., Lämmel, N., & Höß, T. (2020): „Leasing ist wie ein stummer Streik" - Zeitarbeit in der Pflege. *AIS-Studien* 13(2), 142–157. https://doi.org/10.21241/ssoar.70996

Richtlinie 2004/38/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 und zur Aufhebung der Richtlinien 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG und 93/96/EWG.

Richtlinie (EU) 2021/1883 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Oktober 2021 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hoch qualifizierten Beschäftigung und zur Aufhebung der Richtlinie 2009/50/EG des Rates, PE/40/2021/REV/1, ABl. L 382 vom 28.10.2021.

Ritter, M. (2020): Migrant*innen – die Pflegekräfte von morgen? Eine Untersuchung am Beispiel der häuslichen Pflege in Ostsachsen. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 1, 7–9. https://doi.org/10.5771/0340-8574-2020-1-7

Ritter, M. (2024): *Rassismus und Altenpflege in Ostdeutschland. Zum „Unbehagen" in der beruflichen Zusammenarbeit mit Migrant*innen.* Bielefeld: transcript.

Rodriguez, R.M. (2010): *Migrants for Export: How the Philippine State Brokers Labor to the World.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Roedenbeck Schäfer, M. (2018): *Wie die Anwerbung von ausländischen Fachkräften gut gelingen kann. Internationales Recruiting in Sozial- und Gesundheitsunternehmen.* Regenburg: Walhalla.

Roser, L., Kehl, L., Dietrich, A., Willems, E. & Reyels, W. (2021): *Berufliche Anerkennung von Pflegefachkräften mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation. Situationsanalyse aus Sicht der Förderprogramms IQ.* Nürnberg: IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/Fachstelle_Beratung_und_Qualifizierung/FSBQ_Situationsanalyse_Pflege.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Röhrle, B. (2023): Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: BZgA. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i134-1.0

Russell, D., Mathew, S., Fits, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. & Wakerman, J. (2021): Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Human Resources for Health* 19, Art. 103. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7

Ryan, M. (2003): A Buddy Program for International Nurses. *Journal of Nursing Administration* 33(6), 350–352.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2017): *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation development and wellness*. New York: Guilford Press.

Satola, A. & Bollinger, H. (2020): Transnationalisierung oder ‚nur' Internationalisierung? Arbeitsmigration in der häuslichen und stationären Pflege in Deutschland im Vergleich. In: Platzer, H., Klemm, M. & Dengel, U. (Hrsg.): *Transnationalisierung der Arbeit und der Arbeitsbeziehungen. Interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 67–86). Baden-Baden: Nomos.

Sauer, M. (2024): *Wohnen als Erfolgsfaktor fairer Fachkräftemigration* (= Social Policy in Demand Working Paper 2024/01). Sankt Augustin: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg.

Scannell, L. & Gifford, R. (2014): The Relations Between Natural and Civic Place Attachment and Pro-environmental Behavior. *Journal of Environmental Psychology* 30(3), 289–297. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2010.01.010

Schabram, G., & Freitag, N. (2022): *Harte Arbeit, wenig Schutz: Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/81704/ssoar-2022-schabram_et_al-Harte_Arbeit_wenig_Schutz_Osteuropaische.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2022-schabram_et_al-Harte_Arbeit_wenig_Schutz_Osteuropaische.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Schäfer, H., & Stettes, O. (2023): *Zeitarbeiterbefragung – Zeitarbeit in der Pflegebranche. Gutachten im Auftrag von Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister e. V. und Interessenverband Deutscher Zeitarbeitsunternehmen e. V.*. Berlin/Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.. https://www.iwkoeln.de/studien/holger-schaefer-oliver-stettes-zeitarbeit-in-der-pflegebranche.html, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Schammann, H. & Gluns, D. (2021): *Migrationspolitik*. Baden-Baden: Nomos.

Schapendonk, J. & Steel, G. (2014): Following Migrant Trajectories: The Im/Mobility of Sub-Saharan Africans en Route to the European Union. *Annals of the Association of American Geographers* 104(2), 262–270. https://doi.org/10.1080/00045608.2013.862135

Schilgen, B., Nienhaus, A., Handtke, O., Schulz, H. & Mösko, M. (2017): Health Situation of Migrant and Minority Nurses: A Systematic Review. *PLoS ONE* 12(6), e0179183. https://doi.org/101371/journal.pone.0179183

Schmidt, S., Lörzing, R., Jahn, J., Andersch-Rupprecht, C., Emmert, M. & Nagel, E. (2023): Spezifische Arbeitsbelastungen bei Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Kranken- und Altenpflege. Ein systematisches Review. *Gesundheitswesen* 85(11), 1027–1036. https://doi.org/10.1055/a-1966-0192

Schreck, C. (2017): *Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland.* Wiesbaden: Springer.

Schumacher, L. (2022): *Zeitarbeit in der Pflege – Fluch oder Segen für Personal und Patienten/-innen? Vortrag, gehalten am 23.08.2022*. Berlin: Alice Salomon Hochschule, University of Applied Sciences.

Schumann, M., Peppler, L., Beck, P. & Schenk, L. (2024): Navigating transitions: a qualitative study of nursing teams' experiences of educational and cultural transititons in Germany. *BMC Nursing* 23, 725.

Schwaab, M.-O., & Durian, A. (Hrsg.) (2023): *Zeitarbeit und Personaldienstleistungen. Chancen – Erfahrungen – Herausforderungen*. Berlin: Springer Gabler.

Sheller, M. (2018): Theorising mobility justice. *Tempo Social* 30(2), 17–34.

Sherman, R. & Eggenberger, T. (2008): Transitioning Internationally Recruited Nurses Into Clinical Settings. *Journal of Continuing Education in Nursing* 39(12), 535–544. https://doi.org/10.3928/00220124-20081201-04

Shields, M. & Wheatley, Price, S. (2002): Racial Harassment, Job Satisfaction and Intentions to Quit: Evidence From the British Nursing Profession. *Economica* 69(274), 295–326. https://www.jstor.org/stable/3549078

Singer, K. & Fleischer, N. (2025): *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Slotala, L. (2016): Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Deutschland. Verfahren, Anzahl, Verteilung und Entscheidung der Anträge. *Pflege* 29(6), 281–288. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000513

Slotala, L. (2022): Fortschritte, Hindernisse und Reformbedarfe: Die internationale Öffnung der Pflegeberufszulassung in Deutschland. In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 47–73). Frankfurt am Main: Mabuse.

Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (2022) (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland.* Frankfurt am Main: Mabuse.

Smith, J., Herinek, D., Woodward-Kron, R. & Ewers, M. (2022): Nurse Migration in Australia, Germany, and the UK: A Rapid Evidence Assessment of Empirical Research Involving Migrant Nurses. *Policy, Politics & Nursing Practice* 23(3), 175–194. https://doi.org/10.1177/15271544221102964

Smith, S. (2004): Understanding the Experience of Training for Overseas Nurses. *Nursing Times* 100(40), 40–42.

Sommer, I. & Nussbaum Bitran, I. (2022): Die Anerkennung und Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland: ökonomisch notwendig oder ethisch fraglich? In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 161–182). Frankfurt am Main: Mabuse.

Spencer, S., Ruhs, M., Anderson, B. & Rogaly, B. (2007): *Migrants' lives beyond the workplace. The experiences of Central and East Europeans in the UK.* York: Joseph Rowntree Foundation. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c3a146d2678edd6eac82ebofdfb4b3865c270bb9, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Spenger, D., & Kordel, S. (2023): Agency. In: Scharrer, T., Glorius, B., Kleist, J. Olaf & Berlinghoff, M. (Hrsg.): *Flucht- und Flüchtlingsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Studium* (pp. 223–228). Baden-Baden: Nomos.

Spiliopoulus, G., Cuban, S. & Broadhurst, K. (2021): Migrant Care Workers at the Intersection of Rural Belonging in Small English Communities. *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 19(2), 213–226. https://doi.org/10.1080/15562948.2020.1801941

Stagge, M. (2022): Teamentwicklung in multikulturellen Pflegeteams. In: Slotala, L., Noll, N., Klemm, M. & Bollinger, H. (Hrsg.): *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland* (pp. 207–223). Frankfurt am Main: Mabuse.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023a): *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes 31.12.2021 (Tabelle 12411). Regionaldatenbank Deutschland*. Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023b): *Pflegebedürftige (Tabelle 22411). Regionaldatenbank Deutschland.* Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023c): *Kommunale Kassenkredite (Schuldendienst der Kernhaushalte der Gemeinden und Gemeindeverbünde je Einwohner am 30.06.) in Euro (Tabelle 71327). Regionaldatenbank Deutschland*. Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023d): *Arbeitslosenquote bez. auf alle zivilen Erwerbspersonen Jahresdurchschnitt (Arbeitsmarktstatistik der BA, Tabelle 131211). Regionaldatenbank Deutschland*. Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen.

Statistisches Bundesamt (2024): *Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt* (= Pressemitteilung 033 vom 24.01.2024). Wiesbaden: DESTATIS. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/—01/PD24_033_23_12.html, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Städtler-Mach, B. & Ignatzi, H. (2020): *Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte*. Göttingen: V&R.

Steinführer, A. & Kordel, S. (2024): Ländliche Räume als Sozialräume. In: Grabski-Kieron, U., Kordel, S., Krajewski, C., Mose, I., Steinführer, A. (Hrsg.): *Geographie ländlicher Räume* (pp. 87–147). Paderborn: Brill.

Stievano, A., Olsen, D., Tolentino Diaz, Y., Sabatino, L. & Rocco, G. (2017): Indian Nurses in Italy: A Qualitative Study of Their Professional and Social Integration. *Journal of Clinical Nursing* 26(23-24), 4234–4245. https://doi.org/10.1111/jocn.13746

Stockdale, A. & Haartsen, T. (2018): Editorial introduction: Putting rural stayers in the spotlight. *Population, Space & Place* 24(8), e2124. https://doi.org/10.1002/psp.2124

Strumpen, S. (2021): Willkommenskultur und verlässliche Standards für eine nachhaltige internationale Anwerbung. In: Bettig, U., Frommelt, M., Maucher, H., Schmidt, R. & Thiele, G. (Hrsg.): *Anwerbung internationaler Fachkräfte in der Pflege* (pp. 141–155). Heidelberg: medhochzwei.

Süß, R. (2018): *Ökonomische Bewertung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Eine Studie an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen.* Wiesbaden: Springer.

SVR (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration) (2012): *Integration im föderalen System: Bund, Länder und die Rolle der Kommunen. Jahresgutachten 2012 mit Integrationsbarometer*. Berlin: SVR. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2023/01/SVR_Jahresgutachten_2012-8.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

SVR (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2022): *Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.* Berlin: SVR. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/05/SVR_Jahresgutachten_2022.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

SVR (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration) (2023): *Prekäre Beschäftigung – prekäre Teilhabe. Ausländische Arbeitskräfte im deutschen Niedriglohnsektor.* Berlin: SVR. https://www.svr-migration.de/publikation/prekaere-beschaeftigung/, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

SVR (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2025a): *Jahresgutachten 2025. Reformen, die wirken? Zur Umsetzung von aktuellen Migrations- und Integrationsgesetzen.* Berlin: SVR. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2025/06/Jahresgutachten-2025_barrierefrei.pdf, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

SVR (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2025b): *„Die Idee ist gut, doch die Welt noch nicht bereit". Die Lebensunterhaltssicherung im Bereich der Chancenkarte (§ 20a Abs. 4 S. 1 AufenthG) bleibt eine Herausforderung* (= SVR-Kurzinformation 2025-01). Berlin: SVR. https://www.svr-migration.de/publikation/schleppende-visavergabe-laeuft-die-chancenkarte-ins-leere, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Taufer, R. & Fuchs, D. (2022): Der *Pflexit* – die internationale Einordnung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 76(2), 5–12. https://doi.org/10.5771/1611-5821-2022-2

Tham, R., Pascoe, A., Willis, K., Kay, M. & Smallwood, N. (2022): Differences in Psychosocial Distress Among Rural and Metropolitan Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Australian Journal of Rural Health* 30(5), 683–696. https://doi.org/10.1111/ajr.12873

Theobald, H. (2022): Zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland – Herausforderungen und Lösungsansätze. In: Waldenberger, F., Naegele, G., Kudo, H. & Matsuda, T. (Hrsg.): *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe. Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen* (pp. 163–178). Wiesbaden: Springer.

Tissot, F. (2018): A Migration Industry for Skilled Migrants: The Case of Relocation Services. *Migration Letters* 15(4), 545–560. https://doi.org/10.33182/ml.v15i4.4

Tollenaere, M., Çelik, A. & Fragomen Global LLP (2023): *Von Analog zu Digital: Derzeitige Abläufe der Visaerteilung für Fachkräfte.* Berlin: The German Marshall Fund of the United States. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2023-06/230531_GMF_Conference%202022_Brief%237.pdf, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Troy, P., Wyness, L. & McAuliffe, E. (2007): Nurses' Experiences of Recruitment and Migration from Developing Countries: a Phenomenological Approach. *Human Resources for Health* 5(15), 1–7. https://doi.org/10.1186/1478-4491-5-15

Ulusoy, N., Wirth, T., Lincke, H.-J., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2019): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52, 589–597. https://doi.org/10.1007/s00391-018-1414-8

Vereinte Nationen (2018): *Globaler Pakt für eine sichere, geordnete und reguläre Migration. Resolution der UN-Generalversammlung A/RES/73/195, verabschiedet am 19. Dezember 2018.*

Verordnung (EU) Nr. 492/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2011 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Union Text von Bedeutung für den EWR. ABl. L 141 vom 27.5.2011

Vietti, F., Portis, L., Ferrero, L. & Pavan, A. (2012): *Il paese delle badanti. Una migrazione silenziosa.* Turin: Societá editrice internazionale.

Visel, S. (2017): Berufsanerkennung und „sichere" Pflege – Die Bedeutung von Sprachkenntnissen in Anerkennungsverfahren für Pflege- und Gesundheitsberufe. *Sozialer Fortschritt* 66(10), 635–650. https://doi.org/10.3790/sfo.66.10.635

Voigtländer, M., Deschermeier, P., Malin, L., Sagner, P. & Sprenger, J. (2024): *Bestandsaufnahme zum Wohnen für Mitarbeitende* (= BBSR-Online-Publikation 123/2024). Bonn: BBSR. https://doi.org/—10.58007/xe5k-mw58

Walton-Roberts, M., Runnels, V., Rajan Sebastian, I., Sood, A., Nair, S., Thomas, P., Packer, C., Labonté, R. & Bourgeault, I.L. (2025): Sending State Perspectives on the Global Migration of Indian Nurses. *International Migration* 63, e70062. https://doi.org/10.1111/imig.—70062.

Walker, J., Quaile, M. & Tumin, D. (2021): Rural Employment of Health Care Workers: A Longitudinal Cohort Study. *The Journal of Rural Health* 37(4), 705–713. https://doi.org/10.1111/jrh.12541

Weichhart, P. (2009): Multilokalität – Konzepte, Theoriebezüge und Forschungsfragen. *Informationen zur Raumentwicklung* 1–2, 1–14.

Weidinger, T. & Kordel, S. (2023): Access to and Exclusion from Housing over Time: Refugees' Experiences in Rural Areas. *International Migration* 61(3), 54–71. https://doi.org/10.1111/imig.12807

Weidinger, T., Kordel, S. & Pohle, P. (2017): Bleiben oder Gehen? Einflussfaktoren auf die Wohnstandortmobilität anerkannter Flüchtlinge in ländlichen Räumen am Beispiel des Bayerischen Waldes. *Europa Regiona*l 24(3-4), 46–61.

Weidinger, T., Kordel, S. & Kieslinger, J. (2021): Unravelling the meaning of place and spatial mobility: Analysing the everyday life worlds of refugees in host societies by means of mobility mapping. *Journal of Refugee Studies* 34(1), 374–396. https://doi.org/10.1093/—jrs/fez004

Weidinger, T., Spenger, D. & Kordel, S. (2024): Becoming active agents through practices of volunteering: Immigrants' experiences in rural Germany. *Social Inclusion* 12. https://doi.org/10.17645/si.7677

Wellard, S. & Stockhausen, L. (2010): Overseas Trained Nurses Working in Regional and Rural Practice Settings: Do We Understand the Issues? *Rural & Remote Health* 10, Art. 1458. https://doi.org/—10.22605/RRH1458

WHO (World Health Organisation) (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Stand 06.07.2020). https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_—976/20200706/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_—1002_976-20200706-de-pdf-a.pdf, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

WHO (World Health Organisation) (1995): The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

WHO (World Health Organisation) (2006): *Constitution of the World Health Organization. Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.* Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/m/item/constitution-of-the-world-health-organization, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

WHO (World Health Organisation) (2010): *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Resolution WHA 63.16.* Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/—wha68.32, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

WHO (World Health Organisation) (2014) (Hg.): *Migration of Health Workers: WHO Global Code of Practice and the Global Economic Crisis.* Geneva: WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/—10665/354702/9789241507141-eng.pdf?sequence=1, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

WHO (World Health Organisation), OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) & ILO (International Labour Organisation) (2024): *Bilateral agreements on health worker migration and mobility*. Geneva: WHO. https://www.who.int/—publications/i/item/97892400073067, zuletzt aufgerufen am 31.07.2025.

Widding Isaksen, L. (2010) (Hg.): *Global Care Work. Gender and Migration in Nordic Societies.* Lund: Nordic Academic Press.

Wielga, J., Bräutigum, C. & Enste, P. (2023): *Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten. Hintergründe und Stimmen aus der Praxis*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/20118.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Willis, E., Xiao, L., Morey, W., Jeffers, L., Harrigton, A., Gillham, D. & Bellis, A. (2018): New Migrants in Residential Aged Care: Managing Diversity in Not-for-Profit Organisations. *Journal of International Migration & Integration* 19(3), 683–700. https://doi.org/10.1007/—s12134-018-0564-2

Willott, J. & Stevenson, J. (2013): Attitudes to Employment of Professionally Qualified Refugees in the United Kingdom. *International Migration* 51(5), 120–132. https://doi.org/10.1111/imig.12038

Wolf, C. (2021): *Factsheet. Zuwanderung von Pflegekräften und Ärztinnen & Ärzten.* Berlin: Mediendienst Integration. https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Pflege_Fachkraefte_Ausland_Mediendienst_Factsheet_neu_2021.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Wolf, C. (2022): *Ausländische Fachkräfte. Diese Branchen hängen von Zuwanderung ab*. 18.02.2022. Berlin: Mediendienst Integration. https://mediendienst-integration.de/artikel/diese-branchen-haengen-von-zuwanderung-ab.html, zuletzt aufgerufen am 21.07.2025.

Wydra-Somaggio, G. & Stabler, J. (2022): *Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Rheinland-Pfalz bis 2023: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege*. Nürnberg: IAB. https://doi.—org/10.48720/IAB.RERPS.2203

Xaba, J & Phillips, G. (2001): *Understanding Nurse Emigration: Final Report. Trade Union Research Project (TURP).* Pretoria: DENOSA.

Xiao, L.D., Willis, E., Jeffers, L. (2014): Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 51(4), 640–653. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.005

Xu, Y. (2007): Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries. *Advances in Nursing Science* 30(3), 246–265. https://doi.org/10.1097/01.ans.0000286623.84763.e0

Yalçın, S., Hubenthal, N. & Dieterich, J. (2024): *Arbeitsfelder der Ankunft. Migrantische Perspektiven auf Arbeit in Gastronomie, Reinigung und Pflege.* Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008782/p_study_hbs_487.pdf, zuletzt aufgerufen am 18.08.2025.

Yeates, N. (2009): *Globalizing Care Economies and Migrant Workers: Explorations in Global Care Chains.* Basingstoke: Palgrave.

Yeates, N. & Pillinger, J. (2021): International Organizations, Care and Migration: The Case of Migrant Health Care Workers. In: Martens, K., Niemann, D. & Kaasch, A. (Eds.): *International Organizations in Global Social Governance* (pp. 83–111). Cham: Palgrave/Springer Nature.

Young, R., Noble, J., Mahon, A., Maxted, M., Grant, J., Sibbald, B. (2010): Evaluation of International Recruitment of Health Professionals in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 15(4), 195–203. https://doi.org/10.2258/jhrsp.2010.009

Um die Gesundheitsversorgung flächendeckend in Stadt und Land sicherzustellen, ist der Pflegesektor in Deutschland in zunehmendem Umfang auf Arbeitskräfte aus dem Ausland angewiesen. Aus interdisziplinären Perspektiven aus Politikwissenschaft, Public Health und Humangeographie fokussierte die Studie „Gesundheit! Teilhabe im Pflegesektor“ (2022-2025), wie es gelingen kann, Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte nachhaltig zu gestalten. Empirische Erhebungen liefern Evidenz zur Vorbereitung auf Deutschland, die Rekrutierung aus dem Ausland und das Ankommen in der Einrichtung, am Wohnort sowie das Bleiben. Ergebnisse zeigen, dass neben einem wertschätzenden und diskriminierungsfreien Arbeitsumfeld und dem Aufzeigen von Weiterentwicklungsmöglichkeiten insbesondere dem Lebensalltag abseits des Arbeitsplatzes konsequent Bedeutung geschenkt werden muss. Teilhabe wird durch Partizipation am Sozialleben genauso erreicht, wie durch den Zugang zu adäquatem Wohnraum oder die Möglichkeit, Alltagsmobilität zu realisieren. Aus den Befunden wurden partizipativ Handlungsempfehlungen erarbeitet.

ISBN 978-3-96147-858-3

FAU UNIVERSITY PRESS 2025