

STUDY

Nr. 416 · Februar 2019

BETRIEBLICHE INTEGRATION VON PFLEGEFACHKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND

Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte

Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und
Minna-Kristiina Ruokonen-Engler

Diese Study erscheint als 416. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 416 · Februar 2019

BETRIEBLICHE INTEGRATION VON PFLEGEFACHKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND

Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte

Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland“ von Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-331-7

INHALT

Einleitung	7
Sigrid Rand, Minna-Kristiina Ruukonen-Engler, Maria Kontos, Christa Larsen und Robert Pütz	
1 Problemstellung	8
2 Untersuchungsdesign	12
3 Literatur	17
Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland	20
Sigrid Rand, Robert Pütz und Christa Larsen	
1 Migration und das Entstehen globalisierter Pflegearbeits- märkte	21
2 Fachkräftesicherung auf globalisierten Pflegearbeits- märkten am Beispiel Deutschlands	30
3 Gestaltung von globalisierten Pflegearbeitsmärkten	38
4 Literatur	54
Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften	60
Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruukonen-Engler und Anna Guhlich	
1 Subjektorientierte, biographische und anerkennungs- theoretische Perspektive auf betriebliche Integration	61
2 Betriebliche Integration zwischen Exit und Verbleib: biographische Fallanalysen	66
3 Schlussfolgerungen aus den biographischen Fallanalysen	151
4 Literatur	164
5 Anhang: Übersicht der Interviews mit neu migrierten Pflegefachkräften	167

**Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher
Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten.
Das Beispiel Deutschland**

Sigrid Rand, Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler,
Robert Pütz und Christa Larsen

171

1	Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration	172
2	Fachlichkeit und Arbeitsorganisation	174
3	Kulturalisierung von Konflikten	188
4	Fazit und Ausblick	193
5	Literatur	196

Autorinnen und Autoren

198

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Anerkennungsverfahren nach Ausbildungsstaat im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger aus Südeuropa, 2012–2017	32
Abbildung 2: Anzahl der Arbeitsgenehmigungen für rumänische und bulgarische Staatsbürger in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege in Deutschland, 2011–2017	33
Abbildung 3: Die fünf häufigsten Ausbildungsstaaten für den Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger in allen Anerkennungsverfahren in Deutschland, 2012–2017	34
Abbildung 4: Zustimmungen für Drittstaatsangehörige nach ausgewählten beruflichen Tätigkeiten (KIdB 2010) in Deutschland, 2011–2014	36

EINLEITUNG

Sigrid Rand, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, Maria Kontos, Christa Larsen und Robert Pütz

In den vergangenen Jahren hat sich die internationale Anwerbung von Pflegefachkräften zunehmend als relevante Strategie erwiesen, um den Fachkräftemangel in der Pflege, der allen Prognosen nach zukünftig noch stark zunehmen wird, abzumildern. Gleichzeitig haben sich die Rahmenbedingungen der internationalen Migration von Pflegefachkräften maßgeblich gewandelt, sei es durch einen zunehmenden „Wettbewerb“ des globalen Nordens um diese Arbeitskräfte oder durch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen in den zunehmend auf arbeitsmarktorientierte Zuwanderungspolitik setzenden Nationalstaaten. Des Weiteren spielt das zunehmend professionalisierte „Anwerbungsmanagement“, das in steigendem Maße Arbeitsmarktintermediäre einbindet, für die veränderten Handlungsstrategien der Migranten¹ eine wichtige Rolle.

Für größere Arbeitgeber in der Gesundheits- und Pflegebranche – Krankenhäuser und stationäre Altenpflegeeinrichtungen – stellen sich hierdurch neue Anforderungen: Die Pflegefachkräfte aus dem Ausland haben eine andere als in Deutschland übliche berufliche und fachliche Sozialisation durchlaufen und sind mit unterschiedlichen Qualifikationen, Arbeitserfahrungen sowie Erwartungen an ihre berufliche Tätigkeit und Entwicklung ausgestattet. Hieraus erwächst die Frage, welche Probleme der betrieblichen Integration entstehen und wie die betriebliche Integration angesichts der sich global konstituierenden Pflegearbeitsmärkte gelingen kann, so dass die neu migrierten Pflegefachkräfte längerfristig als Arbeitskräfte in Deutschland bleiben. Das Forschungsprojekt „Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten“ (BIGA, vgl. www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2014-789-4) setzt sich mit dieser Frage auseinander. Demnach wurden die Herausforderungen globalisierter Pflegearbeitsmärkte erfasst, Dimensionen betrieblicher Integration aus Sicht der neu migrierten Pflegefachkräfte sowie der Etablierten, d.h. in Deutschland beruflich sozialisierten Pflegefachkräften und Vorgesetzten, rekonstruiert. Darüber hinaus wurden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren Ansatzpunkte für ein erfolgreiches betriebliches „Integrationsmanagement“ entwickelt.

¹ Das generische Maskulinum wird im Text im Plural angewandt und bezeichnet dabei die Gesamtgruppe und nicht die Geschlechtszugehörigkeit.

In dieser Studie fassen wir die zentralen Forschungsergebnisse zusammen. Nach einer Darlegung der Problem- und Fragestellung der Studie sowie der Erläuterung des Untersuchungsdesigns befasst sich der [Beitrag von Sigrid Rand, Robert Pütz und Christa Larsen](#) mit den veränderten Rahmenbedingungen des Pflegearbeitsmarktes in Deutschland. Er beschäftigt sich mit den Fragen, wie Liberalisierungen und Arbeitsmarktorientierung der nationalen Zuwanderungspolitik in Verbindung mit vermehrten Anwerbeaktivitäten der Betriebe bereits zu einer zunehmenden Migration von Fachkräften geführt haben, wie dieser Prozess durch Arbeitsmarktintermediäre gesteuert wird und inwieweit sich hierdurch die Rahmenbedingungen betrieblichen (Krankenhäuser, stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ambulante Pflege) und individuellen (Migranten und in Deutschland beruflich sozialisierte Kollegen) Handelns ändern.

Der [Beitrag von Maria Kontos, Minna-Kristina Ruokonen-Engler und Anna Guhlich](#) stellt die Erfahrungen der migrierten Pflegefachkräfte in den Fokus der Analyse. Es werden aus einer biographischen, rekonstruktiv-interpretativen Perspektive die Migrations- und Arbeitserfahrungen der neu migrierten Pflegefachkräfte in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen in Deutschland und typische Spannungsfelder der betrieblichen Integration rekonstruiert.

Im [Beitrag von Sigrid Rand, Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, Robert Pütz und Christa Larsen](#) erfolgt dann eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den biographisch-narrativen Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften mit den Ergebnissen aus den narrativen Interviews von etablierten, in Deutschland beruflich sozialisierten Pflegefachkräften und den Vorgesetzten. Das Fazit fasst die zentralen Ergebnisse bezüglich des betrieblichen Integrationsprozesses zusammen und stellt einige Überlegungen zur Frage der betrieblichen Integration im Kontext der globalisierten Pflegearbeitsmärkte und deren praktische Gestaltung in Deutschland auf.

1 Problemstellung

Der Bedarf an Pflegekräften wird in den kommenden Jahren deutlich ansteigen, was vor allem auf die Zunahme pflegebedürftiger Menschen zurückzuführen ist, laut Prognosen auf etwa 3,4 Millionen im Jahr 2030 (Prognos 2012: 1). Wenn das heutige Versorgungsniveau auf die Zukunft hochgerechnet wird, werden dann ca. 517.000 Pflegefachkräfte fehlen (ebd.: 14). In diese Zahl gehen zwei Auswirkungen der demographischen Entwicklung ein: Durch die steigende Nachfrage von immer größer werdenden Kohorten alter

und hochaltriger Menschen nach Pflegedienstleistungen entstehen in den Pflegeberufen deutliche Erweiterungsbedarfe; gleichzeitig führen die altersbedingten Austritte aus den Pflegeberufen zukünftig zu einem erhöhten Ersatzbedarf.

Laut Angaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) zeigen maßgebliche Indikatoren, dass Pflegefachberufe schon jetzt zu den „Engpassberufen“ zählen: So sank 2016 die Arbeitslosigkeit in den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege um 9,6% und die Zahl der bei der BA gemeldeten Stellen nahm im Vergleich zum Vorjahr um 19,9% zu (die entsprechenden Werte für alle Berufsgruppen betragen 9% und 18,6%). Ein bei der BA gemeldetes Stellenangebot für Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege blieb im Durchschnitt 124 Tage vakant (Durchschnitt für alle Berufe: 90) und auf 100 Stellen kamen 71 Arbeitslose (Durchschnitt für alle Berufe: 399). Bei Altenpflegefachkräften sind die Werte noch deutlicher: Auf 100 gemeldete Stellen kamen nur 38 Arbeitslose und sie blieben im Durchschnitt 153 Tage unbesetzt (Bundesagentur für Arbeit 2016: 27). Regionale Branchenmonitorings zeigen, dass der Fachkräftemangel in der Gesundheits- und Pflegebranche, der die Sektoren Krankenhäuser, Rehakliniken, Alten- und Pflegeheime sowie ambulante Pflegedienste einschließt, regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist (Bieräugel et al. 2012, Lauxen/Bieräugel 2013, Lauxen/Castello 2016). Der dringendste Fachkräftemangel besteht momentan im urbanen Gebieten Westdeutschlands und in ländlichen Regionen Ostdeutschlands.

Um den Fachkräftemangel in der Pflege zu reduzieren, sind in den letzten Jahren verschiedene arbeitsmarktpolitische Ansätze entwickelt und erprobt worden (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2012, Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz/Kultusministerkonferenz 2015, vgl. auch Weimann-Sandig et al. 2016). Hierzu zählt zum einen der Versuch, durch die Erweiterung der Ausbildungspotenziale mehr Arbeitnehmer für eine Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen. Darunter fallen z.B. Maßnahmen zur Verbesserung des Images der Pflegeberufe in der öffentlichen Wahrnehmung, um unter den Schulabgängern mehr Auszubildende zu finden (Rodewald et al. 2006, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2014: 34). Dazu gehören auch Maßnahmen der Nachqualifizierung (Bonin et al. 2015), für die einzelne Bundesländer die Ausbildung für schulisch geringer qualifizierte geöffnet haben. Personen mit Hauptschulabschluss kann so ein (gestufter) Zugang zum Fachberuf ermöglicht werden, indem im Anschluss an den einjährigen Helferabschluss eine verkürzte Ausbildung zur Fachkraft erlaubt ist (bspw. Hessen und Rheinland-Pfalz). Darüber hinaus werden in der Pflege immer mehr Studiengänge entwickelt, um auch Schüler mit Hochschulreife

für die Pflege zu gewinnen. Zum anderen sollen die Fachkräfte in der sogenannten „Stillen Reserve“ in Beschäftigung gebracht werden (vor allem Frauen in oder nach der Familienphase, siehe z.B. die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2012).

Zu den betrieblichen Handlungsfeldern in der Fachkräftesicherung zählt betriebliches Gesundheitsmanagement, das die Stärkung der Arbeitsfähigkeit und -motivation der Pflegekräfte zum Ziel hat (Schmidt et al. 2015, Dietrich et al. 2015, Benedix/Medjedović 2014). Gleichzeitig können die Teile der Belegschaft, die in Teilzeit arbeiten, dafür gewonnen werden, ihre Arbeitszeit auszuweiten (Prognos 2012). Erwähnt werden sollten auch die vielen Initiativen zur Qualifizierung von Führungskräften, die über eine gezielte Organisations- und Personalentwicklung auf die Bindung von Pflegefachkräften einwirken (Larsen 2016, Joost 2015). Dennoch sind diese Maßnahmen nur bedingt wirksam, da sie den bestehenden Fachkräftemangel lediglich abschwächen, aber nicht gänzlich abwenden können.

Aus den vorgenannten Problemlagen heraus wird seit einigen Jahren vermehrt die aktive Rekrutierung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als kurz- und mittelfristige Lösung des Fachkräftemangels in der Pflege benannt (Prognos 2012, Braeseke et al. 2013). Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung hat jedes sechste befragte Unternehmen in der Pflegebranche in den letzten drei Jahren den Versuch unternommen, Pflegefachkräfte aktiv aus dem Ausland anzuwerben – dabei war aber nur die Hälfte erfolgreich (Bonin et al. 2015: 63). Da die Anwerbung einen beträchtlichen Aufwand für die Personalverantwortlichen bedeutet und darüber hinaus ein hohes Maß an Professionalität und Qualität des Personalmanagements notwendig ist, stellt diese Fachkräftesicherung vor allem eine Strategie für Krankenhäuser und große Träger von stationären Altenpflegeeinrichtungen dar (ebd.).

Dabei ist die Migration von Pflegefachkräften nach Deutschland kein neues Phänomen: Schon in den 1960er und 1970er Jahren gab es beispielsweise gezielte Anwerbungsinitiativen für koreanische Pflegefachkräfte (Yang 2014, Hartmann 2016). In den 1990er Jahren kam durch die Balkan-Kriege eine große Zahl von Pflegefachkräften aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland und auch die Länder der ehemaligen Sowjetunion Mittel- und Osteuropas stellen seit den 1990er Jahren wichtige Herkunftsländer für Pflegefachkräfte dar (Bonin et al. 2015). Die jüngeren Migrationsbewegungen von Pflegefachkräften unterscheiden sich von diesen Vorläufern allerdings in wesentlichen Rahmenbedingungen:

- Der Handlungsdruck in der Pflegebranche ist aufgrund des Fachkräftemangels stark gestiegen.

- Die Zuwanderungspolitik in Deutschland und der EU hat sich grundsätzlich geändert von Repression und Abwehr zu einer Politik, die sich auf fließende Räume abgestufter Rechte und Ideen von arbeitsmarktpolitischem „Management“ stützt (Hess/Kasperek 2010, zum konzeptionellen Rahmen der Grenzregimeforschung vgl. auch Heimeshoff et al. 2014 und Hess et al. 2017), dabei unterschiedliche Migrationsformen selektiv reguliert und hiermit Arbeitskraftbedarfe und Demografie aktiv gestalten möchte (Ratfisch 2015: 7, Georgi 2007: 5).
- Dieses „Migrationsmanagement“ integriert zunehmend (zivilgesellschaftliche) Akteure, womit v. a. Arbeitsmarktintermediäre in den Prozess der Akquisition von Pflegefachkräften aus dem Ausland involviert werden (vgl. Schwiter et al. 2014).

Hinzu kommt, dass sich in den letzten Jahren ein globalisierter Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte etabliert hat: Viele Länder des „globalen Nordens“⁴² zeichnen sich durch einen ähnlichen Fachkräftemangel in den Pflegeberufen aus wie Deutschland und stehen in einem zunehmenden Wettbewerb um Pflegefachkräfte, die in immer mehr Ländern der Welt angeworben werden. Ein weiteres Kennzeichen globalisierter Pflegearbeitsmärkte ist, dass Arbeitsmigration in die Pflege immer seltener auf Dauer angelegt ist, sondern Migranten flexibel auf sich permanent verändernde Rahmenbedingungen reagieren. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, betriebliche Integration erfolgreich zu gestalten und somit dauerhafte Fachkräftesicherung zu garantieren. So passen im Gegenzug die Arbeitgeber in den Zielländern ihre Anwerbungsaktivitäten den Entwicklungen an und versuchen, über verschiedene Mechanismen die Pflegefachkräfte längerfristig an ihre Einrichtungen zu binden.

Darüber, wie die betrieblichen Integrationsprozesse von migrierten Pflegefachkräften in Deutschland verlaufen, ist bisher wenig bekannt. Unsere Untersuchung zeigt, dass der Verlauf der betrieblichen Integration in erheblichem Maße von Rahmenbedingungen geprägt ist, die schon im Vorfeld der eigentlichen Migration am Werke sind und z. T. in die Berufsbiographien der Migranten eingeschrieben sind (vgl. den [Beitrag von Rand/Pütz/Larsen](#) in diesem Band). Hierzu gehören nationalstaatlich festgeschriebene Anforderungen an fachliche Qualifikationen und Sprachkenntnisse sowie das Wirken der Arbeitsmarktintermediäre, die durch die „vorbereitenden“ Leistungen maßgeblich die spätere (Zusammen-)Arbeit im Betrieb prägen. Zum anderen de-

2 Mit der Ausnahme von Skandinavien und Frankreich (vgl. Kuhlmann/Larsen 2013).

monstrieren unsere Ergebnisse, in welchem Maße neu migrierte Pflegefachkräfte praxisbezogene Anpassungs- und Transferleistung in ihrem neuen Arbeitskontext erbringen müssen.

Trotz der gemeinsamen Leitbilder und Standards, die die Entstehung des Pflegeberufes über Ländergrenzen begleiteten, haben sich in verschiedenen Staaten in der Entwicklung der Profession große Unterschiede in Abhängigkeit von variierenden Geschlechterbeziehungen, Sozialordnungen und Strukturen der Gesundheitssysteme ergeben (Wrede 2012, Choy 2003, Reddy 2015). Die großteils national gerahmten Berufsnormen und -identitäten haben sich des Weiteren in Wechselwirkungen mit nationalspezifischen Regulierungen herausgebildet und bestimmen die Zuständigkeits- und Tätigkeitszuschnitte sowie die Verhältnisse zu anderen Berufsgruppen (vgl. Kuhlmann et al. 2012, Theobald et al. 2013). Vor diesem Hintergrund sind die neu migrierten Pflegefachkräfte beim Eintritt in den deutschen Pflegearbeitsmarkt herausgefordert, ihr Fachwissen und ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen im neuen Kontext der anders definierten Fachlichkeit und unterschiedlichen Arbeitsorganisation einzubringen. Es ist nicht selten, dass von den migrierten Pflegefachkräften eine nicht-hinterfragte Übernahme der in Deutschland vorherrschenden, „hegemonialen [beruflichen] Identitäten“ (Batnitzky/McDowell 2011: 186) erwartet wird. Dementsprechend wird die Existenz der eventuell unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen der neu migrierten Pflegefachkräfte, die auf der anders definierten Fachlichkeit und Berufsidentität beruht, im Betrieb zunächst ausgeblendet.

Gleichzeitig stellt sich aber für die Arbeitgeber und Kollegen die Frage, wie die neu migrierten Pflegefachkräfte unter gegebenen Bedingungen möglichst schnell in den Arbeitsalltag zu integrieren wären. Da aber die Integration in den Betrieb nicht nur die neu migrierten Pflegefachkräfte betrifft, sondern auch ein aktives Mitwirken seitens der etablierten Pflegefachkräfte und Vorgesetzten verlangt, stellt sich die Frage wie dies gelingen kann und welche Probleme hier eventuell entstehen.

2 Untersuchungsdesign

Die empirischen Erhebungen beziehen sich auf die Region Frankfurt/Rhein-Main in Hessen. Der Fokus wurde auf diese Region gelegt, da Hessen im Jahr 2012 als erstes Bundesland eine koordinierte Initiative zur Fachkräftesicherung in der Gesundheits- und Pflegebranche über Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland startete. Somit entstand ein Handlungsrahmen,

in dem die hessischen Pflegeeinrichtungen bereits sehr früh erste Erfahrungen mit der Anwerbung machen konnten und an die sie ihre späteren Anwerbeinitiativen anknüpften. Welche Erfahrungen nun diese Einrichtungen mit der Anwerbung, den neu migrierten Pflegefachkräften und ihrem betrieblichen Integrationsprozess gemacht haben, ist bisher kaum wissenschaftlich erforscht worden.

Das BIGA-Projekt fokussiert auf zentrale Sektoren der Gesundheits- und Pflegebranche – Krankenhäuser und stationäre Altenpflegeeinrichtungen (ergänzend werden ambulante Pflegedienste und häusliche Intensivpflege³ betrachtet), die sich hinsichtlich Berufs- und Organisationskulturen stark unterscheiden (Kuhlmann/Larsen 2014). Dies hat mit ihrem spezifischen Auftrag zu tun: Da im Krankenhaus der Schwerpunkt auf Kuration liegt, wird der medizinischen Versorgung eine höhere Relevanz als der pflegerischen zugeschrieben und die Pflege leistet Hintergrund- bzw. Unterstützungsarbeit für die Medizin (Schroeter 2006, Damm 2012). In den stationären Altenpflegeeinrichtungen sollen die Bewohner in ihrem alltäglichen Lebensvollzug unterstützt werden (Koch-Straube 2005, Schroeter 2006), während das Pflegepersonal eine weitgehende Autonomie in der Steuerung des unterstützenden Kontextes hat und auch die Kontakte zu den Angehörigen pflegt (Schroeter 2006). Demgegenüber liegt in der ambulanten Pflege der Schwerpunkt auf der punktuellen oder auch ganztägigen Versorgung von Menschen in ihrer eigenen häuslichen Umgebung nach den in der Häuslichkeit bestehenden Regeln und Abläufen (ebd.).

Das BIGA-Projekt möchte ein möglichst umfassendes Bild über die betrieblichen Integrationsprozesse liefern. Daher wurde versucht, möglichst verschiedene Akteure, die mit der Pflegefachkraftmigration zu tun haben, im Forschungsdesign zu berücksichtigen. Dies erforderte nicht nur eine Erhebung unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Daten, sondern auch eine Anwendung verschiedener Datenerhebungsmethoden wie statistische Verfahren, Experteninterviews, narrative und biographisch-narrative Interviews. So wurde mittels verschiedener Methoden differenziertes Datenmaterial erhoben:

- Sonderauswertung der Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (2011–2014) und der Anerkennungsstatistik des Bundes (2012–2014); Diese Sta-

3 Im Projekt gab es Anhaltspunkte dafür, dass internationale Migration von Pflegefachkräften auch in die ambulanten Pflegedienste stattfindet. Nach den ersten Erkenntnissen erfolgt die Migration von Pflegefachkräften vor allem in Spezialbereiche wie die häusliche Intensivpflege, die deutliche Überschneidungen mit der 24-Stunden-Betreuung aufweist.

tistiken geben Aufschluss über die wichtigsten Herkunftsländer der neu migrierten Pflegefachkräfte sowie die Entwicklung der Migrationsbewegungen und bilden eine Grundlage für die Einschätzung, inwiefern im Falle Deutschlands von einer Teilnahme an globalisierten Arbeitsmärkten gesprochen werden kann.

- 14 Experteninterviews mit Vertretern der Arbeitgeber und ihrer Verbände, Vermittlungsagenturen, Weiterbildungsanbieter, Anerkennungsbehörden und Experten der Migrationsforschung: Die Interviews dienen u. a. dazu, Einblicke in die Entwicklung von verschiedenen Migrationsarrangements im zeitlichen Ablauf zu bekommen und Lücken in den Statistiken zu schließen.
- 17 biographisch-narrative Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften, die nach 2008 nach Deutschland gekommen sind: Aus einer biographischen Perspektive geben die Interviews Einblicke in die Migrations- und Arbeitserfahrungen und in deren Einfluss auf den betrieblichen Integrationsprozess.
- 24 narrative Interviews mit den Vorgesetzten bzw. etablierten Kollegen der neu migrierten Pflegefachkräfte sowie mit Experten aus dem betrieblichen Umfeld: Diese Interviews geben Aufschluss über die Erfahrungen und die Haltungen der Kollegen sowie der Vorgesetzten gegenüber den neu migrierten Pflegefachkräften.

In den Experteninterviews sowie in den narrativen Interviews mit den Kollegen und Vorgesetzten wurde auf einen Interviewleitfaden zurückgegriffen. Dieser wurde jedoch flexibel gehandhabt, so dass dem besonderen Erfahrungshorizont der Befragten Rechnung getragen werden konnte. Die Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften wurden dagegen mit der biographisch-narrativen Interviewmethode erhoben. Die am Anfang gestellte offene Eingangsfrage zielte auf die Entfaltung der Gesamtbiographie ab. Nach der Haupterzählung und einem internen Nachfrageteil zu bereits angesprochenen Themen wurden explizit Fragen zur Arbeitssituation sowie zu den Arbeitserfahrungen und Zukunftsplänen gestellt. Alle Interviews wurden in deutscher Sprache erhoben und digital aufgenommen. Die für die Analyse besonders gehaltvollen Interviews wurden nach der HIAT-Methode transkribiert, so dass prosodische und nicht verbale Äußerungen, parasprachliche Auffälligkeiten wie Pausen, Versprecher und Abbrüche erfasst werden konnten. Diese für die Analysephase wichtige Transkriptionsweise ermöglichte insbesondere in den biographisch-narrativen Interviews, die latente Struktur der Erzählung zu rekonstruieren (Schütze 1983, Rosenthal 2008, Przyborski/

Wohlrab-Sah 2010). Die in der Veröffentlichung aufgenommenen Interviewpassagen wurden wegen der besseren Lesbarkeit jedoch leicht überarbeitet. Alle Interviews wurden anonymisiert und mit einem von den Interviewten selbst vorgeschlagenen bzw. von dem Forschungsteam gegebenen Pseudonym versehen.

Die Samplebildung erfolgte auf unterschiedliche Art und Weise. Bei den Experteninterviews war die Expertise auf dem Feld der Pflegefachkraftmigration das ausschlaggebende Kriterium für das Heranziehen als potentielle Interviewpartner in das Untersuchungssample. Die Erhebung der narrativen Interviews mit den Kollegen und Vorgesetzten orientierte sich wiederum entlang der Einrichtungen, die neu migrierte Pflegefachkräfte eingestellt hatten. Biographisch-narrativen Interviews wurden mit den Pflegefachkräften geführt, die in den letzten Jahren aus verschiedenen EU-Ländern und Drittstaaten, namentlich aus Portugal, Spanien, Griechenland, Polen, der Tschechischen Republik, Rumänien, Bosnien und Herzegowina, Serbien, dem Kosovo, Albanien und den Philippinen nach Deutschland migriert sind. Im Bereich Krankenhaus wurden insgesamt zehn biographisch-narrative Interviews mit neu migrierten Pflegefachkräften durchgeführt, wobei der Schwerpunkt auf großen Kliniken in Hessen lag. In der stationären Altenhilfe waren zum Zeitpunkt der Interviews vier, in der ambulanten Pflege bzw. in der häuslichen Intensivpflege drei Interviewte als Pflegefachkräfte tätig.

Die interviewten elf Frauen und sechs Männer waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 24 und 48 Jahre alt. Sie hatten im Herkunftsland unterschiedliche Qualifikationen erworben, von der zweijährigen Pflegeausbildung bis hin zum Studium der Pflegewissenschaft (neun akademische Abschlüsse und acht nicht-akademische Abschlüsse). Berufliche Erfahrungen hatten sie hauptsächlich in der Pflegebranche, einige aber auch außerhalb gesammelt, und manche waren periodisch arbeitslos gewesen. Auch die im Sample enthaltenen Migrationsformen unterscheiden sich deutlich voneinander. Während einige den Anwerbeaktionen deutscher Pflegeeinrichtungen im Ausland gefolgt oder über staatliche Programme wie „Triple Win“ nach Deutschland gekommen waren, hatten sich andere erst nach der Migration in die Bundesrepublik eine Arbeitsstelle in der Pflegebranche gesucht. Wie die biographisch-narrativen Interviews allerdings zeigen, wechselten die interviewten migrierten Pflegefachkräfte im Laufe der Zeit oft zwischen den drei Pflegesektoren. Die daraus entstandene Fluktuation zwischen den Pflegesektoren und -einrichtungen charakterisiert das Sample und verdeutlicht somit die Dynamik der beruflichen Aufstiegsmobilität innerhalb der Gruppe von migrierten Pflegefachkräften.

Aufgrund des unterschiedlichen Datenmaterials erfolgte die Auswertung anhand verschiedener Methoden. Dieser Methoden-Mix hat es ermöglicht, eine differenzierte Perspektive auf den komplexen betrieblichen Integrationsprozess zu erhalten.

In der Auswertung von biographisch-narrativen Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften wurde auf die fallrekonstruktive Narrationsanalyse zurückgegriffen (Schütze 1981, 1983, 1984). So wurde zunächst die jeweilige Biographie in ihrer Besonderheit rekonstruiert und dabei analytisch herausgearbeitet, wie der individuelle betriebliche Integrationsprozess in der jeweiligen Pflegeeinrichtung verlaufen ist. Dies ermöglichte die Rekonstruktion von fallbezogenen Spannungsverhältnissen, die wiederum mit anderen Fällen verglichen wurden. Da jeder einzelne Fall Auskunft über das Verhältnis von Individuellem und Allgemeinem und somit Hinweise auf das Allgemeine im Besonderen gibt (vgl. Rosenthal 2008: 75), wurden letztendlich Typen hinsichtlich des in der Biographie eingebetteten betrieblichen Integrationsprozesses gebildet. Eine Typenbildung im gestalttheoretisch-strukturalistischen Sinne bedeutet, dass die Konstitutionsregeln des Typus zu rekonstruieren sind (ebd.: 76).

Demnach werden dann strukturell ähnliche aber auch unterschiedliche Einzelfälle miteinander verglichen (Glaser/Strauss 1967), um eine theoretische Verallgemeinerung zu ermöglichen. Solche vergleichenden Einzelfallanalysen ermöglichten die Rekonstruktion der konfliktreichen Spannungsfelder der betrieblichen Integration und der daraus erfolgten subjektiven Bewältigungsstrategien und Handlungsorientierungen. Insgesamt wurde in den analysierten Fällen eine allgemeine Grundstruktur der „ambivalenten Anpassung“ herausgearbeitet. Diese zeigt sich in unterschiedlichen Ausprägungen der Handlungsorientierung, die es ermöglichte, aus dem Datenmaterial verschiedene fallspezifische Handlungstypen zu bilden. Diese Handlungstypen lassen sich entlang der Grobindikatoren „Exit“ oder „Verbleib im Betrieb“ einordnen. Da sich die „ambivalente Anpassung“ im Kontext der spezifischen Anforderungen des jeweiligen Pflegefeldes und der jeweiligen Pflegeeinrichtung formiert und somit verschiedene arbeitsfeldspezifische Ausprägungen beinhalten kann, wurde bei der Darstellung der exemplarischen Analysen darauf geachtet, dass die im Forschungssample festgestellte typische Ambivalenz im Kontext des jeweiligen Pflegearbeitsfeldes dargestellt wird.

Da das Forschungsinteresse bezüglich der Interviews mit Kollegen und Vorgesetzten vor allem in der Erhebung ihrer Erfahrungen und Haltungen gegenüber denen der neu migrierten lag, eignete sich für die Analyse das Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Kukartz 2014). Die An-

wendung dieser Auswertungsmethode ermöglichte es, in Kombination mit MAXQDA, große Datenmengen zu kategorisieren und letztendlich typische deskriptive Aussagen für die Darstellung der Ergebnisse herauszufiltern. Dementsprechend orientiert sich die Darstellung der Forschungsergebnisse aus der Befragung der etablierten Kollegen entlang der Erläuterung der typischen Haltungen den neu migrierten Pflegefachkräften gegenüber und kennzeichnet somit die konfliktreichen Spannungsfelder. Welche Schlussfolgerungen bezüglich der Frage der betrieblichen Bindung und des Integrationsprozesses aus den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften einerseits und mit den Kollegen und Vorgesetzten andererseits gezogen werden können, wird im Fazit diskutiert.

3 Literatur

- Batnitzky, A./McDowell, L. (2011):** Migration, nursing, institutional discrimination and emotional/affective labour: ethnicity and labour stratification in the UK National Health Service. In: *Social & Cultural Geography* 12 (2): 181–201.
- Benedix, U./Medjedović, I. (2014):** Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft 06. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW).
- Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz/ Kultusministerkonferenz (2015):** Gemeinsamer Bericht der Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz „Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12. Juni 2016 und Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 24./25. Juni 2015): 1–46. www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2015/2015_06_12-Fachkraeftesicherung-im-Gesundheitswesen.pdf (28. März 2018).
- Bieräugel, R./Demireva, L./Larsen, C./Lauxen, O./Papke, J./Metzenrath, A. (2012):** Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Berichte aus der Pflege Nr. 19. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz: 1–173.
- Bonin, H./Braeseke, G./Ganserer, A. (2015):** Internationale Fachkräftesicherung in der deutschen Pflegebranche Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Braeseke, G./Merda, M./Bauer, T.K./Otten, S./Stroka, M. A./Talmann, A.E. (2013):** Migration: Chancen für die Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 8: 1119–1126.
- Bundesagentur für Arbeit (2016):** Der Arbeitsmarkt in Deutschland: Fachkräfteengpassanalyse, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Juni 2016. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) (2012):** Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012–2015: Vereinbarungstext. www.bmfsfj.de/bl/ob/78146/5f4d4fc7d5dcae799ea59c0fd534c239/vereinbarung-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive-data.pdf (28. März 2018).
- Choy, C. C. (2003):** Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History. Durham/ London: Duke University Press.

Damm, K. (2012): Prozessoptimierung und Arbeitsteilung. In: Bechtel, P./Smerdka-Arhelger, I. (Hrsg.): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag: 151–159.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2014): Abschlussbericht zum Projekt „Regionale Fachkräftesicherung in den Pflegeberufen“, erstellt im Auftrag des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie (MSAGD), Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln: 1–52.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2012): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege (DV 38/11 AF IV, 14. März).

Dietrich, U./Rößler, M./Bellmann, M./Kirch, W. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege unter besonderer Berücksichtigung der Pflege dementer Menschen. In: *Prävention und Gesundheitsforschung 10* (1): 3–10.

Georgi, F. (2007): Migrationsmanagement in Europa: Eine kritische Studie am Beispiel des International Centre for Migration Policy Development (ICMPD). Saabrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine.

Hartmann, L. (2016): Die südkoreanischen Migranten und ihre Integration in Deutschland. In: Stüwe, K./Hermannseder, E. (Hrsg.): *Migration und Integration als transnationale Herausforderung: Perspektiven aus Deutschland und Korea*. Wiesbaden: Springer 2016: 125–152.

Heimeshoff, L.-M./Hess, S./Kron, S./Schwenen, H./Trzeciak, M. (Hrsg., 2014): Grenzregime. II. Migration – Kontrolle – Wissen. Transnationale Perspektiven. Berlin u. a.: Assoziation A.

Hess, S./Kasperek, B. (Hrsg., 2010): Grenzregime. Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa. Berlin: Assoziation A.

Hess, S./Kasperek, B./Kron, S./Rodatz, M./Schwertl, M./Sontowski, S. (Hrsg., 2017): Der lange Sommer der Migration: Grenzregime III. Berlin u. a.: Assoziation A.

Joost, A. (2015): Partizipatives Führen lernen, Mitarbeiterbindung stärken – Qualifizierungen für Führungskräfte in der Altenpflege, IWAK-Forschungsberichte (13): 1–42. Frankfurt am Main.

Koch-Straube, U. (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 211–226.

Kuhlmann, E./Larsen, C. (2014): Care, Governance und Professionsentwicklung im europäischen Vergleich. In: Aulenbacher, B./Rieggraf, B./Theobald, H. (Hrsg.): *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Soziale Welt – Sonderband 20*. Baden-Baden: Nomos: 235–252.

Kuhlmann, E./Bourgeault, I. L./Larsen, C./Schofield, T. (2012): *Gending Health Human Resource Management and Policy*. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan: 72–91.

Kukartz, U. (2014): *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Larsen, C. (2016): Personalbindung geht vor -rekrutierung. Attraktive Arbeitsplätze sind das beste Rezept. In: *Praxis Pflegen* (25): 16–18.

Lauxen, O./Castello, M. (2016): Die Arbeitsmarktlage für Altenpflegefachkräfte im zeitlichen Vergleich – Ergebnisse aus dem Hessischen Pflegemonitor. In: *Pflegen 1/2*: 6–10.

Lauxen, O./Bieräugel, R. (2013): Der Hessische Pflegemonitor: Transparenz über regionale Pflegearbeitsmärkte. In: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (8): 1056–1063.

Prognos (2012): *Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.* München: vbw.

- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2010):** Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Auflage. München: Oldenbourg Verlag.
- Ratfisch, P. (2015):** Zwischen nützlichen und bedrohlichen Subjekten: Figuren der Migration im europäischen „Migrationsmanagement“ am Beispiel des Stockholmer Programms. In: movements. Journal für kritische Migrations- und Grenzregimeforschung 1 (1): 1–21.
- Reddy, S. (2015):** Nursing and Empire: Gendered Labour and Migration from India to the United States. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Rodewald, R./Funk, T./Sowa, K. (2006):** Ausbildungspotenzial Berliner Gesundheitswirtschaft: Expertise. Berlin: SPI Consult GmbH.
- Rosenthal, G. (2008):** Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 2., korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schmidt, C./Bauer, J./Schmidt, K./Bauer, M. (2015):** Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus: Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schroeter, K. R. (2006):** Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schütze, F. (1984):** Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli M./Günther R. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit: Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler: 78–117.
- Schütze, F. (1983):** Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis 13 (3): 283–293.
- Schütze, F. (1981):** Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J./Pfeifenberger, A./Stolberg, M. (Hrsg.): Biographie in Handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung: 67–156.
- Schwiter, K./Berndt, C./Schilling, L. (2014):** Ein sorgender Markt: Wie transnationale Vermittlungsagenturen für Seniorenbetreuung (Im)Mobilität, Ethnizität und Geschlecht in Wert setzen. In: Geographische Zeitschrift 102 (4): 212–231.
- Theobald, H./Szebehely, M./Pruß, M. (2013):** Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: Die Kontinuität der Berufsverläufe: Ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition sigma.
- Weimann-Sandig, N./Weihmayer, L./Wirner, L. (2016):** Quereinstiege in Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Ein Bundesländervergleich. Düsseldorf (= Study der Hans-Böckler-Stiftung 335)
- Wrede, S. (2012):** Nursing: Globalization of a female-gendered profession. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare. London: Palgrave Macmillan: 471–487.
- Yang, Y. J. (2014):** Die biographische Perspektive der Anerkennung am Beispiel einer koreanischen Krankenpflegerin. In: Krawietz, J./Vizel, S. (Hrsg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster: Westfälisches Dampfboot: 96–119.

DIE HERAUSBILDUNG EINES GLOBALISIERTEN PFLEGEARBEITSMARKTES IN DEUTSCHLAND

Sigrid Rand, Robert Pütz und Christa Larsen

1 Migration und das Entstehen globalisierter Pflegearbeitsmärkte	21
1.1 Globalisierung der Pflegearbeitsmärkte	21
1.2 Veränderungen der politisch-rechtlichen Steuerung von Migration	24
1.3 Veränderung transnationaler Migrationsarrangements durch Arbeitsmarktintermediäre	27
1.4 Zwischenfazit	29
2 Fachkräftesicherung auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten am Beispiel Deutschlands	30
2.1 Migration von Pflegefachkräften aus der EU	30
2.2 Migration von Pflegefachkräften aus Drittstaaten	35
3 Gestaltung von globalisierten Pflegearbeitsmärkten	38
3.1 Staatliche Initiierung und Unterstützung von Anwerbestrategien in der Pflegebranche	39
3.2 Privatwirtschaftlich durch Arbeitsmarktintermediäre organisierte Anwerbung von Pflegefachkräften	43
3.3 Vermarktlichungsprozesse als Ausgangspunkt für betriebliche Integration	48
4 Literatur	54

1 Migration und das Entstehen globalisierter Pflegearbeitsmärkte

Bislang hat der Pflegearbeitsmarkt in Deutschland im internationalen und europäischen Vergleich ein vergleichsweise niedriges Zuwanderungsniveau: Während in den angelsächsischen Ländern der Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräfte im Jahr 2013 24,5% (Neuseeland), 16,5% (Australien) und 7,5% (Kanada) betrug und die Schweiz und Großbritannien im europäischen Vergleich diesbezüglich an der Spitze standen (die Schweiz im Jahr 2012 mit 18,7% und Großbritannien 2014 mit 12,7%), hatten im Jahr 2010 nur 5,8% der Pflegefachkräfte in Deutschland eine Ausbildung im Ausland absolviert (OECD 2015: 118).⁴ Dies hängt z. T. damit zusammen, dass Deutschland ab 2004 nach jeder Erweiterungsrunde der EU zunächst von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, die Arbeitnehmerfreizügigkeit auszusetzen und länger auf staatlich koordinierte und unterstützte Anwerbungsaktivitäten im Pflegebereich verzichtet hat. Gegenwärtig steht die Pflegebranche aber zunehmend unter Handlungsdruck, die bisherigen Fachkräftesicherungsstrategien um die Anwerbung aus dem Ausland zu ergänzen.

In der wissenschaftlichen Debatte wird eine zunehmende Migration von Pflegefachkräften damit begründet, dass:

- neoliberale Wirtschaftsreformen zu strukturellen Veränderungen in den Gesundheitssystemen der Ziel- und Herkunftsländer und einer Globalisierung der Pflegearbeitsmärkte geführt haben und die Pflegefachkräfte darüber hinaus die eigene berufliche und fachliche Entwicklung verstärkt im globalen Kontext verorten (vgl. Kapitel 1.1),
- eine Umgestaltung der politisch-rechtlichen Steuerung von Migration und damit ein Wandel der Arbeitsmigrationsregime in den Zielländern stattgefunden hat (vgl. Kapitel 1.2) und
- internationale Arbeitsvermittlungen häufiger von professionellen Dienstleistern, Arbeitsmarktintermediären, gestaltet wird (vgl. Kapitel 1.3).

1.1 Globalisierung der Pflegearbeitsmärkte

Die globale Migration von Pflegefachkräften hat eine lange Geschichte, wurde aber durch jüngere Strukturveränderungen sowohl in Ziel- als auch in Herkunftsländern erheblich ausgeweitet. Vor allem die USA, Kanada und

⁴ Im Falle Deutschlands sind die letzten international vergleichbaren Daten für das Jahr 2010 verfügbar (OECD 2015).

Großbritannien sehen in der Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland schon länger die Möglichkeit, Fachkräfteengpässen entgegenzuwirken (Prescott/Nichter 2014, England/Henry 2013). Diese können sowohl zyklischer Natur sein – in einem bestimmten Zeitraum steigt die Nachfrage nach Pflegefachkräften, der kurzfristig nicht durch erhöhte Ausbildung oder durch andere politische Interventionen entgegengewirkt werden kann – oder aber strukturelle Ursachen haben. Letztere können für viele Länder des globalen Nordens konstatiert werden. Hier ist zum einen die gestiegene Nachfrage nach Pflege auf Grund von demographischen Prozessen zu nennen, zum anderen waren in vielen Ländern neoliberale Reformen der Gesundheitssysteme für Fachkräfteengpässe mitverantwortlich (Wrede 2012; für die Leitbilder der Reformen siehe McGregor 2001).

Eigentlich mit dem Ziel der Effizienzsteigerung in den Einrichtungen initiiert, bewirkten sie oftmals, dass sich die Arbeitsbedingungen und Bezahlung der Pflegefachkräfte verschlechterten und die Arbeitsplatzsicherheit abnahm. In der Folge wurden die Pflegeberufe weniger attraktiv, und da etliche Länder des Westens ihre Pflegeausbildung jahrelang unterfinanziert hatten (Wrede 2012, Taylor et al. 2012, Yeates 2010), konnte für viele Berufsaussteiger kein Ersatz gefunden werden. Die strukturell bedingten Ungleichgewichte bestehen noch heute und in den betroffenen Ländern nehmen Versuche zu, diese durch Anwerbung aus dem Ausland zu kompensieren.

Auch in vielen Herkunftsländern der Pflegefachkräfte wurden seit den 1980er und 1990er Jahren die Gesundheitssysteme in mehreren Wellen nach neoliberalen Leitbildern reformiert. Auslöser für die Reformen waren häufig politische und/oder Wirtschaftskrisen oder generelle Modernisierungsbedarfe in den Gesundheitssystemen. Oft wurden die Reformen von internationalen Organisationen wie der Weltbank oder der Weltgesundheitsorganisation befürwortet oder angetrieben (Chorev 2013, Armada et al. 2001) und verfolgten das Ziel, die Gesundheitsversorgung zu privatisieren und allumfassende Gesundheitsstrategien durch selektive und punktuelle Interventionen zu ersetzen, um die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsbranche zu steigern (Abramovitz/Zelnick 2010). Obwohl die Reformen je nach Land unterschiedliche Spielarten und Reichweiten hatten (bspw. Armada et al. 2001, Huber/Solt 2004 für Südamerika), gab es allgemeine Trends zu Lohnkürzungen, Einstellungsstopps oder Entlassungen im Gesundheitssektor. Diese trugen vermehrt zu Auswanderung bei und werden insgesamt für erhöhte Migration von Pflegefachkräften mit verantwortlich gemacht (Aiken et al. 2004, Abramovitz/Zelnick 2010). Diese Entwicklungen sind aber nicht nur auf die Länder des globalen Südens oder der europäischen Peripherie im Osten begrenzt, son-

dern schließen auch Länder ein, die durch die Auswirkungen der globalen Wirtschaftskrise von 2008 besonders hart getroffen wurden (z. B. Griechenland oder Spanien, vgl. OECD 2015).

Es ist zu konstatieren, dass die geographische Ausrichtung der Migration von Pflegefachkräften häufig mit historisch gewachsenen Beziehungen zwischen Staaten korreliert. Die Wurzeln reichen häufig in die Zeit des Kolonialismus und Imperialismus zurück (Choy 2003, Wrede 2012, Ball 2004, Yeates 2009, Bludau 2011, England/Henry 2013, England 2015, Reddy 2015, Lutz/Palenga-Möllennebeck 2012) – Deutschland bildet hier eine Ausnahme, was auch das hier erst spätere Einsetzen von Zuwanderung erklärt. So sind in manchen Herkunftsländern regelrechte „nurse production industries“ entstanden (Prescott/Nichter 2014, für Indien und die Philippinen vgl. Yeates 2009, Choy 2003, Reddy 2015), und zwar vor allem für die angelsächsischen Länder USA, Kanada, Neuseeland, Australien und Großbritannien (OECD 2015). Solche historisch gewachsenen Beziehungen und gegenseitige Abhängigkeiten erweisen sich häufig als sehr stabil und dauerhaft (Yeates 2010). Trotzdem aber kann sich der Status als Herkunftsland oder Zielland auch kurzfristig ändern (Wrede 2012, Aiken et al. 2004), z. B. wenn infolge von sozioökonomischen Krisen Budgetkürzungen zu Entlassungen im Gesundheitssystem führen (Dussault/Buchan 2014: 49).

Ebenso reagieren Pflegefachkräfte in den Herkunftsländern sehr schnell auf die veränderten Rahmenbedingungen für Arbeitsmigration in den Zieländern, z. B. staatliche Anwerbeabkommen oder neue Möglichkeiten für die Anerkennung von Berufsabschlüssen (Yeates 2010). Dies lässt sich z. B. für die Philippinen nachweisen: Als es für die philippinischen Pflegefachkräfte aufgrund einer Veränderung der Zuwanderungspolitik in den USA zeitweilig schwieriger wurde, Arbeitsvisa zu erhalten, steuerten sie stattdessen Singapur und Saudi Arabien an (Arends-Kuenning et al. 2015). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Länder, in denen Fachkräftemangel herrscht, Pflegefachkräfte in anderen Ländern als Ressource für eigene Fachkräftesicherung definieren, die sie durch Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für Arbeitsmigration für sich erschließen können (Glinos 2015).

Die „global nursing care chains“ (Yeates 2009) sind in den vergangenen Jahren deutlich heterogener geworden und haben sich ausgeweitet (Yeates 2005, 2010). In der Kritik stehen dabei häufig die Folgen von Abwanderung für die eigenen Gesundheitssysteme und der Trend, dies durch Zuwanderung aus wieder anderen Ländern zu kompensieren (z. B. kompensiert Jamaica die Auswanderung der einheimischen Pflegefachkräfte durch vermehrte Anwerbung aus Ländern wie Burma, Kuba, Ghana, Indien und die Russische

Föderation (Yeates 2010). In jüngerer Zeit gibt es politische Versuche, diese negativen Effekte vor allem bei den ärmsten Ländern einzudämmen. So wurde im Jahr 2010 der WHO-Verhaltenskodex für die Anwerbung von Pflegefachkräften verabschiedet (WHO 2010, Angengendt et al. 2014), der u. a. bestimmte Länder von Anwerbeprogrammen ausnimmt. Dieser ist durchaus erfolgreich, indem bspw. die Aktivitäten von professionellen Arbeitsmarktintermediären in Deutschland maßgeblich dadurch bestimmt sind (s. u.).

Dass Pflegefachkräfte ihre Arbeitskraft auf globalisierten Arbeitsmärkten anbieten, geschieht nicht nur aus der unmittelbaren Notwendigkeit der Existenzsicherung. Die Auslöser für die Migration können auch der Wunsch nach beruflichem Weiterkommen, Weiterbildungsmöglichkeiten und besseren Arbeits- und Lebensbedingungen sein (Yeates 2010, Kingma 2007, Aiken et al. 2004, Glinos et al. 2015). So berichtet Mirelle Kingma (2007), dass die Pflegefachkräfte die beruflichen Stationen in verschiedenen Ländern dazu benutzen, Kompetenzen oder Qualifikationen zu erwerben. Außerdem ist Migration für die Pflegefachkräfte oft keine dauerhafte Entscheidung, sondern stellt eine weitere berufliche Station in der globalen Karriereplanung dar (Glinos et al. 2015). Dies zu erkennen ist insbesondere für die Gestaltung von betrieblichen Integrationsprozessen und einer erfolgreichen Fachkräfte-sicherung von Bedeutung (vgl. Jürgens et al. 2017: 176 ff.).

1.2 Veränderungen der politisch-rechtlichen Steuerung von Migration

Die Migration von Pflegefachkräften findet im Rahmen eines allgemeinen Migrationsregimes statt. In den meisten Nationalstaaten werden Aufenthaltsrecht und Zugang zum nationalen Arbeitsmarkt dabei sehr restriktiv gehandhabt. In jüngerer Zeit ist in vielen Ländern des globalen Nordens darüber hinaus eine Veränderung der politischen Steuerung zu beobachten, wonach Migration zunehmend nach dem Grundsatz des ökonomischen Nutzens reguliert wird. Entsprechend ändern diese Staaten ihre rechtlichen Rahmenbedingungen, um – bei insgesamt zunehmender Abschottung – „gewünschten“ Zielgruppen den Eintritt in den Arbeitsmarkt zu erleichtern (z. B. Bach 2007 für die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Migration von Pflegefachkräften nach Großbritannien). Grundsätzlich existieren für eine solche Regulierung von Arbeitsmigration zwei Modelle (Kolb 2014):

- angebotsorientierte Steuerung der Migration über Instrumente, mit denen die Zielländer allgemeine Kriterien für den Zugang zu ihrem Arbeits-

- markt festlegen (vgl. Hinte et al. 2015 für die Punktesysteme in Kanada und Australien),
- arbeitskräftenachfragegesteuerte Gestaltung der (auch temporären) Migration über Indikatoren, die die Arbeitskräftebedarfe auf dem Arbeitsmarkt abbilden sollen (vgl. Groutsis et al. 2015).

Während Punktesysteme eher auf allgemeine „Potenziale“ von Zuwanderern (z. B. Alter, Qualifikationsniveau) zielen⁵, wird bei der arbeitskräftenachfrageorientierten Gestaltung versucht, Zuwanderung kleinteilig entlang der Bedarfe der Wirtschaft zu lenken (van den Broek et al. 2016) und damit die Effizienz der eigenen Arbeitsmärkte zu steigern (Overbeek 2002, Castles 2011). Hierdurch soll Arbeitskräftemangel in verschiedenen Sektoren und auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ausgeglichen und sichergestellt werden, dass die Unternehmen flexibel auf Schwankungen in der Arbeitskräftenachfrage reagieren können (Sporton 2013, Batnitzky/McDowell 2013). Dies erlaubt den Ländern, die in der Care-Chain-Hierarchie weiter oben stehen, Pflegefachkräfte in verschiedenen Herkunftsländern als Arbeitskraftressource zu definieren und zu versuchen, diese für die eigene Fachkräftesicherung zu nutzen.

In Deutschland fand die Liberalisierung der Arbeitsmärkte später als in anderen Ländern des globalen Nordens statt (Coe et al. 2007), viele Elemente der Arbeitsmarkt- bzw. Migrationspolitik, die die Anbindung an globalisierte Arbeitsmärkte ermöglichen, wurden im Vergleich zu anderen Ländern erst spät eingeführt. Dennoch lautet das Urteil verschiedener Beobachter, dass Deutschland seit etwa 2000 – parallel zu einem allgemeinen Wandel von einer problemorientierten zu einer potenzialorientierten Integrationspolitik (Pütz/Rodatz 2013) – einen Wandel in Richtung arbeitsmarktorientierte Migrationspolitik vollzieht (Kannankulam 2013, Buckel 2012). So wurde die in den 1990er Jahren dominierende abschottungsorientierte Ausrichtung stufenweise durch das Paradigma des „Migrationsmanagements“ (Ratfisch 2015: 7, Georgi 2007: 5) ergänzt. Dies beinhaltet eine umfassende und differenzierte Steuerung von Migrationsprozessen nach dem Grundsatz der Nützlichkeit der Migranten für die aufnehmende Gesellschaft (Kolb 2014, Georgi 2007:

5 In letzter Zeit gibt es hier Überlappungen – so wird z.B. in Kanada versucht, mit dem Punktesystem die Arbeitskräftenachfrage in bestimmten Sektoren zu steuern (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration 2015).

99f., Menz 2008). Dementsprechend wurden schrittweise Kriterien der Bildungs- und Berufsqualifikation in die Regulierung der Migration eingeführt und die Zuwanderungsmöglichkeiten von Hochqualifizierten erweitert (Ette et al. 2012).

In der Tradition der Green Card, die für die IT-Fachkräfte konzipiert wurde und die als der Anfang des fundamentalen Wandels in der deutschen Arbeitsmigrationspolitik gilt, schuf die stärkere Öffnung des deutschen Arbeitsmarktes durch die Zuwanderungs- und Aufenthaltsgesetze von 2005 vor allem Chancen für Hochqualifizierte (Ette et al. 2012, Kolb 2014).⁶ Erst später gerieten auch die Ausbildungsberufe, zu denen die Pflegeberufe gehören, ins Blickfeld der öffentlichen Fachkräftemangeldiskurse. So wurde im Jahr 2011 im Fachkräftesicherungskonzept der Bundesregierung festgehalten, dass in den Engpassberufen die qualifizierte Zuwanderung als eine wichtige Fachkräftesicherungsstrategie anzusehen ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Das ab dem 1. April 2012 geltende „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ (Anerkennungsgesetz) ermöglichte außerdem den Rechtsanspruch für die Prüfung von Berufsqualifikationen, die in den Drittstaaten erworben wurden und führte die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Ausgleichsmaßnahmen bei fehlender Gleichwertigkeit ein.⁷ Es gilt für die etwa 600 bundesrechtlich geregelten Berufe, darunter auch den der Gesundheits- und Krankenpfleger, der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie der Altenpfleger.⁸

6 Die Migration von Hochqualifizierten nach Deutschland wird über die Blue Card der EU geregelt, die in Deutschland im Jahr 2012 in die nationale Richtlinie umgesetzt wurde. Im Falle der Gesundheits- und Krankenpfleger findet sie keine Anwendung, da diese in Deutschland zu den Ausbildungsberufen zählen.

7 Die Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse der EU-Bürger konnte bereits auf der Grundlage der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) festgestellt werden (Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union 2005). Aber bereits vor der Einführung des Anerkennungsgesetzes fand Anerkennung statt. So erhielten z.B. in Hessen im Jahr 2008 164 Gesundheits- und Krankenpfleger eine Anerkennung ihrer Berufsqualifikationen (Auskunft des RP Darmstadt am 8. Oktober 2015).

8 Das Anerkennungsverfahren ist generell gebührenpflichtig, wobei sich die Höhe der Gebühren nach dem Verfahrensaufwand richtet. Dieser kann je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich ausfallen. Zusätzliche Kosten entstehen für die Übersetzung und Beglaubigung der entsprechenden Dokumente und Nachweise. Für die Berufszulassung müssen die Pflegefachkräfte zusätzlich ihre Kenntnisse der deutschen Sprache auf dem Niveau B1 bzw. B2 nachweisen sowie eine Gesundheitsprüfung absolvieren.

1.3 Veränderung transnationaler Migrationsarrangements durch Arbeitsmarktintermediäre

Obwohl der rechtliche Rahmen festlegt, wer unter welchen Bedingungen Zugang zum Arbeitsmarkt des Ziellandes hat, ist die Anwendung dieser Grundlagen in der Praxis sehr komplex (Weiß 2010: 123) und es bestehen Hürden, deren Überwindung sowohl materielle (z. B. finanzielle Mittel) als auch immaterielle Ressourcen (z. B. Kontakte, Wissen) erfordert, und zwar sowohl seitens der Migranten als auch der an Zuwanderung interessierten Arbeitgeber (Bludau 2011: 99, Csedó 2008). Insbesondere die Arbeitgeber delegieren die komplexer gewordene, globale Suche nach Fachkräften deshalb immer häufiger an zumeist private Dienstleister, sogenannte Arbeitsmarktintermediäre (Benner 2002, 2003, Schwiter et al. 2014). Diese versuchen, die migrationsbereiten Arbeitskräfte mit Hilfe verschiedener Mechanismen an die Qualifikations- und Arbeitsmarktregime der Ankunftsländer „anzudocken“ (Groutsis et al. 2015, van den Broek et al. 2016) und gestalten damit maßgeblich die Prozesse auf globalisierten Arbeitsmärkten.

Als Arbeitsmarktintermediäre gelten zunächst einmal Organisationen, die das Matching von Arbeitskraftnachfrage und -angebot als Geschäftsmodell haben (Katzis 1998, Benner 2002, Autor 2009). Klassischerweise handelt es sich hierbei z. B. um Zeitarbeitsfirmen und Arbeitsvermittlungen (Bonet et al. 2013). Daneben können aber auch andere private und öffentliche Akteure als Arbeitsmarktintermediäre bezeichnet werden, wenn ihre Aktivitäten gezielt z. B. eine Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit und der Arbeitsmarktmobilität von Arbeitskräften zum Ziel haben. Hierzu sind dann auch Aktivitäten in der Arbeitsvermittlung von Verbänden, Organisationen der Aus- und Weiterbildung (Groutsis et al. 2015) oder Institutionen des öffentlichen Sektors zu zählen, die Arbeitsvermittlungsprogramme für bestimmte arbeitsmarktpolitische Zielgruppen anbieten (Benner 2002).

Forschungsarbeiten, die sich mit der Rolle von Arbeitsmarktintermediären in Migrationsprozessen beschäftigen, weisen auf die Vielfältigkeit ihrer Erscheinungsformen und Aktivitäten hin (Sporton 2013, Findlay et al. 2013, Beaverstock et al. 2010, Faulconbridge et al. 2008). Wegen der immer komplexer werdenden rechtlichen Regulierung von Migration (mit zahlreichen Sonderbestimmungen nach Branche oder Herkunftsland) ist es ihnen gelungen, sich als fester Bestandteil der Migrationsarrangements zu etablieren (Bludau 2010): Sie können die Arbeitsmärkte in den Herkunfts- und Zielländern miteinander verbinden, indem sie die Migranten mit erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen ausstatten und sie mit Informationen

über den Arbeitsmarkt und das Lebensumfeld im Aufnahmeland versorgen (Groutsis et al. 2015, Coe et al. 2010, Sporton 2013). Gleichzeitig bauen sie Beziehungen zu den Arbeitgebern auf, um ihre Wünsche in Bezug auf Arbeitskräfte zu verstehen und im Vermittlungsprozess berücksichtigen zu können (Bludau 2010).

Die geschilderten Prozesse einer stärkeren wirtschaftspolitischen Orientierung der Migrationspolitik und Verlagerung der Gestaltung von Migrationsbewegungen an private Vermittler kann aus soziologischer Perspektive und in Anlehnung an *marketization studies* als ein Beispiel von „Vermarktlichung“ wesentlicher gesellschaftlicher Felder betrachtet werden, in diesem Falle des Feldes der Vermittlung von Pflegefachkräften. Arbeitsmarktintermediäre nehmen darin eine Schlüsselstellung ein, da sie – in der Terminologie von Çalıřkan/Callon (2010: 8) (vgl. auch Callon/Muniesa 2005, Ouma 2015) – an der Konstruktion von Arbeitskräften als Produkte sowie an der Ermittlung ihres Marktwertes maßgeblich beteiligt sind und damit zur Etablierung eines Marktes der Vermittlung von Pflegefachkräften beitragen. „Vermarktlichung“ bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass Pflegefachkräfte entlang der Anforderungen für den Arbeitsmarkt- und Berufszugang und nach den Bedürfnissen der Arbeitgeber „vorbereitet“ werden, damit sie als „fertige“ Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt platziert werden können. Zu diesem Zweck findet nicht nur die „Objektivierung“ der Pflegefachkräfte im Sinne der Produktion von marktfähigen Arbeitskräften (vgl. Callon/Muniesa 2005) statt, sondern auch die „Subjektivierung“ als der Prozess des Migrant-Werdens im Kontext des globalen Arbeitsmarktes, der mit der Herausbildung eines spezifischen Bewusstseins seitens der potenziellen Migranten einhergeht. So beschreibt Heidi Bludau (2010, 2011), wie die Pflegefachkräfte schon in den Herkunftsländern dazu angehalten werden, sich im neuen Lebens- und Arbeitskontext vorzustellen und die vom Arbeitgeber erwartete Haltung einzunehmen.

Betriebliche Integration wird hierdurch in erheblichem Maße vorstrukturiert. Denn die Objektivierung und Subjektivierung werden im Anwerbungsprozess oft von verschiedenen Arbeitsmarktintermediären übernommen, die als „culture brokers“ agieren (Bludau 2015: 96 f., Morořanu 2016: 359 ff.). In dieser Rolle sind sie während des Migrationsprozesses (und in manchen Fällen auch danach) zwischen den Arbeitskräften und dem Arbeitgeber positioniert und übernehmen die Kommunikation der Werte bzw. Vorstellungen zwischen den beiden (Bludau 2015). Damit beeinflussen sie sowohl die Vorbereitungen auf Migrationsprozesse als auch die soziale und betriebliche Integration nach der Migration: In welchen Konstellationen und Netzwerken

(Faulconbridge et al. 2008) und mit welchen Zielvorstellungen die verschiedenen Arbeitsmarktintermediäre im Migrationsprozess auftreten, hat – wie später zu sehen sein wird – Konsequenzen für die anschließende betriebliche Integration.

1.4 Zwischenfazit

Die Erkenntnisse der bisherigen Forschung zeigen, dass sich Pflegearbeitsmärkte zunehmend globalisieren. Arbeitgeber definieren Pflegefachkräfte in anderen Ländern als Ressource für ihre eigene Fachkräftesicherung, und Pflegefachkräfte verorten ihre Karrieremöglichkeiten zunehmend international. Diese Entwicklung wird in den Zielländern von arbeitsmarktorientierter rechtlicher Regulierung unterstützt, die bei erhöhter Nachfrage versucht, den Zugang zum einheimischen Pflegearbeitsmarkt für immer neue Zielgruppen aus dem Ausland zu öffnen. Durch die Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen von Pflegefachkräften in den Zielländern bleibt deren Migration aber voraussetzungsvoll. In der Folge entstehen komplexe Migrationsarrangements, in denen die Pflegefachkräfte auf ihren Einsatz im Zielland vorbereitet werden und über verschiedene Mechanismen im Anwerbungsprozess gehalten werden. Für ihre betriebliche Integration in Deutschland ergeben sich daraus folgende Rahmenbedingungen:

- Zunehmende Mobilität der Belegschaften: Die globalen Arbeitsmärkte bieten den Pflegefachkräften vielfältige Möglichkeiten, ihren Lebensunterhalt in einem anderen Land zu verdienen und ihre berufliche Entwicklung zu gestalten. Da Zielländer miteinander im globalen Wettbewerb um die Pflegefachkräfte stehen, kommt der Fachkräftebindung eine besondere Bedeutung zu.
- Zunehmende Komplexität der Migrationsarrangements: Trotz der Globalisierung der Pflegearbeitsmärkte bestehen für die Pflegefachkräfte (abhängig von ihrem Herkunftsland) erhebliche Hürden beim Arbeitsmarktzugang im Zielland und auch die Übertragbarkeit ihrer Qualifikationen und Kompetenzen bleibt voraussetzungsvoll. Die Vorbereitung der Pflegefachkräfte auf ihren Einsatz in Deutschland bleibt im Anwerbungsprozess verschiedenen Arbeitsmarktintermediären überlassen, die die Erwartungen der Arbeitgeber und Pflegefachkräfte prägen und die später den Hintergrund für die betriebliche Integration darstellen.
- Zunehmende Heterogenität der Belegschaften: Es bestehen erhebliche Unterschiede in der Ausbildung der Pflegefachkräfte, die an das Berufs-

bild im jeweiligen nationalen Gesundheits- und Sozialsystem ausgerichtet ist. Außerdem bringen die Pflegefachkräfte Erfahrungen mit unterschiedlichen organisationalen und beruflichen Hierarchien in ihren Herkunftsländern mit. Dies bedeutet, dass in den Einrichtungen verschiedene berufliche Selbstverständnisse aufeinandertreffen, die Gegenstand von Auseinandersetzungen werden können.

2 Fachkräftesicherung auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten am Beispiel Deutschlands

Wie aus international vergleichenden Statistiken hervorgeht, ist Deutschland noch weit davon entfernt, als etabliertes Zielland der globalisierten Pflegefachkräftemigration zu gelten. Dennoch hat es in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme bei der Migration von Pflegefachkräften nach Deutschland gegeben. Nachfolgend wird gezeigt, wie der Arbeitsmarktzugang auf der Ebene der Einwanderung und Anerkennung von den im Ausland erworbenen Qualifikationen für die Gesundheits- und Pflegebranche reguliert ist und welche Unterschiede es zwischen den Herkunftskategorien „EU-Mitgliedsstaat“ und „Drittstaat“⁹ gibt.

2.1 Migration von Pflegefachkräften aus der EU

Das Umdenken in Bezug auf qualifizierte Zuwanderung als Fachkräftesicherungsstrategie auch in Bezug auf die Pflegebranche fiel in die Zeit, in der die Wirtschaftskrise in Südeuropa ihre volle Wirkung entfaltete. Diese löste erhebliche Kürzungen in den Gesundheitswesen von Spanien, Portugal und Griechenland aus und führte zu Lohnkürzungen, Entlassungen oder Einstellungsstopps (Glinos et al. 2015, OECD 2015). Besonders hart trafen die Kürzungen die jungen Pflegefachkräfte, die gerade ihr Studium absolviert oder sich beruflich noch nicht ausreichend etabliert hatten. Sie waren damit eher bereit, sich beruflich im Ausland zu orientieren und standen damit im Fokus der Anwerbeaktivitäten deutscher Organisationen.

Die Anwerbung von Südeuropäern für den Pflegearbeitsmarkt in Deutschland fand über staatliche Programme (z.B. MobiPro-EU von der

⁹ „Drittstaaten“ sind Nicht-EU-Mitgliedsstaaten.

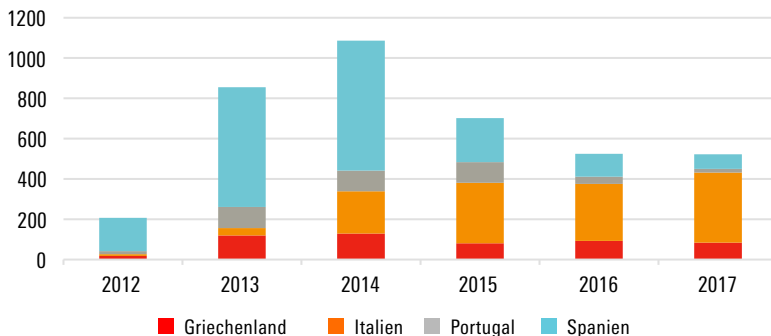
Zentralen Arbeitsvermittlungsstelle (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit oder die Hessische Anwerbungsinitiative) bzw. durch kommerzielle Anbieter statt (Zentrale Arbeitsvermittlungsstelle 2014, Bundesagentur für Arbeit 2013, Hessisches Sozialministerium 2013). Der Arbeitsmarkteintritt der Pflegefachkräfte in Deutschland wurde durch die rechtlichen Rahmenbedingungen, die die Arbeitskräftemobilität in der EU unterstützen sollten, erleichtert: Als EU-Bürger hatten sie in Deutschland Aufenthaltsrecht und erhielten laut der EU-Freizügigkeitsrichtlinie einen freien Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Außerdem sicherte die EU-Berufsanerkennungslinie (Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union 2005), die am 20. Oktober 2005 in Kraft trat, die Gleichwertigkeit der Ausbildungsinhalte in den reglementierten Berufen wie Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin und Pflegefachkraft. Somit erfolgte die Anerkennung der Qualifikationen aller EU-Bürger sowie für die Staatsangehörigen des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz schon etliche Jahre vor der Verabschiedung des Anerkennungsgesetzes. Zusätzlich zur Anerkennung von Berufsqualifikationen müssen für die Berufszulassung als Pflegefachkraft die Kenntnisse der deutschen Sprache auf B1 bzw. B2 Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens nachgewiesen werden.¹⁰

Da für die EU-Bürger das Prinzip der Freizügigkeit gilt, stehen keine Daten für die Migration aus den EU-Staaten nach Deutschland zur Verfügung. Wie viele Personen aus den südlichen EU-Staaten infolge der Wirtschaftskrise aus ihren Heimatländern nach Deutschland gekommen sind, lässt sich lediglich anhand der Anerkennungsstatistik annähernd schätzen (vgl. [Abbildung 1](#)).

Die Statistiken zeigen eine Zunahme der eröffneten Anerkennungsverfahren für Bildungszertifikate aus allen vier südeuropäischen Ländern zwischen 2012 und 2015, wobei die mit Abstand meisten Anträge von Pflegefachkräften gestellt wurden, die ihre Ausbildung in Spanien absolviert hatten. Spanien steht für ein westeuropäisches Land, dessen Gesundheitssystem von der Finanzkrise schwer getroffen wurde (OECD 2015) und so hat die Anzahl der angestrebten Anerkennungsverfahren für Qualifikationen aus Spanien zwischen 2012–2014 um das 4,5-fache zugenommen. Im Jahr 2015 jedoch ging die Anzahl der Krankenpflegekräfte, die ihre in Spanien erworbenen Qualifikationen anerkennen lassen wollten, um das Dreifache zurück und im

¹⁰ Die Anforderungen an die Sprachkenntnisse unterscheiden sich je nach Bundesland; in Hessen ist es ab 2014 möglich, die Telc-Prüfung B1 Pflege abzulegen.

Anzahl der Anerkennungsverfahren nach Ausbildungsstaat im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger aus Südeuropa, 2012–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt, Sonderauswertungen der Anerkennungsstatistik (2016–2019)

Jahr 2016 haben lediglich 105 spanische Pflegefachkräfte die Anerkennung ihrer Berufsqualifikationen beantragt. Im Jahr 2017 handelte es sich nur noch um 72 Personen.

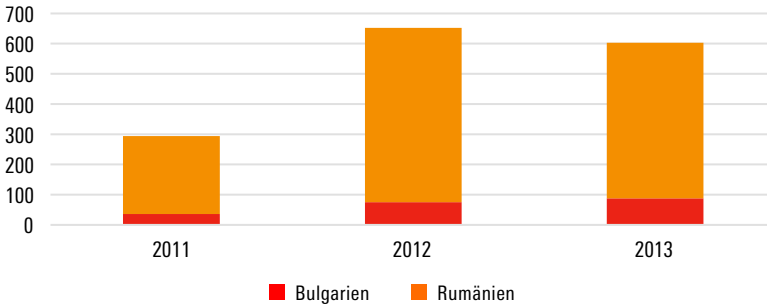
Als weiterer Beleg für die deutliche Zunahme der Anträge von Pflegefachkräften aus Südeuropa in Folge der Wirtschaftskrise können die Anerkennungszahlen aus Hessen hinzugezogen werden: Im Jahr 2009 wurden insgesamt 179 Anträge für die Anerkennung von Qualifikationen im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger eingereicht, darunter nur ein Antrag aus Spanien. Vier Jahre später, 2013 wurden 756 Anträge auf Anerkennung in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpfleger gestellt, darunter 171 aus Spanien. Während es 2009 in Hessen keine Anträge für Berufsabschlüsse aus Griechenland, Portugal und Italien gab, war Griechenland 2013 mit 33 und Portugal mit 36 Anträgen vertreten (Statistiken vom Regierungspräsidium Darmstadt)¹¹.

Neben der Migration aus den von der Wirtschaftskrise betroffenen Ländern Südeuropas sind seit den 1990er Jahren viele Pflegefachkräfte aus den

¹¹ Es ist natürlich denkbar, dass einige von den Anträgen auf Anerkennung 2012 von Pflegefachkräften gestellt wurden, die schon länger in Deutschland arbeiten und erst hier beschlossen haben, die Anerkennung ihrer Berufsqualifikationen zu beantragen. Angesichts der seit langem bestehenden Möglichkeiten der Berufsanerkennung für EU-Bürger dürfte es sich hierbei allerdings um Einzelfälle handeln.

Abbildung 2

Anzahl der Arbeitsgenehmigungen für rumänische und bulgarische Staatsbürger in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege in Deutschland, 2011–2013



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015)

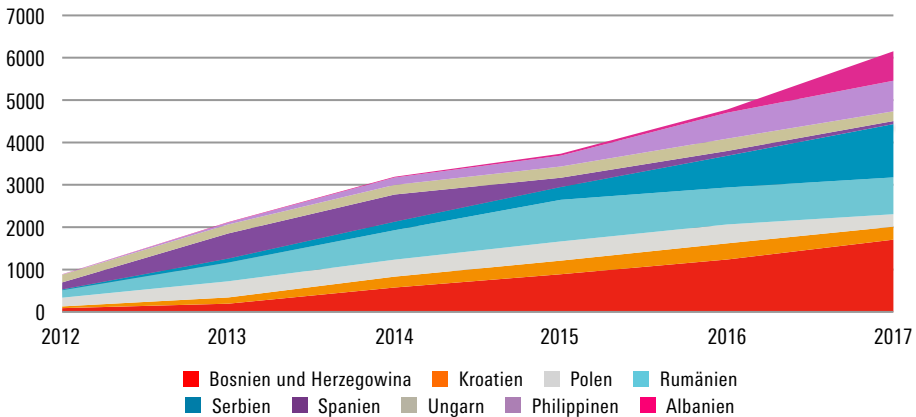
Ländern Ostmitteleuropas sowie Südosteuropas nach Deutschland gekommen.¹² Diese Migrationsbewegungen wurden durch die transformationsbedingten politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen befördert. Für die jüngere Migration aus den neuen EU-Beitrittsländern Rumänien, Bulgarien (2012) und Kroatien (2013) liegen Statistiken nur für die Übergangszeit vor, in der Deutschland seinen Arbeitsmarkt für diese Länder noch nicht geöffnet hatte.¹³

Abbildung 2 zeigt, dass der EU-Beitritt Bulgariens und Rumäniens am 1. Januar 2012 mit einer Verdoppelung der Arbeitsgenehmigungen für ihre Staatsbürger in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege einherging, wobei die Zuwanderung aus Rumänien auf einem deutlich höheren Niveau stattfand. Die Migration von Pflegefachkräften aus Kroatien war schon seit ihrem EU-Beitritt am 1. Juli 2013 vergleichsweise

12 Ein Hinweis darauf lässt sich in der Anerkennungsstatistik des Regierungspräsidiums Darmstadt finden: Die Tabelle der Ausbildungsstaaten in den Neuanträgen im Jahr 2009 führen neben der ehemaligen UdSSR (34 Anträge) ehemaliges Jugoslawien (27), Polen (25), Ungarn (19), Rumänien (16), Bulgarien (8) und die Slowakei (4) an (Regierungspräsidium Darmstadt).

13 Wegen der Veränderungen in der Klassifikation der Berufe (KldB) im Jahr 2010 können keine längeren Zeitreihen gebildet werden.

Die fünf häufigsten Ausbildungsstaaten für den Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger in allen Anerkennungsverfahren in Deutschland, 2012–2017



Quelle: Statistisches Bundesamt, Sonderauswertungen der Anerkennungsstatistik (2016–2019)

hoch: Im ersten Halbjahr ihrer EU-Mitgliedschaft erhielten die kroatischen Staatsbürger 333 Arbeitsgenehmigungen in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege. Im Jahr 2014 waren es bereits 690 Pflegefachkräfte, denen der Zugang zum deutschen Pflegearbeitsmarkt ermöglicht wurde.¹⁴

Bei Anerkennungen aus den neueren EU-Beitrittsländern muss angemerkt werden, dass der Grundsatz der automatischen Anerkennung der Berufsqualifikationen nach der Berufsqualifikationsrichtlinie der EU auf Berufsabschlüsse zutrifft, die seit dem EU-Beitritt erworben wurden. Damit können die Auflagen für die Anerkennung der Berufsabschlüsse aus dem Ausland für die Angehörigen der neuen Beitrittsstaaten etwas höher ausfallen, weil sie eventuell Ausgleichsmaßnahmen wie Eignungsprüfung oder Anpassungslehrgängen unterliegen.

Die Rangfolge der häufigsten Ausbildungsstaaten wird mittlerweile von Drittstaaten dominiert (vgl. [Abbildung 3](#)), genauer von Bosnien-Herzegowi-

¹⁴ Rumänien und Bulgarien traten 2011 der EU bei. Bis zum 31. Dezember 2013 benötigten deren Bürger für Deutschland eine Arbeitsgenehmigung. Kroatien trat am 1. Juli 2013 der EU bei, die kroatischen Staatsbürger erhielten am 1. Juli 2015 freien Zutritt zum deutschen Arbeitsmarkt.

na, Serbien, den Philippinen und Albanien. Als einziger EU-Mitgliedsstaat ist Rumänien unter den fünf häufigsten Ausbildungsstaaten vertreten.

Die Anzahl der angestrebten Anerkennungsverfahren im Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger gibt erste Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeitsmigration von Pflegefachkräften aus den EU-Staaten nach Deutschland in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat.

Die 2014 stark angestiegene Zahl der Anträge aus Bosnien-Herzegowina ist mit dem Anwerbeabkommen zu erklären, das in diesem Jahr abgeschlossen wurde. Seitdem ist jedes Jahr ein deutlicher Anstieg in der Antragsstellung zu beobachten. War Bosnien-Herzegowina bis 2014 der einzige Drittstaat unter den fünf häufigsten Ausbildungsstaaten, sind 2015 Serbien, 2016 die Philippinen und 2017 Albanien in diese Gruppe aufgestiegen. Im nächsten Abschnitt wird die Migration von Pflegefachkräften aus Drittstaaten näher betrachtet.

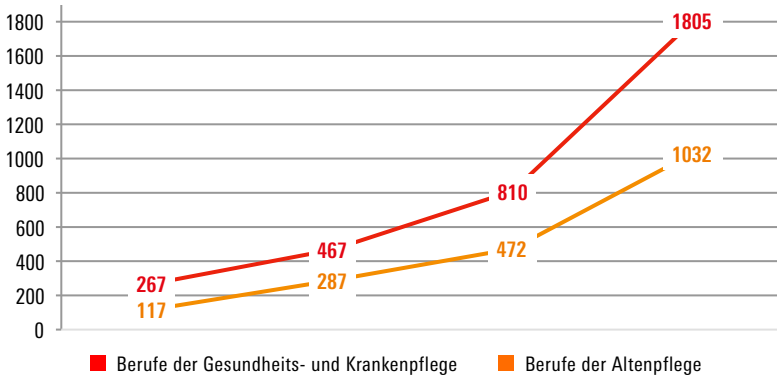
2.2 Migration von Pflegefachkräften aus Drittstaaten

Die Migration von Pflegefachkräften aus den Drittstaaten wird deutlich stärker reguliert als die der EU-Bürger – sie unterliegt den Begrenzungen auf der Ebene der Einreise und des Aufenthaltes. Gleichzeitig bestehen Erleichterungen, die aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflegebranche eingeführt worden sind. Über § 18 der Beschäftigungsverordnung vom 1. Juli 2013 erhalten Pflegefachkräfte aus den Drittstaaten vereinfachten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt, wenn:

- sie eine mindestens zweijährige Berufsausbildung vorweisen können, die zum deutschen Berufsabschluss gleichwertig ist,
- ihre Beschäftigungsbedingungen denen inländischer Pflegefachkräfte entsprechen,
- die zu besetzende Stelle in der Jobbörse der Bundesagentur für Arbeit (BA) veröffentlicht ist oder die betreffende Person von der BA für Arbeit aufgrund einer Absprache mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes vermittelt wurde.

Letztere Absprachen bestehen seit 2013 mit Bosnien-Herzegowina, Serbien und den Philippinen. Zusätzlich wird gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 der Beschäftigungsverordnung verlangt, dass der Beruf auf der Positivliste der BA steht. Diese wird halbjährlich auf der Grundlage der Fachkräfteengpassanalyse erstellt und listet Berufe auf, in denen es einen Fachkräftemangel gibt und

Zustimmungen für Drittstaatsangehörige nach ausgewählten beruflichen Tätigkeiten (KldB 2010) in Deutschland, 2011–2014



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015)

somit die Besetzung der Stellen mit ausländischen Bewerbern als „arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar“ gilt (Bundesagentur für Arbeit 2016: 19).

Die Steuerung der Arbeitsmigration über die Positivliste der BA reflektiert die hohe Priorität des Matchings in der deutschen Arbeitsmarktpolitik – die Bestrebung, Arbeitsangebot und -nachfrage optimal aufeinander abzustimmen. In der aktuellen Liste der BA werden unter anderem die Berufe in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Fachkrankenpflege aufgeführt.

Eine weitere Einschränkung des Arbeitsmarktzugangs erfahren Drittstaatsangehörige, deren Herkunftsland auf der Liste der WHO-Länder steht, aus denen keine Pflegefachkräfte angeworben werden sollen.¹⁵ In diesem Fall darf nur die BA die Fachkräfte anwerben oder vermitteln (Angenendt et al. 2014).

¹⁵ www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf?ua=1 (28. März 2018). Diese Liste gilt nur für Anwerbung aus diesen Staaten und spielt im Falle einer Zuwanderung aus Eigeninitiative keine Rolle.

Dass der Zuzug von Pflegefachkräften aus Drittstaaten durch die sukzessive Einführung von Erleichterungen zugenommen hat, veranschaulicht **Abbildung 4**. Sie zeigt zudem, dass es deutlich mehr Arbeitskräfte gibt, die in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege eine Zustimmung¹⁶ erhalten als in den Berufen der Altenpflege; dennoch nimmt auch da die Anzahl der Zustimmungen für Drittstaatsangehörige zu. Darüber hinaus steigt der Anteil der Pflegefachkräfte an allen Zustimmungen, die an Drittstaatsangehörige erteilt werden, kontinuierlich. Wurden im Jahr 2011 noch 0,4% aller Zustimmungen für Drittstaatsangehörige für die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege erteilt, waren es im Jahr 2014 bereits 2,7%. Eine ähnliche Tendenz ist für Berufe der Altenpflege zu verzeichnen, wenn auch auf niedrigerem Niveau (0,2% aller Zustimmungen im Jahr 2011 und 1,5% im Jahr 2014) (Sonderauswertung der BA).

Bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen unterliegen die Anträge von Drittstaatsangehörigen immer einer Einzelfallprüfung. Dabei soll festgestellt werden, ob die Ausbildungsinhalte der deutschen Fachkraftausbildung entsprechen. Kann aufgrund von Abweichungen keine volle Gleichwertigkeit festgestellt werden, erfolgt die Auflage einer Ausgleichsmaßnahme, die aus einem Anpassungslehrgang oder einer Kenntnisprüfung besteht. Die Anerkennungsstatistik zeigt, dass die meisten Anerkennungsanträge immer noch von EU-Bürgern gestellt werden, dass der Anteil der Drittstaatsangehörigen aber kontinuierlich wächst, was auf eine zunehmende Globalisierung des Pflegearbeitsmarktes verweist. Machten die Anträge von Drittstaatsangehörigen im Jahr 2012 noch 30,7% aller Anträge aus, waren es im Jahr 2013 schon 32,3%, 2014 35,8%, 2015 43,9%, 2016 56,3% und 2017 68,9% (Sonderauswertung der Anerkennungsstatistik). Anders als bei den EU-Bürgern müssen die Drittstaatsangehörigen die Ausgleichsmaßnahmen innerhalb von 18 Monaten abschließen und das erforderliche Sprachniveau erreichen, um weiterhin in Deutschland bleiben zu können.

16 Damit Arbeitnehmer aus Drittstaaten einen Aufenthaltstitel erhalten, der die Ausübung einer Beschäftigung erlaubt, ist eine Zustimmung der BA erforderlich. Diese wird durch die Zentrale Arbeits- und Fachvermittlung (ZAV) durchgeführt und besteht aus der „Vorrangprüfung“ – hierbei wird ermittelt, ob es für eine konkrete Arbeitsstelle geeignete und „bevorrechtigte“ Arbeitnehmer mit deutscher Staatsangehörigkeit, EU-Bürger oder Drittstaatsangehörige mit einem rechtmäßigen Aufenthalt gibt – und der Prüfung der Arbeitsbedingungen. Hierbei wird festgestellt, ob Entlohnung, Arbeitszeit und Urlaubsanspruch denen deutscher Arbeitnehmern entsprechen. Im Falle von sogenannten Mangelberufen, die auf der Positivliste der BA stehen, entfällt die Vorrangprüfung (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2014a: 19, 67).

Schließlich kann der Stellenwert der Arbeitskräftemigration in der Pflegebranche auch durch die Gegenüberstellung von Anerkennungs- und Absolventenzahlen verdeutlicht werden. In den Jahren 2014–2016 haben 7.679 Auszubildende in Hessen eine staatliche Abschlussprüfung in einem Pflegeausbildungsberuf bestanden¹⁷. In demselben Zeitraum wurden in Hessen insgesamt 1.905 Anträge auf Anerkennung einer im Ausland absolvierten Ausbildung in einem Pflegefachberuf positiv beschieden, also knapp 25 % der im Land ausgebildeten Kräfte.¹⁸

Auch wenn die Fachkräftebedarfe durch die Pflegefachkräfte aus dem Ausland keineswegs abgedeckt werden, liefert die Datenanalyse wertvolle Anhaltspunkte dafür, dass Deutschland als Zielland der globalen Arbeitskräftemigration stark an Bedeutung gewonnen hat. Aus den Experteninterviews geht ebenfalls hervor, dass sich die Anwerbung und Vorbereitung der Pflegefachkräfte zu einem Geschäftsfeld entwickelt hat, das immer weitere Akteure anzieht. Wie die Migrationsprozesse ausgestaltet sind und welche Rolle die Arbeitsmarktintermediäre darin spielen, wird im nachfolgenden Kapitel erläutert.

3 Gestaltung von globalisierten Pflegearbeitsmärkten

Wie gezeigt, zeichnen sich globalisierte Pflegearbeitsmärkte durch eine erhöhte Mobilität der Pflegearbeitskräfte und eine zunehmende Vermarktlichung der Anwerbung aus. Die Migrationsbewegungen sind dabei stark von den sozioökonomischen, politischen und legislativen Rahmenbedingungen sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielländern abhängig und können sich im Laufe der Zeit verändern (Wrede 2012).

Im Folgenden wird am Beispiel Deutschlands verdeutlicht, wie sich neue Zielländer für die Arbeitsmigration von Pflegefachkräften etablieren und welche Migrationsarrangements dabei entstehen. Es zeigt sich, dass staatliche Initiativen eine zentrale Rolle bei der Globalisierung von bislang national oder regional orientierten Pflegearbeitsmärkten spielen, da sie den Weg für privatwirtschaftliche Initiativen ebnen. Dass die konkrete Ausgestaltung von globalisierten Arbeitsmärkten mit Batnitzky/McDowell (2013: 1999 ff.) immer noch auch regional bzw. lokal erfolgt, illustriert das Beispiel Hessen.

¹⁷ Daten aus www.hessischer-pflege-monitor.de.

¹⁸ Regierungspräsidium Darmstadt.

Es wird dargestellt, wie im Prozess der Globalisierung der regionalen/lokalen Pflegearbeitsmärkte die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland durch staatliche Initiativen organisiert wurde (vgl. Kapitel 3.1.), in der Arbeitsvermittlung aber schnell eine Vermarktlichung stattfand (vgl. Kapitel 3.2.). Das konzeptionelle Verständnis der Vorbereitung der Pflegefachkräfte auf die spätere berufliche Tätigkeit als „Herstellung marktfähiger Objekte und Subjekte“ (vgl. Kapitel 3.3.) erleichtert es, die hierauf beruhenden betrieblichen Integrationsprozesse einzuordnen (vgl. die Beiträge von Kontos et al. und Rand et al. in diesem Band).

3.1 Staatliche Initiierung und Unterstützung von Anwerbestrategien in der Pflegebranche

Deutschland hat im Zuge einer kontinuierlichen Veränderung der Migrationskontrolle (vgl. hierzu allgemein Hess und Kasperek 2010, Heimeshoff et al. 2014 und Hess et al. 2017) den regulatorischen Rahmen für Zuwanderung vor allem seit 2005 schrittweise an die Arbeitskräftebedarfe der Wirtschaft angepasst und dabei auch für die „Engpassberufe“ der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege Erleichterungen eingeführt. Gerade am Beispiel der Pflegefachkräfte lässt sich nachweisen, dass sich die Rolle des Staates aber nicht nur auf die Schaffung eines regulatorischen Rahmens beschränkt, sondern auch gezielte Maßnahmen zur Vorbereitung und Unterstützung konkreter Anwerbungsinitiativen beinhaltet. Solche staatlich gesteuerten Anwerbeinitiativen sollten Deutschland als Zielland auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten etablieren. Darüber hinaus sollen den Betrieben Wege für ihre Fachkräftesicherung über Anwerbung aufgezeigt und eröffnet werden.

Eine der ersten Bundesinitiativen für die Unterstützung der Anwerbung von Fachkräften stellte MobiPro-EU dar (Bundesagentur für Arbeit 2013). Für das Programm qualifizierten sich Jugendliche im Alter von 18 bis 35 Jahren, die in einem EU-Mitgliedsstaat arbeitslos gemeldet waren und in Deutschland eine qualifizierte Beschäftigung in einem Mangelberuf aufnehmen wollten.

Das Programm stand sowohl staatlichen als auch privatwirtschaftlichen Projektträgern offen und in seinem Rahmen wurden die Kosten für Sprachkurse, Umzüge und Anerkennungsverfahren in reglementierten Engpassberufen für Teilnehmer bzw. Projektträger übernommen. Verhalf das Programm im Jahr 2013 282 Pflegefachkräften zu einer Tätigkeit in Deutschland,

waren es im Jahr 2014 bereits 436 Pflegefachkräfte (Auskunft der ZAV Pressestelle am 30. April 2015).¹⁹

Für die Anwerbung von Pflegefachkräften aus den Drittstaaten hat die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Jahr 2012 das Programm TripleWin ins Leben gerufen, das sich ausschließlich auf Herkunftsländer konzentriert, mit denen Deutschland ein bilaterales Anwerbeabkommen hat (z. B. Philippinen, Bosnien-Herzegowina, Serbien). Anwerbung von Fachkräften für den deutschen Arbeitsmarkt wird so mit Entwicklungspolitik verknüpft. Weitere bundesweite Initiativen werben Pflegefachkräfte aus China für stationäre Altenpflegeeinrichtungen an (Arbeitgeberverband Pflege in Kooperation mit der ZAV, seit 2013) oder bilden bereits qualifizierte Pflegefachkräfte aus Vietnam nach deutschen Ausbildungsstandards zum examinierten Altenpfleger/zur examinierten Altenpflegerin aus (BMWi zusammen mit der GIZ, seit 2013).

Einige Bundesländer gehen über die Bundesprogramme hinaus und legen eigene Programme zur Fachkräftegewinnung auf. So hatte die hessische Landesregierung bereits im Jahr 2012 eine Initiative zur Anwerbung von jungen arbeitslosen Pflegefachkräften aus der Autonomen Region Madrid für hessische Altenpflegeeinrichtungen gestartet. Das Modellprojekt wurde in Zusammenarbeit mit der Regionaldirektion Hessen der Bundesagentur für Arbeit, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste aufgesetzt (Hessisches Sozialministerium 2013). Die Sprachkurse wurden dabei vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) übernommen und das MobiPro-EU Projekt bezuschusste die Umzugskosten der Pflegefachkräfte. Die Anwerbungsinitiative koordinierte die Aktivitäten der beteiligten Akteure: Sie bündelte die Arbeitskräftebedarfe der Altenpflegeeinrichtungen in Hessen, begleitete die Einrichtungen auf eine Jobmesse in Madrid und entwickelte in Zusammenarbeit mit dem Regierungspräsidium Darmstadt, das für die Anerkennung der Qualifikationen aus dem Ausland zuständig ist, einen speziell auf den Pflegebereich abgestimmten Sprachkurs, der mit der Prüfung Telc B1 Pflege abschließt.

In all diesen exemplarisch beschriebenen Initiativen und Pilotprojekten staatlicher Akteure sind die Zahlen der Pflegefachkräfte, die für den deutschen Pflegearbeitsmarkt gewonnen wurden, klein im Vergleich zu den Ar-

19 Seit der Novellierung von MobiPro-EU 2015 werden nur noch Personen gefördert, die eine Ausbildung in Deutschland aufnehmen. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms stammen aus Spanien (29 von 54 im Jahr 2015 und 139 von 215 im Jahr 2016) (Auskunft der ZAV Pressestelle am 14. Dezember 2016).

beitskräftebedarfen: So fanden sich in Spanien statt der erhofften 150 nur 52 Pflegefachkräfte, die eine Stelle bei einer hessischen Altenpflegeeinrichtung annahmen. Die wesentliche Leistung der staatlichen Programme bestand aber darin, in der Anfangsphase der Anwerbung die Platzierung Deutschlands als ein Zielland für Pflegefachkräfte vorzubereiten. Für die Anwerbungsinitiativen wurden Länder ausgesucht, in denen die Arbeitslosigkeit unter Jugendlichen bzw. unter Pflegefachkräften hoch war (z. B. Griechenland oder Spanien, die besonders schwer von der sozioökonomischen Krise betroffen waren) oder die schon eine lange Geschichte der Pflegefachkräftemigration hatten (z. B. die Philippinen).

Bei der Erschließung der wahrgenommenen oder vermuteten Arbeitskräfteangebote im Ausland besteht die Hauptleistung der staatlichen Stellen in den Anwerbungsinitiativen darin, dass sie:

- die Fachkräftebedarfe in Deutschland mit den Fachkräfteangeboten im EU-Ausland entlang des Grundsatzes der EU-Arbeitskräftemobilität zusammenbringen (z. B. organisiert die ZAV gemeinsam mit EURES Jobmessen im EU-Ausland),
- die formalen und organisatorischen Aspekte im Anwerbungsprozess aus den Drittstaaten, die bei den Arbeitgebern oft als große Hürden gelten, systematisch aufarbeiten und verschiedenen Akteuren zugänglich machen (z. B. Checklisten für die Anwerbung, sprachliche und fachliche Vorbereitung im Herkunftsland, das Beantragen der Aufenthaltserlaubnis und der Arbeitsmarktzulassung in Deutschland, vgl. Peters et al. 2016),
- in den Projekten Plattformen schaffen, auf denen einrichtungsübergreifende Absprachen zwischen Einrichtungen getroffen werden können (z. B. wurde bei der hessischen Anwerbungsinitiative vereinbart, unter welchen Bedingungen die Sprachkurse in der Einarbeitungsphase fortgeführt werden konnten).

Hatten in den 1960er und 1970er Jahren die Abkommen zur Anwerbung von Bergarbeitern und Krankenschwestern aus der Republik Korea noch zum Ziel, das Entstehen von privatwirtschaftlichem Gewerbe (z. B. das Anbieten von Vermittlungsleistungen) im Anwerbungsprozess zu verhindern (Hartmann 2016: 129), sind die gegenwärtigen Initiativen dadurch gekennzeichnet, dass privatwirtschaftliche Akteure gezielt einbezogen werden.²⁰ Für die

20 Private können als Projektträger und Treuhänder bei staatlichen Initiativen auftreten (z. B. Randstad bei MobiPro-EU) oder haben Mitspracherecht bei deren Gestaltung (z. B. Verbände der Leistungserbringer in der hessischen Anwerbungsinitiative).

Arrangements, die den Anwerbungsprozess gestalten und so stabilisieren sollen, dass Pflegefachkräfte sich über mehrere Monate hinweg auf den Einsatz in Deutschland vorbereiten, werden transnationale Allianzen aufgebaut bzw. bereits bestehende Netzwerke genutzt (vgl. Coe et al. 2007, Faulconbridge 2008, Sporton 2013). In Hessen setzen sich diese aus unterschiedlichen Akteursgruppen zusammen:

- Staatliche Akteure: Das Hessische Sozialministerium, das Hessische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung²¹, das Regierungspräsidium Darmstadt und die Regionaldirektion Frankfurt der Bundesagentur für Arbeit, die auf Unterstützung durch ihre Partnerorganisationen in Spanien zurückgreifen konnten.
- Vertreter der Leistungserbringer: Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste berieten im Anwerbungsprozess ihre Mitglieder, eruierten deren Arbeitskräftebedarfe und kommunizierten diese in Netzwerken.
- Anbieter von Sprachkursen in Deutschland: Das StartHaus Offenbach war daran beteiligt, die Standards für die Anerkennung der Sprachkompetenzen zu setzen.

Die in diesem Netzwerk etablierten Pfade der Arbeitskräftemobilität sollten nicht nur für die Anwerbung von Pflegefachkräften genutzt werden, sondern später sowohl auf andere Berufsgruppen mit Fachkräftemangel übertragen werden (zunächst v. a. auf das Handwerk) bzw. zum späteren Zeitpunkt auch andere Herkunftsländer einschließen.

Dass die staatlichen Akteure und Interessenvertretungen sich als Gestalter der Rahmenbedingungen und Initiatoren für die Anwerbung von Fachkräften sahen und die konkrete Umsetzung als Aufgabe der Einrichtungen, zeigt das folgende Zitat:

„Ich würde jederzeit eine positive Bewertung des Projektes ziehen, für uns als Verband. Auch für die Landesregierung und für die Etablierung der Strukturen. [...] Wir haben ein mit dem Arbeitsamt abgestimmte Rückzahlungsverpflichtung den Einrichtungen angeboten. [...] Etliche unserer Einrichtungen haben diese Rückzahlungsgeschichte auch überhaupt nicht gemacht. [...] Wir haben nur das als Angebot, also als Verband versuchen wir als Dienstleistung das zu organisieren, dass es die Unternehmen machen können, aber **wie** sie es dann machen ist einfach deren Sache.“ (Vertreter eines Verbandes der Leistungserbringer, Hessen)

21 Seit 2014 Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Landesentwicklung.

Trotz der langfristigen Perspektive, Anwerbung von Pflegefachkräften als eine Fachkräftesicherungsstrategie zu etablieren, war die Beteiligung durch den Staat – ähnlich wie in den anderen Pilotprojekten – nicht auf Dauer eingeplant. Das Ziel der meisten Initiativen war somit nicht die langfristige und groß angelegte Verstetigung der staatlichen Anstrengungen in der Fachkräftesicherung, sondern die eigenständige Sicherstellung von Fachkräftebedarfen durch Marktakteure:

„Darüber hinaus verhandeln deutsche Pflegeeinrichtungen bereits über die Durchführung von Kooperationen mit vietnamesischen Partneereinrichtungen. Diese sollen in die Lage versetzt werden, den im Modellvorhaben aufgezogenen Weg möglichst autonom zu gehen.“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2014b: 26)

Im nächsten Abschnitt wird dargestellt, wie privatwirtschaftliche Akteure diesen durch staatliche Regulierungen und Initiativen vorbereiteten Weg weiterentwickelt und verstetigt haben.

3.2 Privatwirtschaftlich durch Arbeitsmarktintermediäre organisierte Anwerbung von Pflegefachkräften

Anwerbung, Zuwanderung und Vermittlung von Pflegefachkräften nach Deutschland erfolgen zunehmend marktförmig. Diese Vermarktlichung wird von staatlichen Regulierungen gerahmt und von staatlichen (Pilot-)Initiativen angestoßen, um dann sowohl von den Pflegeeinrichtungen als auch den Arbeitsmarktintermediären fortgeführt und intensiviert werden zu können. Die Pflegeeinrichtungen sehen darin die Möglichkeit, die eigenen Fachkräftebedarfe zu decken, die Arbeitsmarktintermediäre haben – angeregt durch die Prognosen zur zukünftigen Entwicklung des Fachkräftemangels in der Pflege – das Ziel, aus der Vermittlung von Pflegefachkräften aus dem Ausland ein profitables Geschäftsfeld zu entwickeln und langfristig zu bedienen.

In Hessen bestätigt sich die enge Verzahnung staatlicher und privatwirtschaftlicher Aktivitäten in Prozessen der Vermarktlichung (vgl. Boeckler/Berndt 2012: 425 f., Çalışkan/Callon 2010: 2 f.). So haben die von staatlichen Institutionen auf Länder- und Regierungsbezirksebene initiierten Anwerbeabkommen und die daraus folgende mediale Präsenz des Themas dazu geführt, dass die Betriebe die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als Ergänzung der traditionellen Strategien der Fachkräftegewinnung

(z. B. Ausbildung und Nachqualifizierung) übernommen haben.²² In der Folge definieren sie neben den üblichen Zielgruppen wie den einheimischen Jugendlichen oder der stillen Reserve auch die jungen Hochschulabsolventen im europäischen Ausland bzw. in den bevölkerungsstarken asiatischen Ländern als potenzielle Arbeitskräfte:

„Ich bin sehr überzeugt: Die Häuser, die sozusagen eine Arbeitsmarktsicherheit entwickeln wollen für die Zukunft, tun gut daran, sich Schritt für Schritt auf den Weg zu machen, eben die Auszubildenden *da* zu generieren, wo es eine für uns unvorstellbare Menge an jungen Menschen gibt. Und das ist der asiatische Raum.“ (Führungskraft, Krankenhaus I, Hessen)

Vermarktlichung kann als Prozess der “designing, implementing and reproducing specific socio-technical arrangements that perform a calculated and monetized exchange of goods and services” verstanden werden (Berndt 2015: 4 f.). Im Bereich der Vermarktlichung der Arbeitsvermittlung von Pflegefachkräften wurden solche Anwerbungsarrangements, bestehend aus dem regulativen Rahmen, administrativen Zuständigkeiten und Netzwerken von verschiedenen Akteuren in den staatlichen Initiativen beispielhaft erprobt. An den hier gesammelten Erfahrungen konnte sich anschließend ein breiterer Kreis privatwirtschaftlicher Akteure orientieren. Hierzu zählen sowohl Einrichtungen der Pflege – Krankenhäuser, Altenpflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste – als auch vor allem private Arbeitsmarktintermediäre, zu denen Zeitarbeits- und Arbeitsvermittlungsunternehmen zählen. Diese entdeckten um 2012 die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als ein neues und zukunftssträchtiges Geschäftsfeld und bauten ihr Dienstleistungsangebot dementsprechend aus. Dies wurde dadurch befördert, dass die meisten Arbeitgeber ihre eigenen Anwerbungsaktivitäten nach den ersten Versuchen aufgaben und die Rekrutierung an privatwirtschaftliche oder quasi-privatwirtschaftliche (z. B. die GIZ) Akteure übertrugen. Daneben gab es Fälle, in denen Pflegeeinrichtungen aus der Anwerbung von Fachkräften ein eigenes Geschäftsfeld entwickelten und sich die Rollen des Leistungserbringers und des Arbeitsmarktintermediärs vermischten:

„Erst für den Eigenbedarf und dann haben wir gesehen, wie viel Arbeit das eigentlich ist und wie viel Energie da drinsteckt. Und dann haben wir gesagt, ‚Okay, das Problem, das wir haben, haben noch genügend andere auch.‘ Und

22 Eine wichtige Rolle spielte dabei, dass sie über ein Jahrzehnt durch den Hessischen Pflegemonitor (www.hessischer-pflegemonitor.de), der die aktuellen und zukünftigen Fachkräftengpässe in der Pflegebranche errechnet, für den bevorstehenden Fachkräftemangel sensibilisiert worden waren.

dann haben wir daraus ein Geschäftsmodell gemacht. Haben gesagt: ‚Okay, was uns gut tut, tut anderen gut. Und wenn wir es denn einmal machen, die ganze Arbeit, dann können wir’s auch für andere machen.‘“ (Einrichtungsleiter, Altenpflegeeinrichtung, Hessen)

Geographisch beschränken sich die Vermittlungsaktivitäten der meisten Arbeitsmarktintermediäre nach eigenen Angaben auf die Mitgliedsstaaten der EU, deren Bürger von der automatischen Anerkennung ihrer Pflegeausbildung und der Freizügigkeit profitieren können. Auch sind bürokratische Hürden geringer und damit die Vermittlungsaufgaben weniger komplex. Dies demonstriert das Beispiel einer Unternehmensberatung, die Pflegefachkräfte aus der Ukraine anwerben und vermitteln will. Ihr Geschäftsplan scheitert daran, dass Pflegefachkräfte aus einem Drittstaat eine Zustimmung der BA für die Beschäftigungsaufnahme in einem Engpassberuf erhalten sollen, ihre Einstellung bis zur Anerkennung der ausländischen Berufsqualifikation aber als Pflegehelfer erfolgen muss – in einem Bereich, in dem allerdings kein Arbeitskräftemangel herrscht. Die von uns interviewten Experten schildern, wie ihnen das Fehlen einer allgemeinverbindlichen Praxis beim Umgang mit dieser Diskrepanz die Geschäftsgrundlage entzieht und betonen, dass sie ihr Geschäftsfeld unabhängig von der staatlich begleiteten Anwerbung aufbauen wollen:

„Die [ZAV] haben dann auch noch davon berichtet, dass es bestimmte Projekte gibt, die auf der Bundesebene durchgeführt werden und wo es Ausnahmeregelungen gibt. Zum Beispiel mit Menschen aus Thailand und von den Philippinen. Und diese Projekte, wie gesagt, da gab’s Ausnahmegenehmigungen, da konnten dann tatsächlich – vor allen Dingen Frauen waren’s – konnten als Hilfskräfte erst einmal eingestellt werden, aber nur im Rahmen dieses Projektes, weil es dann eben ein Pilotprojekt war. Und die sprachen davon, dass wir natürlich auch so was machen könnten und versuchen könnten, da auch ein entsprechendes Projekt aufzusetzen, und-und-und. So richtig Lust habe ich dazu nicht. Eigentlich wollen wir damit Geld verdienen und nicht da irgendwo jetzt ein riesen neues Forschungsprojekt oder was auch immer zu beginnen, wo wir dann auch noch immer das Problem haben werden, da gibt es womöglich schon so was. Wenn’s schon mal was gibt, dann wird’s nicht mehr gefördert, und-und-und.“ (Geschäftsführer, Unternehmensberatung, Hessen)

Wie Benner (2003: 622) aufzeigt, etablieren sich Arbeitsmarktintermediäre auf regionalen Arbeitsmärkten als Akteure, weil sie für die Arbeitgeber die Transaktionskosten der Fachkräfteanwerbung im Ausland reduzieren, die im Anwerbungsprozess auftretenden Risiken managen und Netzwerke zur Unterstützung der Anwerbungsaktivitäten aufbauen. Im Anschluss an diese Erkenntnis kann auch für den deutschen Pflegearbeitsmarkt konstatiert wer-

den, dass Arbeitsmarktintermediäre für die kontinuierliche Anpassung von regionalen Arbeitsmärkten an die sich verändernden Rahmenbedingungen sorgen. Denn wie unser Projekt zeigt, sind im Anwerbungsprozess die Transaktionskosten, die sich aus geringer Transparenz der Rahmenbedingungen ergeben, erheblich – sowohl für die Arbeitgeber als auch für die Pflegefachkräfte. Da die Arbeitsmarktintermediäre hauptsächlich im Auftrag der Arbeitgeber tätig werden, beinhaltet ihr Beitrag zur Reduktion von Transaktionskosten z.B. die Auswahl von geeigneten Arbeitskräften, die Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Qualifikationen, das Vermitteln von Zusatzkompetenzen (z.B. Sprachkompetenz) und das Organisieren des Migrationsprozesses.

Wie die Experteninterviews zeigen, werden die Kosten für die Dienstleistungen von Arbeitsmarktintermediären aber nur zu einem Teil von den Arbeitgebern übernommen, zu einem anderen Teil aber den Pflegefachkräften selbst auferlegt. Zudem gibt es in den Experteninterviews Beispiele von Arbeitgebern, die für die Kosten für den Sprachkurs in Portugal oder Spanien sowie die Wohnkosten für die Dauer des Sprachkurses aufkamen, während sie den Pflegefachkräften monatlich eine kleine Summe zur Verfügung stellten (z.B. Krankenhaus I, Hessen). Sollten die Pflegefachkräfte die erforderlichen Leistungen nicht erbringen (z.B. den Sprachkurs nicht bestehen), wurden sie zu Rückzahlungen verpflichtet. Auch die anschließenden Arbeitsverträge sahen meistens eine vertragliche Bindung für zwei Jahre an die Vermittlungsfirma oder den Arbeitgeber vor.

Bei einem anderen Anwerbungsmodell aus Rumänien erfolgte der Spracherwerb in Deutschland, so dass Kosten für den Sprachkurs (bis B2) und Wohnung anfielen. Hier mussten sich die Pflegefachkräfte verpflichten, die dem Arbeitsmarktintermediär entstandenen Kosten innerhalb von drei Jahren zu erstatten. Durch die Externalisierung von Vermittlungskosten auf die Pflegefachkräfte in Form von Verpflichtungen und Schulden, mit denen sie über den eigentlichen Vermittlungsvorgang hinaus an den Arbeitsmarktintermediär oder den Arbeitgeber gebunden werden, ist die Migration nach Deutschland für die Pflegefachkräfte mit erheblichen finanziellen Risiken und somit möglicherweise persönlichen, existenziellen Belastungen verbunden. Dies kann sich auch auf ihren Arbeitsalltag in den Betrieben auswirken und letztlich auch Zuwanderung als nachhaltige Fachkräftestrategie gefährden (vgl. die [Beiträge von Kontos et al.](#) und [Rand et al.](#) in diesem Band).

Wie Coe et al. (2007), Faulconbridge (2008) und Beaverstock et al. (2010) dargelegt haben, werden die meisten Anwerbearrangements durch Netzwerke verschiedener Akteure stabilisiert. Unsere Experteninterviews zeigen, dass

in den staatlichen Anwerbungsinitiativen vor allem Netzwerke relevant sind, die staatliche Akteure in Deutschland und ihre Counterparts im Herkunftsland einschließen. Dagegen sind Netzwerke, die in privatwirtschaftlichen Anwerbungsmodellen entstehen, viel heterogener zusammengesetzt. Besonders im Herkunftsland, in dem die Aktivierung, Selektion und erste Vorbereitung der Pflegefachkräfte stattfindet, werden Akteure eingebunden, deren primäre Rolle nicht im engeren Feld der Arbeitskräftevermittlung liegt:

- Universitäten im Herkunftsland werden dafür gewonnen, die fachliche Vorbereitung der Pflegefachkräfte bereits mit dem Blick auf spätere Migration zu gestalten oder Personen zu identifizieren, die bereit wären nach Deutschland zu migrieren (z. B. das „Ersetzen von Englisch durch Deutsch im Fremdsprachenunterricht mit der Aussicht, damit auf die Migration vorbereitet zu werden“, interviewter Arbeitsvermittler I, Hessen).
- Sprachschulen im Herkunftsland wirken an Anwerbungsaktivitäten mit, indem sie an der Auswahl der Pflegefachkräfte oder am Vertragsabschluss beteiligt sind. Die Lehrer treten außerdem als „culture brokers“ (Bludau 2015: 96 f., Moroşanu 2016: 359 ff.) auf, indem sie den Pflegefachkräften während der Sprachkurse Empfehlungen geben, wie sie sich in beruflichen Zusammenhängen und in Alltagssituationen in Deutschland verhalten sollten. Gleichzeitig übernehmen sie die Funktion, im Auftrag der Arbeitsmarktintermediäre den Lernerfolg und die Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von der persönlichen Situation der Kursteilnehmer zu kontrollieren. Diese Strategie wird insbesondere von Arbeitsmarktintermediären eingesetzt, die selbst selten vor Ort sind und keine besonders engen Vertrauensbeziehungen zu den Pflegefachkräften aufbauen konnten bzw. wenige Gelegenheiten für Kontrolle haben.
- Zukünftige Kollegen der Pflegefachkräfte, die einen Migrationshintergrund aus demselben Land haben, werden damit beauftragt, als „Kulturbotschafter“ oder aber als „Professionsbotschafter“ für das Leben und Arbeiten in Deutschland aufzutreten, an der Selektion und Vorbereitung der Pflegefachkräfte mitzuwirken oder ihnen beim Einrichten nach der Ankunft behilflich zu sein. So berichtet ein Arbeitsvermittler aus NRW, dass die bereits angeworbenen Pflegefachkräfte auf die Anwerbungsveranstaltungen mitgenommen werden, damit sie einen erfolgreichen Neustart in Deutschland repräsentieren. In manchen Fällen werden die Mitarbeiter gebeten, sich als „lone agents“ (Sporton 2013) in ihrem Freundeskreis umzuhören, ob jemand bereit wäre, eine Stelle in Deutschland anzunehmen – oder aber sie werden aus Eigeninitiative als Arbeitsvermittler tätig.

- Bildungsanbieter in Deutschland wirken als Experten für Pflegeausbildungen oder Anbieter von Anpassungslehrgängen bzw. Nachqualifizierungen in Anwerbungsarrangements mit, die eine originäre (Zweit)Ausbildung von Pflegefachkräften nach deutschen Standards vorsehen.

Im Kontext der Globalisierung von Arbeitsmärkten und der damit einhergehenden Vermarktlichung der Arbeitsvermittlung konnten sich private Arbeitsmarktintermediäre als zentrale Akteure in Anwerbungsarrangements platzieren. Dadurch, dass sie über einen längeren Zeitraum die Vorbereitung der Pflegefachkräfte für das Arbeiten in Deutschland gestalten, wirken ihre Bindungsstrategien über den engeren Anwerbungsprozess hinaus. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf Erfolg oder Scheitern der späteren betrieblichen Integration und prägt damit Zuwanderung als Strategie der Fachkräfte-sicherung grundsätzlich, wie der nächste Abschnitt zeigen wird.

3.3 Vermarktlichungsprozesse als Ausgangspunkt für betriebliche Integration

Wie bereits angedeutet worden ist, wird der Prozess der betrieblichen Integration durch die marktformig organisierten Arbeitskräftevermittlungsprozesse gerahmt. In diesem Kapitel wenden wir uns deshalb der genaueren Analyse dieses Prozesses zu und zeigen auf, welche Auswirkungen auf das betriebliche Geschehen damit einhergehen. Für die Einordnung dieser Prozesse sind insbesondere Theorienansätze hilfreich, die sich mit Vermarktlichungs- und Subjektivierungsprozessen auseinandersetzen. Diese werden im Folgenden in ihren Grundzügen dargestellt und auf unseren Untersuchungsgegenstand angewendet.

Callon/Muniesa (2005: 1232 ff.) und Çalışkan/Callon (2010: 5) zeigen auf, wie Vermarktlichung als „Schaffung eines Marktes“ (hier steht das Marktgeschehen für die Vermittlung von Pflegefachkräften) die erfolgreiche Implementierung ganz spezifischer Rahmungsprozesse voraussetzt. Als eines der wesentlichen Elemente dieser Rahmung bezeichnen sie die Objektivierung: Diese macht Güter erst vergleichbar und handelbar und damit zu einem geeigneten Objekt für Markttransaktionen. Übertragen auf das „Gut Pflegefachkraft“ und die marktformige Organisation der Anwerbung und Vermittlung von Pflegefachkräften aus dem Ausland können alle Maßnahmen, die Pflegefachkräfte auf den späteren Arbeitsmarkt Deutschland vorbereitet, als Objektivierung aufgefasst werden, weil erst sie die Fachkräfte auf globalisierten Arbeitsmärkten „handelbar“ werden lassen.

Prozesse der Objektivierung zeigen sich auf globalisierten Arbeitsmärkten darin, dass ausländische Pflegefachkräfte bereits im Herkunftsland durch ein Set unterschiedlicher Maßnahmen und entlang der Vorgaben des rechtlichen Rahmens des Ziellandes für den Zugang zu den staatlichen reglementierten Pflegeberufen vorbereitet werden. In den seltensten Fällen werden dabei bereits die konkreten pflegespezifischen Qualifikationen der Pflegefachkräfte angepasst. Primär konzentrieren sich die Arbeitsmarktintermediäre auf die Sprachkompetenzen, da erst diese die Zulassung als Pflegefachkraft in Deutschland ermöglichen. Vor allem bei den Pflegefachkräften aus EU-Staaten erfolgt die Anerkennung ihres Pflegeabschlusses automatisch. Somit entscheiden letztendlich das erreichte Niveau der Deutschkenntnisse sowie die Zeit, die für deren Aneignung nötig ist, über Marktwert der Fachkräfte. Die Interviews mit den Arbeitsmarktintermediären zeigen, dass die zukünftigen Arbeitgeber den Stellenwert der Sprachkenntnisse dagegen durchaus unterschiedlich bewerten:

„Da gehen die Geschmäcker auseinander, der eine sagt irgendwie ‚500 für einen Sprachkurs, den Rest lernen die am Bett.‘ [...] Und andere sagen dann einfach: ‚Also B1 ist viel zu schwach, wir brauchen Fachsprache, die müssen in Hochtechnologiemedizin sich auskennen.‘ Also deswegen wollte ich sagen, es gibt schon eine heterogene Wahrnehmung, wir versuchen da im Prinzip ein bisschen eben so einen Mittelweg einzuordnen.“ (Arbeitsvermittler II, Hessen)

Insofern kommt den Deutschkenntnissen im Spannungsfeld zwischen der vermarktlichten Arbeitskräftevermittlung und der betrieblichen Integration eine ambivalente Rolle zu. Einerseits stellen sie im Anwerbungsprozess ein objektives Kriterium dar, entlang dessen über die Berufszulassung von angeworbenen Pflegefachkräften entschieden wird – somit prägt der Spracherwerb entschieden den Anwerbungs- und Vermittlungsprozess. Andererseits zeigen unsere empirischen Erhebungen (vgl. die [Beiträge von Kontos et al.](#) und [Rand et al.](#) in diesem Band), dass im Arbeitsprozess die formalen Kriterien für die Beurteilung der Sprachkenntnisse ihre Wirkung verlieren könnten: Seitens der Vorgesetzten und Kollegen wird hervorgehoben, dass die Deutschkenntnisse der neu migrierten Pflegefachkräfte zunächst nicht ausreichen, um anspruchsvollere Aufgaben wahrzunehmen. Unsere Experteninterviews verdeutlichen, wie aus den vermeintlichen Sprachdefiziten die verminderte Leistungsfähigkeit bzw. eingeschränkte berufliche Eignung der angeworbenen Pflegefachkräfte abgeleitet werden und somit ihr „Marktwert“ plötzlich in Frage gestellt wird. Im Hinblick auf die Rahmung des betrieblichen Geschehens durch Prozesse der Objektivierung der Pflegefachkräfte im Sinne einer Marktfähigmachung und Vorbereitung auf den späteren Beruf

erweist sich der marktlich organisierte Vermittlungsprozess als entscheidend für Erfolg oder Misserfolg betrieblicher Integration.

Darüber hinaus schließt Objektivierung das Lösen der Pflegefachkräfte aus ihren sozialen Beziehungen im Herkunftsland ein (vgl. Çalışkan/Callon 2010: 5 f.). Dies hat zum Ziel, dass sich die Pflegefachkräfte auf den Vorbereitungsprozess fokussieren:

„Weil auch die jungen [Pflegefachkräfte in Rumänien] haben ganz oft schon Kinder und Familie. [lacht] [...] Ja, die[se] bleiben ja zuhause, in der Regel. [...] Es ist klar, die zwei Monate hier ist *ohne* Kind. Also das *muss* von Anfang an auch klar sein, weil sie können nicht so viel lernen, wenn noch ein Kind hier ist. Das funktioniert auch nicht, das würde auch von uns aus hier nicht funktionieren. Also wir haben jetzt nicht noch die Wohnung, wo wir noch Kinder unterbringen können und einen Kindergarten haben wir auch nicht, also das würde nicht gehen. [lacht] Nein, und man muss sich ja aufs Lernen konzentrieren. Weil das ist kein Spaß, in zwei Monaten eine Sprache zu lernen.“ (Arbeitsvermittler III, Hessen)

Auch bei Pflegefachkräften, die selbst noch keine Familie haben, hat das Trennen vom direkten Einfluss ihrer Herkunftsfamilie (z. B. durch das Verlegen von Sprachkursen in eine weit entfernte Stadt) die Funktion, sie an den Vorbereitungsprozess zu binden. Auf diesem Weg soll bei den angeworbenen Pflegefachkräften eine Loyalität gegenüber dem Arbeitsmarktintermediär und dem zukünftigen Arbeitgeber entstehen, die zunächst die Kalkulierbarkeit des Vermittlungsprozesses erhöht. Diese soll zusätzlich durch vertraglich festgehaltene Verpflichtungen unterstützt werden. Interviews mit den Arbeitsmarktintermediären, Einrichtungsleitungen und Vorgesetzten zeigen, dass in ihrem Verständnis eine erfolgreiche Marktvermittlung das Lockern der als sehr eng empfundenen Familienbeziehungen beinhaltet. Dies wird dadurch angedeutet, dass in den Experteninterviews eine erfolglose betriebliche Integration mit einem zu starken Familienbezug der neu migrierten Pflegefachkräfte begründet wird. Insofern sind die Beziehungen der neu migrierten Pflegefachkräfte zu ihren Familien in den Herkunftsländern als ein wichtiger Aspekt der betrieblichen Integration zu betrachten (vgl. den [Beitrag von Kontos et al.](#) in diesem Band).

In den Anwerbungsarrangements werden aber nicht nur Objekte für den Austausch auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten geschaffen, sondern es wird auch die Subjektivität der Migranten geprägt (Bludau 2010, Tomei 2016: 170). Stark vereinfacht dargestellt beschäftigt sich der Theorieansatz der Subjektivierung mit der Frage, wie Menschen regiert werden. Es werden die Versuche untersucht, Menschen durch die Anwendung von unterschied-

lichen Praktiken und Verfahren zu erfassen und sie in eine erwünschte Gestalt zu bringen bzw. passendes Handeln zu bewirken (Bröckling 2013: 50 ff.). Während im Forschungsfeld der Vermarktlichung das Formen der ökonomischen und sozialen Realität entlang der Annahmen der neoklassischen Ökonomietheorien und -modellen (Boeckler/Berndt 2012: 425) im Mittelpunkt steht, wenden sich die Subjektivierungsanalysen den Individuen zu und betrachten die sozialen Praktiken zur Herstellung von Subjekten (Reckwitz 2016: 67). Sie gehen von der grundsätzlichen Formbarkeit der menschlichen Natur aus und beschäftigen sich mit den intendierten und nicht-intendierten Folgen der Strategien und Taktiken verschiedener Akteure in Abhängigkeit von historisch und lokal spezifischen Repräsentationssystemen (ebd.: 70) (z. B. entlang von Wahrheitsregimen, Wissenspolitiken und Selbsttechnologien, Bröckling 2013: 50 f.). Mit diesem Theorieansatz wird unser Blick für die Auswirkungen der Vermarktlichungsprozesse auf das Individuum geschärft.

Alkemeyer et al. weisen darauf hin, dass dabei die an die Subjekte gestellten normativen Erwartungen zentral sind, die übergeordneten Diskursen entspringen (2013: 10 f., 14 f.). Unsere Experteninterviews zeigen, dass Arbeitgeber und Arbeitsmarkintermediäre von den Pflegefachkräften insbesondere fünf Eigenschaften erwarten: Formbarkeit, Anpassungsbereitschaft, hohe Motivation, flexible Einsatzbereitschaft und hohe geographische Mobilität. Diese Anforderungen wiederspiegeln das Menschenbild neoklassischer Ökonomietheorien, die von Einzelpersonen Flexibilität, Leistungsoptimierung, Produktivität, unternehmerisches Denken, Kreativität und Mobilität fordern (vgl. Tomei 2016: 170, Alkemeyer et al. 2013: 10, Ong 2005: 32). Dementsprechend wird konkreten Qualifikationen häufig eine geringere Bedeutung zugemessen als „unspezifischen individuumsbezogenen Merkmalen“ (Alkemeyer et al. 2013: 11), die als Dispositionen einer ganzen Person gelten (ebd.: 52) und damit für das Potenzial stehen, die es im Migrationsprozess zu entfalten gilt. Lassen sich Individuen durch soziale Praktiken in eine von übergeordneten normativen Diskursen geformte Subjektform einpassen, zeigen sie sich als „mitspielfähig“ (ebd.: 11 ff.).

Unsere Experteninterviews weisen darauf hin, dass die Pflegefachkräfte danach beurteilt werden, inwieweit sie die Grundsätze der Rationalität, die globalen Arbeitsmärkten zugrunde liegen (z. B. Mobilität) verinnerlicht haben oder bereit sind, dies zu tun (ähnlich Tomei 2016: 170). Folglich entscheidet die Bereitschaft und Fähigkeit der Pflegefachkräfte, der als Norm definierten Subjektform zu entsprechen, in hohem Maße über ihre Aufnahme in das Anwerbungsprogramm. Das Interview mit einem Arbeitsintermediär

zeigt, wie von den Pflegefachkräften erwartet wird, dass sie sich in ihrem Handeln von der Logik ihrer marktformigen Vermittlung leiten lassen:

„Wir haben da sogar mal die Einkommensentwicklung aufgezeigt, die man hat, wir haben sogar mal einen Chart gemacht, aber es ist schwer zu kommunizieren, das hat was... Also es gibt dieses Beispiel, diese Kernfrage für die emotionale Intelligenz, Sie kennen das vielleicht, so: ‚Einen Lutscher jetzt, oder zwei Lutscher nach einer Stunde.‘ Also diese [der andere Interviewpartner lacht]. Und im Endeffekt wollen wir zwei Lutscher, wir bieten an zwei Lutscher, aber ihr müsst ein halbes Jahr warten, bevor es die Lutscher gibt und diese Frage hat selektiven Charakter. Denn es gibt Menschen, die können sich das gar nicht vorstellen, die können auch über solche Zyklen nicht denken, die wollen das nicht. Das sind dann auch nicht die Richtigen, und die, die das *nicht* wollen, die lernen auch die Sprache nicht. [...] Wir erklären noch, aber wir lassen das auch als selektives Kriterium stehen. Denn derjenige, der bereit ist, und auch dieses Maß an emotionaler Intelligenz aufbringt zu sagen: ‚Ich weiß, es lohnt sich zu investieren‘, der ist auch langfristig eine verlässliche Arbeitskraft.“ (Arbeitsvermittler I, Hessen)

An dieser Aussage wird deutlich, wie im Anwerbungsprozess Personen bevorzugt werden, die sich als Investoren ihrer eigenen Persönlichkeit und als Unternehmer begreifen (vgl. Tomei 2016: 170). Umgekehrt werden diejenigen ausgeschlossen, die nicht über ein leistungsbezogenes Bewusstsein verfügen:

„Oder die hat dann gesagt: ‚Ich habe gerade geheiratet, wie lange muss ich denn bei Ihnen arbeiten, um dann, wenn ich schwanger werde, auch Elterngeld zu bekommen?‘ Ne. Und das sind halt so Fragen, das haben wir als K.o.-Kriterium genommen. Weil wenn jemand hierherkommt, um direkt wieder zu planen auszufallen ...“ (Anwerbungs Koordinator, Krankenhaus I, Hessen)

Da sich das Berufsbild von Pflegefachkräften in Deutschland mehr oder weniger stark von dem des jeweiligen Herkunftslandes unterscheidet, schließen die Subjektivierungsprozesse eine Auseinandersetzung mit der eigenen Fachlichkeit ein. Wie unsere Experteninterviews zeigen, findet dies z. T. bereits im Herkunftsland statt. Dabei wird die Auseinandersetzung mit formalen Qualifikationen lediglich als Grundvoraussetzung für den Arbeitsmarktzugang betrachtet. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Fähigkeit der Pflegefachkräfte, innerhalb kurzer Zeit Deutsch zu lernen. Darüber hinaus wird den Pflegefachkräften vermittelt, dass sich ihre Tätigkeitsschwerpunkte in Deutschland verschieben werden. Bezeichnenderweise werden die Tätigkeiten, die den Pflegefachkräften im Ausland als wenig attraktiv vorkommen, weil sie dort von den Hilfskräften oder Familienangehörigen übernommen werden, als zentral für die Fachlichkeit dargestellt:

„Eine der Hauptfragen ist immer: ‚Müssen wir denn in Deutschland die Leute auch waschen, füttern, sonstige Dinge?‘ Sag ich: ‚Ja, Sie *dürfen* das! [lacht] Sie dürfen das sogar als Fachkraft tun. Und es wird sogar gewollt und Sie sind der Manager dieses Patienten, das ist eine viel ehrenwertere und würdevollere Aufgabe, als nur den Verband zu wechseln und die Spritze zu geben. [...] Und wenn Sie sich um den Menschen als Gesamtes kümmern und verbringen sogar die Freizeit z.T. mit ihm, gehen mit ihm vielleicht auch mal spazieren oder führen Gespräche, ist das doch viel schöner als nur am Fließband den Verband zu wechseln, den Blutzucker zu messen und die Tablette zu geben.‘ Das verstehen sie dann schon. Aber man muss es ihnen erklären, am Anfang ist es für sie eine Tätigkeit, die unter ihrer Würde ist. Aber wenn Sie es erklärt haben, ist es okay.“ (Arbeitsvermittler III, Hessen)

Der Erfolg der fachlichen Umorientierung wird in der Bereitschaft der angeworbenen Pflegefachkräfte gesehen, die neuen Anforderungen bereits während des Migrationsprozesses in das eigene Fachlichkeitsverständnis zu inkorporieren. Als förderlich wirkt, wenn die Subjektbildung als Migrant bereits weit fortgeschritten ist:

„Die Menschen, mit denen sie [eine Arbeitsvermittlerin] da in Kontakt ist, hatten im Prinzip schon die Entscheidung getroffen, nicht mehr in ihrem Heimatland bleiben zu wollen und die waren lediglich dankbar dafür, es [die Verschiebung ihrer Tätigkeiten] quasi vorher zu wissen. Und dann muss man sich eben darauf einlassen.“ (Betriebsrat, Krankenhaus II, Hessen)

Im Anwerbungsprozess wird das deutsche Berufsverständnis nicht nur als neue Herausforderung vermittelt, sondern es wird von den Pflegefachkräften erwartet, dass sie bereits im Vorfeld ihres Arbeitseinsatzes die eigenen fachlichen Defizite erkennen und keine allzu hohen Erwartungen bzw. Ansprüche in Bezug auf ihren Arbeitseinsatz in Deutschland entwickeln:

„[D]ie [Portugiesen] hatten ein anderes Verständnis von, ich nenne es jetzt mal Dankbarkeit, dass sie den Job bekommen haben, und die griechische Gruppe, die war insgesamt fordernder. Das klingt jetzt auch so negativ, aber die waren sehr ungeduldig in dem Prozess. Also die wollten gerne kommen und direkt arbeiten und direkt gleich das richtige Geld verdienen und wollten eigentlich gar nicht mehr verstehen, warum sie jetzt noch einen Deutschkurs machen sollen und so weiter und so fort. Und bei den Portugiesen und bei den Spaniern da war das etwas anderes. Die haben auch selber wahrgenommen, dass sie Schwierigkeiten haben, dass das, was man zwar im Deutschkurs lernt, dennoch etwas ganz anderes ist, als sich hier auf der Station zu unterhalten.“ (Anwerbungs Koordinator, Krankenhaus I, Hessen)

In diesem Zitat wird deutlich, wie der Umgang mit dem vom Arbeitsmarktintermediär definierten Unzulänglichkeit der richtigen Dispositionen in Form

von Einstellungen und sozialen Kompetenzen (Geduld) bedarf, um als passendes (im Sinne von „mitspielfähiges“) Subjekt wahrgenommen zu werden.

Mit Bludau können wir konstatieren, dass die von den Arbeitsmarktmittlern eingerichteten stark vordefinierten Migrationspfade dazu dienen sollen, im Anwerbungsprozess die Handlungs- und Entscheidungsräume der Pflegefachkräfte einzuschränken: “The recruiter assumes the nurse’s agency and as actor positions her into a predefined limit of possibility” (2010: 93). In unseren Experteninterviews gibt es erste Anhaltspunkte dafür, dass die Pflegefachkräfte dennoch versuchen, die Vermittlungsprozesse entlang ihrer Interessen zu gestalten oder zumindest punktuell zu beeinflussen. Wie die migrierten Pflegefachkräfte ihre Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten dabei definieren und wahrnehmen, wird in den nachstehenden Beiträgen aus ihrer Perspektive betrachtet. Des Weiteren wird dargestellt, welche Effekte die Vermarktlichung der Vermittlung von Pflegefachkräften auf die neu migrierten Pflegefachkräfte im betrieblichen Setting haben und wie sie dadurch auch betriebliche Integration maßgeblich beeinflussen.

4 Literatur

- Abramovitz, M./Zelnick, J. (2010):** Double Jeopardy: The Impact of Neoliberalism on Care Workers in the United States and South Africa. In: *International Journal of Health Services* 40 (1): 97–117.
- Alkemeyer, T./Budde, G./Freist, D. (2013):** Einleitung. In: Dies. (Hrsg.): *Selbstbildungen: Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung*. Bielefeld: transcript Verlag: 9–30.
- Arends-Kuenning, M./Calara, A./Go, S. (2015):** International Migration Opportunities and Occupational Choice: A Case Study of Philippine Nurses 2002–2014. IZA (DP NO. 8881): 1–38.
- Autor, D. h. (2009):** *Studies of Labor Market Intermediation: Introduction*. *Studies of Labor Market Intermediation*. Chicago: University of Chicago Press: 1–23.
- Aiken, L. H./Buchan, J./Sochalski, J./Nichols, B./Powell, J. (2004):** Trends in International Nurse Migration. In: *Health Affairs* 23 (3): 69–77.
- Angenendt, S./Clemens, M./Merda, M. (2014):** Der WHO-Verhaltenskodex: Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? *SWP-Aktuell* (25): 1–8.
- Armada, F./Muntaner, C./Navarro, V. (2001):** Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank and Transnational Corporations. In: *International Journal of Health Services* 31 (4): 729–768.
- Bach, S. (2007):** Going Global? The Regulation of Nurse Migration in the UK. In: *British Journal of International Relations* 45 (2): 383–403.
- Ball, R. E. (2004):** Divergent development, racialised rights: Globalised labour markets and the trade of nurses: The case of the Philippines. In: *Women’s Studies International Forum* 27 (2): 119–133.

- Batnitzky, A./McDowell, L. (2013):** The emergence of an 'ethnic economy'? The spatial relationships of migrant workers in London's health and hospitality sectors. In: *Ethnic and Racial Studies* 36 (12): 1997–2015.
- Beaverstock, J. V./Faulconbridge, J. R./Hall, S. J. E. (2010):** Professionalization, legitimization, and the creation of executive search markets in Europe. In: *Journal of Economic Geography* 10 (6): 1–9.
- Benner, C. (2003):** Labour Flexibility and Regional Development: The Role of Labour Market Intermediaries. In: *Regional Studies* 37 (6&7): 621–633.
- Benner, C. (2002):** Work in the New Economy: Flexible Labour Markets. Silicon Valley: Wiley-Blackwell.
- Berndt, C. (2015):** Ruling markets: The marketization of social and economic policy. In: *Environment and Planning A* (47): 1–8.
- Bludau, H. (2015):** Creating a transnational labor chain between Eastern Europe and the Middle East: A case study in healthcare. In: *InterDisciplines, Journal of History and Sociology* 6 (1): 95–120.
- Bludau, H. (2011):** Producing Transnational Nurses: Agency and subjectivity in global health care labour migration recruitment practices. In: *Anthropology of East Europe Review* 29 (1): 94–108.
- Bludau, H. (2010):** Creating migrant nurses: How recruitment firms create successful migrants for the global market. In: *Durham Anthropology Journal* 17 (1): 87–106.
- Boeckler, M./Berndt, Christian (2012):** Geographies of circulation and exchange III: The great crisis and marketization 'after markets'. In: *Progress in Human Geography* 37 (3): 424–432.
- Bonet, R./Capelli, P./Hamori, M. (2013):** Labor Market Intermediaries and the New Paradigm for Human Resources. In: *The Academy of Management Annals* 7 (1): 341–392.
- Bröckling, U. (2013):** Anruf und Adresse. In: Gelhard, A./Alkemeyer, T./Ricken, N. (Hrsg.): *Techniken der Subjektivierung*. München: Wilhelm Fink: 49–59.
- Buckel, S. (2012):** "Managing Migration" – Eine intersektionale Kapitalismusanalyse am Beispiel der Europäischen Migrationspolitik. In: *Berliner Journal für Soziologie* 22 (1): 79–100.
- Bundesagentur für Arbeit (2016):** Der Arbeitsmarkt in Deutschland: Fachkräftengpassanalyse, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Juni 2016. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2013):** Förderprogramm MobiPro EU. www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/dienststellen/rdnrw/paderborn/Agentur/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI529388 (28. März 2018).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011):** Fachkräftesicherung: Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile (28. März 2018).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2014a):** Wirkungsanalyse des rechtlichen Rahmens für ausländische Fachkräfte. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Demografiestrategie der Bundesregierung – Arbeitsgruppe E.2 „Ausländisches Arbeitskräftepotenzial erschließen und Willkommenskultur schaffen“. Berlin: 1–238.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2014b):** Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten: Chancen zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft. Berlin: 1–30.
- Çalışkan, K./Callon, M. (2010):** Economization, Part 2: A research programme for the study of markets. In: *Economy and Society* 39 (1): 1–32.
- Callon, M./Muniesa, F. (2005):** Economic Markets as Calculative Collective Devices. In: *Organization Studies* 26 (8): 1229–1250.

- Castles, S. (2011):** Migration, Crisis and the Global Labour Market. In: Globalizations 8 (3): 311–324.
- Chorev, N. (2013):** Restructuring neoliberalism at the World Health Organization. In: Review of International Political Economy 20 (4): 627–666.
- Choy, C. C. (2003):** Empire of Care: Nursing and Migration in Filipino American History. Durham/London: Duke University Press.
- Csedő, K. (2008):** Negotiating Skills in the Global City: Hungarian and Romanian Professionals and Graduates in London. In: Journal of Ethic and Migration Studies 43 (5): 803–823.
- Coe, N. M./Jones, K./Ward, K. (2010):** The Business of Temporary Staffing: A Developing Research Agenda. In: Geography Compass 4 (8): 1055–1068.
- Coe, N. M./Johns, J./Ward, K. (2007):** Mapping the Globalization of the Temporary Staffing Industry. In: The Professional Geographer 59 (4): 503–520.
- Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union (2005):** Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR). Amtsblatt der Europäischen Union. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE> (28. März 2018).
- Dussault, G./Buchan, J. (2014):** The economic crisis in the EU: impact on health force mobility. In: Buchan, J./Wismar, M./Glinos, I. A./Bremner, J. (Hrsg.): Health Professional Mobility in a Changing Europe: New dynamics, mobile individuals and changing responses (Observatory Studies Series 32, Vol. II.). Copenhagen: World Health Organisation: 35–64.
- England, K. (2015):** Nurses across borders: Global migration of registered nurses to the US. In: Gender Place and Culture 22 (1): 143–156
- England, K./Henry, C. (2013):** Care work, migration and citizenship: International nurses in the UK. In: Social and Cultural Geography 14 (5): 558–574.
- Ette, A./Rühl, S./Sauer, L. (2012):** Die Entwicklung der Zuwanderung hochqualifizierter Drittstaatsangehöriger nach Deutschland. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 32 (1/2): 14–21.
- Faulconbridge, J. R./Hall, S./Beaverstock, J. B. (2008):** New insights into the internationalization of producer services: Organizational strategies and spatial economies for global headhunting firms. In: Environment and Planning A 40 (1): 210–234.
- Findlay, A./McCollum, D./Shubin, S./Apsite, E./Krisjane, Z. (2013):** The role of recruitment agencies in imagining and producing the 'good' migrant. In: Social and Cultural Geography 14 (2): 145–167.
- Georgi, F. (2007):** Migrationsmanagement in Europa: Eine kritische Studie am Beispiel des International Centre for Migration Policy Development (ICMPD). Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Glinos, I. A. (2015):** Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. In: Health Policy 119 (12): 1529–1536.
- Glinos, I. A./Wismar, M./Buchan, J./Rakovac, I. (2015):** How can countries address the efficiency and equity implications of health professional mobility in Europe? Adapting policies in the context of the WHO Code of Practice and EU freedom of movement. Policy Brief 18: 1–23. Copenhagen: World Health Organization.
- Groutsis, D./van den Broek, D./Harvey, W.S. (2015):** Transformations in Network Governance: The Case of Migration Intermediaries. In: Journal of Ethnic and Migration Studies 41 (10): 1–19.

- Hartmann, L. (2016):** Die südkoreanischen Migranten und ihre Integration in Deutschland. In: Stüwe, K./Hermannseder, E. (Hrsg.): Migration und Integration als transnationale Herausforderung: Perspektiven aus Deutschland und Korea. Wiesbaden: Springer 2016: 125–152.
- Heimeshoff, L.-M./Hess, S./Kron, S./Schwenen, H./Trzeciak, M. (Hrsg., 2014):** Grenzregime. II. Migration – Kontrolle – Wissen. Transnationale Perspektiven. Berlin u. a.: Assoziation A.
- Hess, S./Kasperek, B. (Hrsg., 2010):** Grenzregime. Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa. Berlin: Assoziation A.
- Hess, S./Kasperek, B./Kron, S./Rodatz, M./Schwertl, M./Sontowski, S. (Hrsg., 2017):** Der lange Sommer der Migration: Grenzregime III. Berlin u. a.: Assoziation A.
- Hessisches Sozialministerium (HMS) (2013):** Aus der Region Madrid in den Rheingau-Taunus: Spanische Fachkräfte unterstützen die Pflege. www.hessen.de/presse/pressemitteilung/aus-der-region-madrid-den-rheingau-taunus-spanische-fachkraefte (28. März 2018).
- Hinte, H./Rinne, U./Zimmermann, K. F. (2015):** Punkte machen?! Warum Deutschland ein aktives Auswahlssystem für ausländische Fachkräfte braucht. In: IZA Standpunkte (79): 1–33.
- Huber, E./Solt, F. (2004):** Successes and Failures of Neoliberalism. In: Latin American Research Review 39 (3): 150–164.
- Jürgens, K./Hoffmann, R./Schildmann, C. (2017):** Arbeit transformieren! Denkanstöße der Kommission „Arbeit der Zukunft“. Bielefeld: transcript Verlag.
- Kannankulam, J. (2013):** Kräfteverhältnisse in der bundesdeutschen Migrationspolitik. Die Asyldebatte als Schlüsselereignis des schwerfälligen Wandels vom Gastarbeitsregime hin zu Managed Migration in der Bundesrepublik Deutschland. In: Forschungsgruppe „Staatsprojekt Europa“ (Hrsg.): Kämpfe um Migrationspolitik. Theorie, Methode und Analysen kritischer Europaforschung. Bielefeld: transcript Verlag (Kultur und soziale Praxis): 39–112.
- Katzis, R. (1998):** New Labor Market Intermediaries: What's Driving Them? Where Are They Headed? Task Force Working Paper No. 3. Cambridge: MIT.
- Kingma, M. (2007):** Nurses on the Move: A Global Overview. In: Health Services Research 42 (3): 1281–1298.
- Kolb, H. (2014):** Vom „restriktiven Außenseiter“ zum „liberalen Musterland“ – Der deutsche Politikwechsel in der Arbeitsmigrationspolitik. In: Rüb, F. W. (Hrsg.): Rapide Politikwechsel in der Bundesrepublik: Theoretischer Rahmen und empirische Beweise. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: 71–91.
- Lutz, H./Palenga-Möllenbeck, E. (2012):** Care Workers, Care Drain and Care Chain: Reflections on Care, Migration and Citizenship. In: Social Politics 19 (1): 15–37.
- McGregor, S. L. T. (2001):** Neoliberalism and health care. In: International Journal of Consumer Studies 25 (2): 82–89.
- Menz, G. (2008):** The Political Economy of Managed Migration: Nonstate Actors, Europeanization, and the Politics of Designing Migration Policies. Oxford: Oxford University Press.
- Moroşanu, L. (2016):** Professional Bridges: Migrants' Ties with Natives and Occupational Advancement. In: Sociology 50 (2): 349–365.
- OECD (2015):** International Migration Outlook 2015. Paris: OECD Publishing.
- Ong, A. (2005):** Flexible Staatsbürgerschaften: Die kulturelle Logik von Transnationalität. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main.
- Ouma, S. (2015):** Assembling export markets: The making and unmaking of global food connections in West Africa. Chichester: Wiley Blackwell.
- Overbeek, H. (2002):** Neoliberalism and the Regulation of Global Labour Mobility. In: The Annals of the American Academy of Political and Social Science 581 (1): 4–80.

- Peters, V./Hofmann, E./Braeseke, G./Keller, K./Stöcker, G./Schneider, M./Ozvatc, K. V./Siebold, A./Siebold, E. (2016):** Handlungsempfehlungen für die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege: Auszug aus der Studie „Begleitung des Pilotprojekts Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft“ für im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi).
- Prescott, M./Nichter, M. (2014):** Transnational nurse migration: Future directions for medical anthropological research. In: *Social Science & Medicine* 107 (April): 113–123.
- Pütz, R./Rodatz, M. (2013):** Kommunale Integrations- und Vielfaltskonzepte im Neoliberalismus. Zur strategischen Steuerung von Integration in deutschen Großstädten. In: *Geographische Zeitschrift* 101 (3–4): 166–183.
- Ratfisch, P. (2015):** Zwischen nützlichen und bedrohlichen Subjekten: Figuren der Migration im europäischen „Migrationsmanagement“ am Beispiel des Stockholmer Programms. In: *movements. Journal für kritische Migrations- und Grenzregimeforschung* 1 (1): 1–21.
- Reckwitz, A. (2016):** Kreativität und soziale Praxis Studien zur Sozial- und Gesellschaftstheorie. Bielefeld: transcript Verlag.
- Reddy, S. (2015):** *Nursing and Empire: Gendered Labour and Migration from India to the United States*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2015):** Das kanadische Express-Entry-System. 9. September: 1–4.
- Schwiter, K./Berndt, C./Schilling, L. (2014):** Ein sorgender Markt: Wie transnationale Vermittlungsagenturen für Seniorenbetreuung (Im) Mobilität, Ethnizität und Geschlecht in Wert setzen. In: *Geographische Zeitschrift* 102 (4): 212–231.
- Sporton, D. (2013):** ‘They Control My Life’: the Role of Local Recruitment Agencies in East European Migration to the UK. In: *Population Space and Place* 19 (5): 443–458.
- Taylor, A./Foster, J./Cambre, C. (2012):** Training ‘expendable’ workers: Temporary foreign workers in nursing. In: *Societies and Education* 10 (1): 95–117.
- Tomei, G. (2016):** Social Transformation, Subjectification, and Labour Migration: Theorizing the Heterogeneity of Migration Flows in the Current Italian Crisis. In: *Amelina, A./Horvath, K./Meeus, B. (Hrsg.): An Anthology of Migration and Social Transformation: European Perspectives*. Springer International Publishing Switzerland: 167–181.
- Van den Broek, D./Harvey, W./Groutsis, D. (2016):** Commercial migration intermediaries and the segmentation of skilled migrant employment. In: *Work, employment and society* 30 (3): 523–534.
- Weiß, A. (2010):** Die Erfahrung rechtlicher Exklusion. Hochqualifizierte MigrantInnen und das Ausländerrecht. In: *Nohl, A.-M./Schittenhelm, K./Schmidtke, O./Weiß, A. (Hrsg.): Kulturelles Kapital in der Migration: Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 123–137.
- WHO (2010):** *User’s Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. WHO Reference Number WHO/HSS/HRH/HMR/2010.2: 1–40. Geneva: WHO.
- Wrede, S. (2012):** Nursing: Globalization of a female-gendered profession. In: *Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. London: Palgrave Macmillan: 471–487.
- Yeates, N. (2010):** The globalization of nurse migration: Policy issues and responses. In: *International Labour Review* 149 (2): 423–440.
- Yeates, N. (2009):** Production for Export: The Role of the State in the Development and Operation of Global Care Chains. *Population, Space and Place* 15 (2): 175–187.

Yeates, N. (2005): Nannies, nurses and nuns: broadening the scope of global care chain analysis. In: Kofman, E./Parvarti, R. (Hrsg.): Feminist review, labour migrations: Women on the move. London: Palgrave Macmillan: 79–95.

Zentrale Arbeitsvermittlungsstelle (ZAV) (2014): Ausländische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt: Wie die ZAV Ihnen bei der Suche und Einstellung helfen kann. www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjqw/^edisp/16019022dst-bai685070.pdf (28. März 2018).

BETRIEBLICHE INTEGRATIONSPROZESSE VON NEU MIGRIERTEN PFLEGEFACHKRÄFTEN

Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler und Anna Guhlich

1 Subjektorientierte, biographische und anerkennungstheoretische Perspektive auf betriebliche Integration	61
2 Betriebliche Integration zwischen Exit und Verbleib: biographische Fallanalysen	66
2.1 Etablierte und Außenseiter im Arbeitsfeld Krankenhaus	66
2.2 Fürsorgeideal und Zeitdruckzwänge im Arbeitsfeld Altenpflegeeinrichtung	100
2.3 Familialisierungsdruck im Arbeitsfeld ambulanter Pflege/häuslicher Intensivpflege	122
3 Schlussfolgerungen aus den biographischen Fallanalysen	151
4 Literatur	164
5 Anhang: Übersicht der Interviews mit neu migrierten Pflegefachkräften	167

1 Subjektorientierte, biographische und anerkennungs-theoretische Perspektive auf betriebliche Integration

Aus soziologischer Perspektive kann der Gesundheitsbetrieb als ein soziales Feld im Sinne Pierre Bourdieus (1983, 1999) verstanden werden, d. h. als ein Feld, das aus sozialen Beziehungen und Interaktionen von Akteuren besteht, die mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet sind und eigene Interessen und Strategien verfolgen. Bourdieu betrachtet die Konstituierung des sozialen Feldes als Kampf um Ressourcen und symbolische Macht, um Hegemonie und symbolisches sowie soziales Kapital, um Position und Ansehen. Dementsprechend ist das soziale Feld durch typische Spannungen und Konflikte charakterisiert (Bourdieu 1993, Müller 2005). Um die Bedeutung dieser Spannungen und Konflikte zu verstehen, die auf dem sozialen Feld entstehen, ist es jedoch wichtig, nicht nur die Interaktionen, sondern auch die unterschiedlichen biographischen Entwicklungen der Akteure in die Analyse einzubeziehen, da ihre Erfahrungen, Ressourcen und Interessen das Handeln sowie die Zukunftserwartungen beeinflussen können.

Zudem kann behauptet werden, dass das soziale Feld des Gesundheitsbetriebs von Fachkräftemangel und Aktivitäten der Betriebe, Pflegefachkräfte aus dem Ausland zu rekrutieren, gekennzeichnet ist (vgl. vorangegangenen [Beitrag von Rand/Pütz/Larsen](#)). Unter den Bedingungen von Arbeitsmigration in die Pflegebetriebe gestaltet sich das globalisierte (ebd.) und vergeschlechtlichte (Sander 2009) soziale Feld des Gesundheitsbetriebs nicht nur als ein Feld von symbolischen Kämpfen, sondern darin lässt sich auch die von der Macht- und Hierarchie durchdrungene Figurationsstruktur von Etablierten und Außenseitern (Elias/Scotson 1990) deutlich erkennen. Da betriebliche Integration in diesem hierarchischen, oft auch konflikthaften Kontext stattfindet, entstehen im Betrieb nicht nur alltägliche und kommunikative, sondern auch strukturelle Herausforderungen hinsichtlich der Arbeitsorganisation und Gestaltung der Pflege. Da solche Spannungen im Prinzip in jeder Pflegekonstellation zu finden sein können, stellt sich die Frage, ob und falls ja, welche besonderen Herausforderungen für die betrieblichen Interaktionen entstehen, wenn die neu migrierten Pflegefachkräfte das Feld betreten.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitsmigranten, als zunächst nicht zugehörige Gesellschaftsmitglieder, ihr Leben im Migrationskontext so zu gestalten versuchen, dass sie ihre soziale und berufliche Position in der Aufnahmegesellschaft sichern können. Damit handeln sie im Sinne ihrer sozialen Integration (vgl. Brubaker 2001). Sie bemühen sich, sich gesellschaftlich zu integrieren, auch wenn ihre reflexive Auseinandersetzung über ihre

Handlungen nicht an das Integrationskonzept angelehnt ist. Solche handlungsbezogenen Integrationsstrategien sind insbesondere in den biographischen Erzählungen zu erkennen und zu rekonstruieren (Kontos 2017).

Um den vielschichtigen, handlungsbezogenen betrieblichen Integrationsprozess erfassen zu können, nehmen wir eine biographieanalytische Perspektive darauf (vgl. Hoffmann-Riem 1980). Denn durch die Rekonstruktion der biographischen Erfahrungen der Subjekte ist es möglich, Einblicke in deren gesellschaftliches Gewordensein im Zusammenwirken von Struktur und Handeln (Dausien 2000) zu bekommen. Diese Perspektive ermöglicht eine erfahrungsnahe, subjektorientierte Perspektive auf die Gestaltung des Integrationsprozesses, die den Prozesscharakter hervorhebt sowie subtile und auch mögliche repressive Dimensionen des Integrationsprozesses berücksichtigt und die Integration sowohl im Migrations- als auch im betrieblichen Kontext als subjektive Transformationsanforderung²³ versteht. So wird das Verständnis von Integration über die klassische Unterscheidung von kognitiven, sozialen, kulturellen und identifikativen Dimensionen in die Aufnahmegesellschaft (Esser 2004) erweitert und dynamisiert.

Zudem ermöglicht die biographische Perspektive einen erfahrungsnahen Zugang zur Konstitution der transnationalen Lebenswirklichkeiten über die nationalstaatlichen Grenzen hinaus. Denn die Transnationalität impliziert den reflexiven Bezug auf verschiedene Lebens- und Arbeitskontexte sowohl im Aufnahme- als auch im Herkunftskontext und deren biographische Wirksamkeit in der Selbstentfaltung und in den Handlungen von Migrant*innen. Dementsprechend schlagen sich die transnationalen Lebenswirklichkeiten der Migrant*innen als vielschichtige Erfahrungen in den biographischen Erzählungen nieder (Apitzsch/Siouti 2008) und können mit der Biographieanalyse (Schütze 1981, 1983, 1984; auch Rosenthal 2008) rekonstruiert werden.

Das biographische Material beinhaltet oft Erzählungen über Bruch- und Konflikterfahrungen (vgl. Dausien 1992, 1996), die als symbolische Kämpfe im Sinne von Anerkennungskämpfen (Honneth 1992) im sozialen Feld gedeutet werden können. Die Erfassung der betrieblichen Integration auf dem sozialen Feld des Gesundheitsbetriebs erfordert eine Vorgehensweise, die über die normative Konzeption betrieblicher Integration hinausgeht und stattdessen die Frage der symbolischen Kämpfe und der Figuration „Etablierte“ und „Außenseiter“ (Elias/Scotson 1990) sowie der Anerkennung (Honneth 1992) in den Mittelpunkt stellt. Das Anerkennungskonzept rückt die inter-

23 Diese kann z.B. im Kontext biographischer Krisen und deren Bewältigung rekonstruiert werden.

subjektiven Interaktionsprozesse in den Vordergrund, die relevant für die Fremd- und Selbstpositionierung auf dem sozialen Feld des Gesundheitsbetriebs werden. Dem Theoriemodell von Axel Honneth folgend, lassen sich hier drei Sphären der Anerkennung unterscheiden: Menschen werden in den familiären und anderen intimen Beziehungen in ihrer Einzigartigkeit und ihrer Bedürftigkeit, im Arbeitskontext für ihre Fähigkeiten und im Kontext des Rechts als Rechtssubjekte und Gleiche anerkannt. Doch sind die Grenzen zwischen den Sphären der Anerkennung nicht hermetisch geschlossen (Voswinkel 2005). Innerhalb der Sphäre der Arbeit wird meist nicht nur direkte Anerkennung von Fähigkeiten gewährt, sondern die instrumentellen Aspekte der Arbeit werden zudem durch elementare Anerkennungserfahrungen ergänzt, die auch die Einzigartigkeit der Person einbeziehen, wie dies sonst in intimen Beziehungen in Freundschaften und Familie der Fall ist (vgl. Voswinkel 2005). Dementsprechend gehen wir davon aus, dass die feldbezogenen Anerkennungserfahrungen für eine gelungene betriebliche Integration zentral und Missachtungserfahrungen, direkte oder indirekte institutionelle Diskriminierung (Gomolla/Radtke 2002) und Rassismus wiederum schädlich sind.

Der Übergang in den hiesigen Gesundheitsbetrieb als Pflegefachkraft aus dem Ausland kann als eine biographische, prozesshaft strukturierte Statuspassage (vgl. Hoerning 1978) verstanden werden. Die Statuspassage beinhaltet das Durchlaufen verschiedener Stationen und deren biographische Bewältigung. Die Berücksichtigung des Konzeptes der Statuspassage ermöglicht uns, die subjektiven Erfahrungen des Statuswechsels von arbeitssuchender Pflegefachkraft im Herkunftsland zu einer anerkannten Pflegefachkraft in Deutschland genauer in den Blick zu nehmen. Diese Perspektive ist für unsere Forschung insoweit relevant, als es von besonderem Interesse ist, wie eine Passung zwischen vorhandenen Kenntnissen und Kompetenzen der Pflegefachkräfte und den Anforderungen des jeweiligen Pflegesektors gelingt.

Mit Unsicherheiten ausgestattete Stationen der Statuspassage, „Ankommen im Status einer anerkannten Pflegefachkraft“, sind einmal das Bestehen der Auswahlkriterien des Anwerbeprozesses – für Drittstaatsangehörigen auch die Erlangung des benötigten Visums – und zum zweiten das Bestehen der staatlichen Anerkennung des Pflegeabschlusses. Pflegefachkräfte mit im Ausland absolvierter Pflegefachausbildung müssen die Gleichwertigkeit ihres Pflegeabschlusses mit einem deutschen Pflegefachkraftabschluss anerkennen lassen.²⁴ Für die betriebliche Integration und für die Bewältigung der Status-

24 Das Anerkennungsgesetz vom 2012 garantiert einen Rechtsanspruch für die Prüfung der ausländischen Abschlüsse.

passage ist von Relevanz, dass die im Ausland erworbenen, in vielen Fällen akademischen Abschlüsse, mit den entsprechenden deutschen nicht-akademischen Ausbildungsabschlüssen als gleichwertig anerkannt werden. Pflegeabschlüsse aus EU-Staaten werden dabei automatisch anerkannt, wenn der Nachweis der Deutschkenntnisse auf B1 oder B2 Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens vorliegt. Drittstaatler dagegen haben, um als Pflegefachkraft anerkannt zu werden, außer dem Nachweis des Sprachniveaus B1 oder B2 auch zusätzliche Auflagen zu erfüllen, wie den Besuch einer Ausgleichsmaßnahme, beispielsweise einen Anpassungslehrgang oder die Ablegung einer Prüfung. Die Prozedur der Anerkennung der Abschlüsse von Drittstaatlern muss innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein, um weiterhin in Deutschland arbeiten zu können.

Neben der formalen, rechtlichen Anerkennung der Qualifizierung sind jedoch für die betriebliche Integration informelle Anerkennungs- und Missachtungspraktiken von besonderer Bedeutung. In den alltäglichen Interaktionen am Arbeitsplatz zeigen sich diese als „Anerkennungskämpfe“ (Honneth 1992). Für die Analyse der Integration der neu migrierten Pflegefachkräfte in den Pflegebetrieb lassen sich drei wichtige Interaktionsfelder und Anerkennungsverhältnisse unterscheiden: 1) Die Interaktion mit den Kollegen, 2) die Interaktion mit den Vorgesetzten und 3) die Interaktion mit den Patienten und ggf. mit ihren Angehörigen. In all diesen Feldern sind Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen denkbar und für den Verlauf von Integrationsprozessen im Betrieb von Bedeutung. In allen drei Gesundheitssektoren – Krankenhaus, Altenpflege und ambulante Pflegedienste/häusliche Intensivpflege – sind diese Felder zentral. Jedoch lassen sich hier auch Unterschiede feststellen: Im Krankenhaus wird im Team gearbeitet, und die Interaktion zu den Kollegen gestaltet stärker das soziale Feld, während in der Altenpflege und noch mehr in der häuslichen Intensivpflege die Arbeit einzeln durchgeführt wird. Dagegen steht die Interaktion mit den Patienten für die meisten Pflegefachkräfte im Zentrum des Arbeitsalltags. Die physischen und/oder psychischen Krisen der Patienten stellen nicht nur Anforderungen an das professionelle medizinisch-technische Handeln dar, sondern erfordern auch emotionale Arbeit (Davis/Kramer/Strauss 1975, Hochschild 1979).

Betriebliche Integration im sozialen Feld des Gesundheitsbetriebs hängt von der Interaktion der beteiligten Akteure ab. Die Interaktionen im globalisierten Gesundheitsbetrieb verleiten die Subjekte häufig dazu, dem „Anderen“ mit „natio-ethno-kulturellen Zuschreibungen“ (Mecheril 2003) zu begegnen und die damit entstehende Unterscheidung zwischen „Wir“

und „Nicht-Wir“ zu naturalisieren (Mecheril et al. 2013: 18). Differenzen werden im Arbeitskontext mit Hilfe von essentialistischen Kulturbegriffen über das Wesen der Menschen aus verschiedenen Herkunftsregionen erklärt und handhabbar gemacht. Gleichzeitig können sie bewertet und hierarchisch eingeordnet werden (vgl. Batnitzky/McDowell 2011). Die Praxis der „Kulturalisierung“ von Differenzen und entsprechende Anrufung des migrantischen Subjekts als „Andere“ haben erhebliche Auswirkungen auf das Selbstverständnis von migrierten Pflegefachkräften und dementsprechend auch auf den betrieblichen Integrationsprozess.

In diesem Kapitel möchten wir aus der biographischen Perspektive die Prozesse betrieblicher Integration im Zusammenhang von formalen und informellen Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen analysieren. Dabei berücksichtigen wir die Auseinandersetzungen mit Fachlichkeit, Arbeitsorganisation und Kulturalisierung, da diese betriebliche „Passungsprozesse“ (Wissen und Können der neu migrierten Pflegefachkräfte versus Anforderungen des Betriebs) tangieren und somit im Zentrum von Interaktionen und Integrationsaushandlungen stehen. Somit liegt der Fokus der hier vorgelegten Darstellung in der Erläuterung des betrieblichen Integrationsprozesses im Zusammenhang von Migrations- und biographischen Prozessen aus einer gesamtbiographischen Perspektive der neu migrierten Pflegefachkräfte. Die Darstellung der Ergebnisse aus der biographischen Analyse orientiert sich an Exit oder Verbleib im Betrieb als Grobindikatoren für betriebliche Bindung und schließlich für betriebliche Integration, die auch außerbetriebliche Faktoren der Integration mit einschließt. Die hier vorgestellten sieben Fälle bringen besonders prägnant typische Muster, die sich in anderen Fällen auch finden lassen, zum Ausdruck. Die Fallstudien, die jeweils Typen repräsentieren, sind Ausprägungen der subjektiven Verarbeitung einer allgemeinen Grundstruktur der „ambivalenten Anpassung“, die wir in allen Fallanalysen feststellen konnten und die wir im Folgenden in ihren Differenzen und ihrer Einbettung in unterschiedlichen Arbeitsorganisationsstrukturen darstellen wollen.

2 Betriebliche Integration zwischen Exit und Verbleib: biographische Fallanalysen²⁵

2.1 Etablierte und Außenseiter im Arbeitsfeld Krankenhaus

Im Krankenhaus liegt der Schwerpunkt auf der Wiederherstellung von Gesundheit. Die Pflege leistet hier Unterstützungsarbeit für die Medizin (Schroeter 2006). Für die Deckung des Pflegefachkräftebedarfs greifen Krankenhäuser häufig auf die Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland zurück (vgl. vorangegangenen [Beitrag von Rand/Pütz/Larsen](#)).

Auf der Grundlage der Interviewanalyse lässt sich das Arbeitsfeld Krankenhaus als ein Machtfeld rekonstruieren. Die hierarchischen Verhältnisse und das Machtungleichgewicht zwischen den Etablierten und Außenseitern werden in diesem Kontext immer wieder neu hergestellt. Auf diesem Feld konnten drei unterschiedliche Typen bezüglich der Verarbeitung der betrieblichen Passungsforderungen rekonstruiert werden, die im Folgenden anhand von drei exemplarischen Fallanalysen dargestellt werden.

2.1.1 Leiden an der Entwertung und Verbleib – Maria S.

Kurzporträt

Maria S. ist 30 Jahre alt. Sie hat ein vierjähriges akademisches Krankenpflegestudium im Jahr 2009 in Portugal abgeschlossen und war danach über zwei Jahre lang in unsicheren, befristeten Arbeitsverhältnissen berufstätig. Um ihre berufliche Situation zu verbessern, migrierte sie im Jahr 2012 über eine Anwerbeaktion für Pflegefachkräfte nach Deutschland. Seitdem arbeitet sie als Pflegefachkraft in einem Krankenhaus. Obwohl Maria S. zunächst alleine nach Deutschland übersiedelte, folgte ihr ein Jahr später, so wie es von beiden ursprünglich geplant war, ihr Freund.

Krisenbedingte Migrationsmotivation und familiäre Migrationsentscheidung

„Alles hat angefangen, weil Portugal seit Jahren in einer Finanzkrise ist. Aber das ist fast ganz europaweit, aber ja. Mehr ist in Portugal, Spanien, Italien. Aber das war wegen dieser Krise, dass ich hier gekommen bin.“ (Z. 7–20)

25 Wir bedanken uns bei Jonas Keil, Alexandra Petukhova und Miriam Courbier für ihre wertvolle Unterstützung bei der Bearbeitung und Interpretation des empirischen Materials.

Maria S. beschreibt ihre Entscheidung, als Pflegefachkraft nach Deutschland zu gehen als eine logische Folge der „fast ganz europaweiten“ Finanzkrise, unter welcher auch Portugal seit Jahren leidet. Diese gesamtgesellschaftliche Entwicklung spiegelt sich in Marias prekären Arbeitsverhältnissen und ihren unsicheren Zukunftsperspektiven wider.

„Und eines Tages, mein älterer Bruder hat mir eine Zeitung Zuhause mitgebracht und hat mir also gezeigt, guck mal, steht da, eine Bewerbung. Krankenhäuser suchen Pflegekräfte und du kannst einen unbefristeten Vertrag bekommen und so weiter. Die sollen dir ein sechs Monat Deutschkurs bieten. Was glaubst du? Ich habe mein Lebenslauf geschickt, ein paar Monate später hab ich ein Interview gehabt und bin gewählt sozusagen. Das waren viele Leute deswegen bin ich hier gekommen. Warum hab ich das gemacht? Ich habe vorher in Portugal mehr als zwei Jahre gearbeitet. In Portugal ist ein Studium, nicht ein Ausbildung wie hier, um Krankenpfleger zu sein. Genau, ich hab vier Jahre studiert. Und nach meinem Studium, nach einem Monat später habe ich meine erste Arbeit bekommen, aber das war leider nur für drei Monate. Ich war damals sozusagen selbstständig, weil keine Festverträge in Portugal war. Ist ganz schlimm, einen Vertrag zu bekommen. Wegen diese Krisensituation. [...] Nach diesen drei Monaten hab ich wieder gesucht und ein Monat später hab ich wieder eine neue Arbeitsstelle bekommen. Und das war ein Jahr und ein paar Monate noch. Danach wieder die gleiche Geschichte.“ (Z. 20–51)

Maria erläutert hier, wie es dazu kam, dass sie als Pflegefachkraft nach Deutschland kam. Ihre Erzählweise deutet darauf hin, dass es sich um einen schicksalhaften Zufall handelte, da sie ihre Erzählung an der Stelle mit „Und eines Tages“ beginnt. Sie schildert, wie sie mit Hilfe ihres Bruders durch die Zeitungsannonce über die Anwerbung von Pflegefachkräften nach Deutschland erfuhr und sich hierauf erfolgreich bewarb. Die Migration nach Deutschland erscheint als eine Lösung für ihre unsichere berufliche Situation. Das Versprechen von einem „besseren“ Leben und beruflich sicheren Zukunftsperspektiven in Deutschland konkretisiert sich darin, einen festen Arbeitsvertrag in Deutschland bekommen zu können.

Trotz des Versprechens auf eine sicherere berufliche Zukunft, fiel Maria die Entscheidung, dem Arbeitsangebot zu folgen, schwer, da dies zunächst mit einer Trennung von der Familie in Portugal einherging. Letztendlich waren es die familiären Erwägungen, die Maria dazu veranlassten, sich zu bewerben und über das Anwerbeprogramm für Pflegefachkräfte nach Deutschland zu gehen. Denn sowohl ihre Mutter als auch ihre Brüder ermutigten sie, diese unerwartete Möglichkeit zu ergreifen, während sie selber in ihrer Entscheidung eher unsicher wirkt. Sie beschreibt sich selbst nicht als Aktive, die die Entscheidung trifft, ins Ausland zu gehen, sondern sie reagiert lediglich auf die Aufforderung ihrer Brüder und ihrer Mutter, die die Migration als

eine einmalige berufliche Chance betrachten. Somit erscheint die Migration von Maria als ein familiäres Projekt, ein Ergebnis von Überlegungen mehrerer Familienmitglieder.

„Ich und meine Mutter sind [...] Fleisch und Haut [...] Wir haben starke Verbindung. Und meine Mutter ist [...] wichtigste Person für mich. Es hat wahrscheinlich wehgetan, wenn sie das mir gesagt hat ‚Gehe. Du musst gehen.‘ Die hat das gemacht. Also für sie, war so ‚Ahhh‘ [imitiert sehr hellen Ton] für sie, für mich auch. Sie hat mir gesagt ‚Du kannst nicht mehr so leben. Du arbeitest und am Ende des Tages ist Schluss. Wie kannst du also ein Leben aufbauen, kannst du nicht.‘ Mit der Unterstützung von meiner Familie wie gesagt, meiner Mutter, meiner Brüder, bin ich hier gekommen.“ (Z. 103–113)

Maria verweist hier auf die engen Familienbeziehungen und deren Einfluss auf ihre Migrationsentscheidung. Sie unterstreicht insbesondere die enge Beziehung zu ihrer Mutter und ihren eindringlichen Rat, ins Ausland zu gehen, um somit bessere Zukunftsperspektiven zu haben. Jedoch geht der Migrationsschritt mit einer Trennung von der Familie einher und stößt einen Ablösungsprozess von der engen Mutter-Tochter-Beziehung an.

Es kann festgehalten werden, dass Marias Migrationsentscheidung als ein Ergebnis von intersubjektiven Erwägungs- und Aushandlungsprozessen erscheint. Der Entscheidungsprozess findet in Form einer reflexiven, kommunikativen Auseinandersetzung mit den signifikanten Anderen statt, in der das Wissen über mögliche Vor- und Nachteile der Migration ausgetauscht wird. Die Entscheidung zu migrieren erscheint dann letztendlich als eine familiäre Strategie, um die finanzielle und biographische Krise, die gesellschaftlich bedingt ist, zu bewältigen. Dass die Entscheidung im Fall von Maria auf Deutschland fiel, obwohl auch andere Länder eine Option darstellten – etwa Großbritannien, wo einer ihrer Brüder lebt – hängt nicht nur mit den positiven Bildern, die sie und ihre Familie von Deutschland hatten, zusammen, sondern auch mit der von einem deutschen Krankenhaus vorangetriebenen Anwerbungskampagne von Pflegefachkräften in Portugal. Die Zeitungsannonce, die Marias Bruder entdeckt hatte, versprach einen vorbereitenden Deutschkurs sowie einen festen Vertrag und erzielte somit – zumal in der prekären beruflichen Lebenssituation Marias mitsamt den unsicheren Zukunftsperspektiven – eine enorme Wirkungsmacht in ihrer berufsbiographischen Planung.

Zügiger Anwerbeprozess und formale Anerkennung

Dadurch, dass Maria über das Anwerbeprogramm nach Deutschland kam, gestaltete sich die Anwerbe- und Anerkennungsphase in einer vorstrukturier-

ten und zeitlich getakteten Form. Die gesetzlichen und bürokratischen Formalien, die mit verschiedenen Prüfungen verbunden sind, unterstreichen den Anspruch des Anwerbeprogramms, die besten Pflegefachkräfte nach Deutschland zu holen. Entsprechend, betont Maria stolz, dass sie in einem kompetitiven Selektionsverfahren „ausgewählt“ wurde. Jedoch ist das Versprechen von einer besseren, vertraglich sozial abgesicherten beruflichen Perspektive von Unsicherheit und Unwissenheit bezüglich der tatsächlichen, zukünftigen Tätigkeit in Deutschland begleitet.

„Aber keiner wusste, in welche Station er arbeiten wird. Das war der erste Juni – wenn wir unsere Verträge unterschrieben haben – kurz danach ist jemand in die 6A, 4C, 3D, F1, was heißt das? Wir haben von Manuela einen Zettel bekommen und da waren unsere Namen ‚Maria – Station 6AY‘, ‚Patricia – Station XY‘, was ist das, wusste keiner“ (Z. 904–913)

Maria schildert hier die Unsicherheit, die nicht nur sie, sondern auch andere Kolleginnen in der Bewerbungsphase und beim späteren Einstieg in das Arbeitsfeld spürten. Vieles erschien bei diesem Übergang für sie nicht nachvollziehbar und war unverständlich wie z. B. die im Zitat genannten Abkürzungen. Es scheint keine ausreichende Aufklärung in der Anwerbephase über den Betrieb gegeben zu haben.

Reflexion über die Fachlichkeit und die Gleichsetzung des Ungleichen

Bereits am Anfang der Erzählung führt Maria das Thema der Differenz zwischen der akademischen Pflegeausbildung im Herkunftsland und der nicht akademischen Pflegeausbildung in Deutschland ein und deutet auf die Wertigkeitsprobleme, die diese Differenz mit sich bringt. Entsprechend nimmt die Reflexion über die Anerkennung des akademischen Diploms als gleichwertig mit dem deutschen Ausbildungsabschluss viel Raum in der Erzählung. In ihrer Erzählung betont Maria eine bessere und höhere Qualifikation sowie ein breiteres Kompetenzspektrum zu haben im Vergleich zu Pflegefachkräften, die ihre Ausbildung in Deutschland absolvierten.

„Es ist besser in Portugal. (lacht) Ich bin besser, viel besser, ich und meine Kollegen sind viel besser vorbereitet als z. B. meine Kollegen von hier. Wir haben mehr Kompetenzen. Wir machen viel mehr als hier. Wir verdienen leider weniger als hier, aber okay, [...] ein Studium in Portugal ist besser als ein Ausbildung hier. Muss ich sagen. Zum Beispiel eine Kollegin von mir, die wollte eigentlich bei Neonatologie arbeiten, mit den Neugeborenen. Hier muss man eine Ausbildung [...] nur für Kinder. Oder z. B. mit älteren Leuten. Ausbildung für Altenpflege genau. Mit unserem Studium in Portugal können wir in der Neonatologie z. B. arbeiten, in Altenpflege arbeiten, in Psychiatrie arbei-

ten, in Intensivstation arbeiten. Weiß ich nicht, Dialyse oder so weiter, OP, wir sind für alle Fachbereiche bereit. Egal wo, egal was, wir haben schon Wissen. Hier ist anders. [...] Es gibt hier diese Ausbildung, gibt es seit einem Jahr oder vielleicht ein bisschen mehr, Studium auch, hier wegen Pflegekräfte. Aber nur Bachelor. Doch Master auch. [...] Ich und meine Kollegen sind hier gekommen mit einem Diplom. Und wir verdienen wie die Kollegen, die eine Ausbildung haben. Das ist komplett unfair, weil wir ein Diplom haben und unser Diplom ist europaweit anerkannt. [...] z. B. verdienen wir wie die anderen die eine Ausbildung haben. Das ist ja nicht gut. Nicht so gut.“ (Z. 324–348)

Maria konstruiert hier ein Kollektiv der ethnischen Gruppe der Kollegen und spricht im Namen des Kollektivs: „Wir sind besser“. Sie gibt damit einen Diskurs wieder, der im Zuge von Vergemeinschaftungsprozessen der neu migrierten Pflegefachkräfte entsteht. Sie betont den Vorsprung an Kompetenzen, den eine akademisch und universell angelegte Bildung ermögliche und kommt in diesen Zusammenhang auf die niedrigere Entlohnung der Pflegefachkräfte in Portugal zu sprechen. Ihrer Ansicht nach entspricht die materielle Entschädigung im Herkunftsland nicht dem dargestellten Qualitätsvorsprung des portugiesischen Bildungssystems. Sie fügt ein resigniertes „aber okay“ hinzu und zeigt damit die ohnmächtige Akzeptanz der wirtschaftlichen Differenzen zwischen beiden Ländern.

Die universelle Anlage des Studiums begründet für sie die Vielseitigkeit der Kompetenzen. Sie stellt anschließend selbstbewusst dar, dass es Versuche gibt, die Pflegeausbildung auch in Deutschland aufzuwerten und die akademische Pflegeausbildung auch hier zu etablieren. Das deutsche Pflegeausbildungssystem erscheint also in ihrer Erzählung im Vergleich zu dem portugiesischen als reformbedürftig.

Wieder als Teil des konstruierten Kollektivs sprechend, betont Maria die Ungerechtigkeit der Gleichstellung der Verdienste der akademisch gebildeten mit den Einkünften der nicht-akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte. Damit entfaltet sie die Frage der Gerechtigkeit im Sinne einer normativen Arbeit (Dubet 2008), indem sie die im formalen Anerkennungsprozess angelegte Gerechtigkeitsproblematik der „Gleichsetzung des Ungleichen“ – die als „institutionelle Diskriminierung“ (Gomolla/Radtke 2002) betrachtet werden kann – in den Mittelpunkt stellt. Diese Ungerechtigkeit untermauert sie zudem mit dem Argument, dass das in Portugal erreichte akademische Diplom „europaweit anerkannt“ würde.

Aus Marias Perspektive findet also auf der Ebene der Anerkennung formaler Qualifikationen eine De-Qualifizierung der neu Migrierten statt. Dieser Wertverlust zeige sich nicht nur in dem weniger Verantwortung beinhal-

tenden Anforderungsprofil der auszuübenden Pflegetätigkeiten, sondern auch in der einheitlichen Vergütung der ausgeübten Pflegetätigkeit des akademisch und nichtakademisch gebildeten Pflegepersonals. Dies führt zu Marias Unzufriedenheit und gibt ihr das Gefühl der formal nicht adäquaten Anerkennung ihrer Qualifikation. Die intensive Auseinandersetzung mit der Wertigkeit der Ausbildungen deutet darauf hin, dass dies zu einer berufsbio-graphischen Last wird, die das berufliche Selbstverständnis erheblich beeinflusst, und die Hypothese erlaubt, dass Maria in der Anwerbephase nicht ausreichend über diese Differenzen informiert wurde.

Die Auseinandersetzung mit der Problematik der Differenz zwischen dem im Herkunftsland geltenden beruflichen Selbstverständnis und den Fachlichkeitserwartungen in Deutschland bezieht sich zudem auf die Dimension des Stellenwerts der Emotionen in der Pflegearbeit. Eine weitere berufsbio-graphische Last entsteht somit aus der Unmöglichkeit, ihr Pflegeverständnis in der Praxis umzusetzen. Ihre Identifikation mit dem Beruf wird deutlich durch die Vorstellung von sich selbst als eine in den Pflegeberuf Berufene. Sie beschreibt ihr Bedürfnis, sich um andere zu kümmern und zu pflegen, als einen Kindheitstraum, der letztendlich durch ihren Pflegeberuf in Erfüllung gegangen ist: „ich bin so geboren [...] ich mag sehr gerne helfen“. Dieses Zitat unterstreicht, wie Maria ihren Beruf als Teil ihres Selbst und ihrer Existenzweise sieht. Zudem zeigt sich dies in ihrem Pflegeverständnis „Krankenschwester zu sein ist Empathie [...] ist Liebe zu haben“.

„Meine Patienten sind Wichtigste für mich. Ein großer Teil von meinen Kollegen machen nur diese Tätigkeiten sozusagen. Sie bereiten die Infusionen vor dann sind die fertig, die gehen raus. Also für mich ist anderes. Und meine Patienten sagen das auch ‚Das ist eine extrem liebe Krankenschwester‘. Ja, ich hab in Portugal geweint, eine Patientin von mir hat mir einen Brief geschrieben, weil sie damals wusste, dass ich hier gehen könnte. Hat mir Brief geschrieben, um sich zu bedanken. Wegen meiner Arbeit und so weiter. Ich war extrem froh auch und glücklich. [...] Ich hab hier auch viele Komplimente von meinen Patienten bekommen, dass mein Arbeit komplett unterschiedlich von meinen Kollegen ist.“ (Z. 277–291)

Marias Pflegeverständnis und ihr Verständnis von Fachkompetenz kommen zum Ausdruck im respektvollen und sorgenden Umgang mit den Patienten. Sie versteht Pflege als Beziehungs- und Emotionsarbeit. Sie sieht ihr Pflegeverständnis in einem starken Kontrast zu der distanzierten Fachlichkeit ihrer Kollegen. Diese wird zu einer Folie der Beurteilung ihres beruflichen Selbstverständnisses und öffnet dadurch ein zusätzliches Kampffeld von Fachlichkeitsverständnis.

Die auf der formalen Ebene stattfindende De-Qualifizierung stellt nicht nur einen psychisch belastenden Faktor dar, sondern beeinflusst auch den Integrationsprozess in den Betrieb. Da ihr Migrationsprojekt als eine Fortsetzung ihres erfolgreichen Bildungsaufstiegsprozesses zu deuten ist, steht sie vor einem Dilemma: Die Migration hat ihre berufliche Situation auf eine ambivalenten Art verändert: Sie hat ihr einen unbefristeten Arbeitsvertrag ermöglicht, jedoch geht dieser mit einer Entwertung ihrer akademischen Qualifikation einher. Wie sich dies nun in der Arbeitsorganisation zeigt, werden wir im Folgenden erläutern.

Fachlichkeit in der Pflege: Arbeitsorganisation und Diskriminierung

Obwohl Maria vorher kaum Informationen über ihre zukünftige Arbeitsstelle erhalten hatte, bot eine zweiwöchige Einführung am Arbeitsplatz einen guten Start. Sie hebt in ihrer Erzählung die positive Seite dieser ersten zwei Wochen hervor und betont, dass alles am Anfang „traumhaft“ gewesen sei. Dieser traumhaften Einführungszeit würde jedoch der Berufsalltag folgen, der – in mehrfacher Hinsicht – neue Herausforderungen darstellte.

„Wir haben ein gutes Willkommen bekommen. Muss ich sagen, die ersten zwei Wochen sind sehr gut gelaufen. Danach nicht mehr. Die sind frustriert oder so, die Deutsche. Ich muss das sagen, die sind irgendwie frustriert wegen Arbeit oder so. Lust haben sie nicht zu arbeiten. Nee. Nee-nee-nee. Nach diesen zwei Wochen, das war vorher happy ne? also alles gut und danach ist es mit der Zeit alles schief gelaufen. Ich kann heute sagen, die Deutschen mögen nicht so gerne Ausländer.“ (Z. 938–945)

Maria deutet die unfreundliche Behandlung seitens der etablierten Kolleginnen und Kollegen als Ergebnis von Lustlosigkeit und Frustration. Die Pflegearbeit scheint unter Bedingungen von Unterbesetzung und Stress stattzufinden und für alle Beteiligten große Herausforderungen darzustellen. Die Wahrnehmung eines respektlosen Umgangs der Etablierten mit den neu migrierten Pflegefachkräften, der in Marias Aussage „die Deutschen mögen nicht so gerne Ausländer“ zum Ausdruck kommt, kann als Wahrnehmung eines „Alltagsrassismus“ (Velho 2015) gedeutet werden. In der folgenden Passage macht sie das Argument des Alltagsrassismus explizit.

„Wenn eine Deutsche befriedigend oder nicht so gut macht, kann eventuell ein Kompliment oder etwas ähnliches von einem Kollegen von ihr oder seiner Chefin bekommen. Aber, wenn ein Ausländer etwas gut macht nix. Wenn ein Ausländer etwas vergisst, wenn etwas schief bei einem Ausländer gelaufen ist, mein Gott, Krieg. Eine Kollege von mir mag das nicht so gerne, aber ich hab das schon auf meiner Station mehrmals gesagt: Rassismus heißt es. Und das

gibt es in meiner Station. Also insgesamt in unserem Krankenhaus die brauchen die Leute, die sind sehr sympathisch am Anfang, aber danach das Gegenteil, das Gegenteil. Das ist wie [...] hier ist Feuer, hier sind die Ausländer. Egal was, hier sind immer die Deutschen (tippt energisch auf die imaginäre Position auf dem Tisch), nicht da, sondern hier. Gibt es Rassismus, doch gibt es. Nach dem Anfang, nach den ersten Monaten hab ich meine Mutter angerufen da ich habe gesagt ‚Ich gehe zurück, ich kann nicht mehr. Ich kann nicht mehr [...] Ich laufe, ich höre schon Kommentare hinter meinem Rücken. Die sind einfach böse, die sind frustrierte Leute. Ich mache sehr gerne und gut meine Arbeit und die [...]‘.“ (Z. 951–969)

Maria unterstreicht die Ungleichbehandlung von migrierten und „deutschen“ Pflegefachkräften durch Vorgesetzte. Die Missachtungserfahrungen, die migrierte Pflegefachkräfte machen würden, wären gekoppelt mit der Erfahrung der fehlenden Unterstützung und Anerkennung bei der anstrengenden Einarbeitung in die neue Arbeitsumgebung. Die Fachlichkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte würde in Frage gestellt werden und einer starken bewertenden Kontrolle unterzogen. Missachtung werde nicht nur auf der Ebene der elementaren Beziehungen, sondern auch auf der Ebene der Fachlichkeit erfahren. Hieraus erfolgt eine ungerechte, diskriminierende und, in der Terminologie von Maria, „rassistische“ Behandlung. In der narrativen Darstellung zeigt sich die Konfliktlinie zwischen den neu migrierten und den etablierten Pflegefachkräften in der mangelhaften Kommunikationspraxis und dem schwierigen Verhältnis zu den Vorgesetzten.

Diese Problematik beeinflusst Marias Motivation negativ, was sich in ihrer Aussage „Meine einzige Motivation sind meine Patienten“ ausdrückt. Für Maria scheint das auf Liebe und Empathie basierende Arbeitsethos und ihr Pflegeverständnis, das sich in ihrem Umgang mit den Patienten zeigt, als eine kompensierende Bewältigungsstrategie des konfliktreichen Alltags am Arbeitsplatz zu fungieren. Das Verhältnis zu ihren Vorgesetzten sowie zu den alteingesessenen Kollegen ist ihrer Erzählung nach durch Nicht-Anerkennung als Person und Fachkraft gekennzeichnet, während die Patienten für sie eine bedeutende Anerkennungsquelle darstellen. Maria befürchtet, dass sogar ein Abteilungswechsel keine Möglichkeit böte, den rassistischen Strukturen zu entfliehen. Diese Konflikte scheinen die symbolische Grenze und somit die hierarchische Ordnung am Arbeitsplatz zwischen Etablierten und neu Migrierten zu festigen.

Der Einfluss von außerbetrieblichen Faktoren auf den betrieblichen Integrationsprozess

Der betriebliche Integrationsprozess von Maria bzw. ihre Betriebsbindung wird von weiteren außerbetrieblichen Faktoren beeinflusst. Marias Mutter hat erheblich dazu beigetragen, dass sie trotz Konflikten, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen weiterhin in Deutschland und im Krankenhaus als Pflegefachkraft tätig geblieben ist. Die Mutter fordert von ihr „Geduld, Geduld, Geduld“, was als eine defensive familiäre Strategie, um mit Ungleichheiten umzugehen, gedeutet werden kann. Ohne die Unterstützung der Mutter hätte Maria wahrscheinlich den Arbeitsplatz gewechselt, wäre nach Portugal zurückgekehrt oder in ein anderes Land weitergezogen.

Ihr Freund, der ihr nach Deutschland gefolgt ist, lernt Deutsch und ist in einem Arbeitsbereich tätig, der nicht seiner Ausbildung entspricht. Auch die berufliche Situation des Freundes erlaubt keine Rückkehr nach Portugal. Diese ist für beide keine Option, solange die sozioökonomische Lage dort instabil und die Arbeitsmarktsituation durch Prekarität gekennzeichnet bleibt.

Leiden an der Entwertung und Verbleib: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Die Analyse der biographischen Erzählung zeigt, dass Maria die biographische Statuspassage mit dem Abschluss der formalen Anerkennung erfolgreich durchlaufen hat, obwohl sie ihre Arbeit als einen Leidensprozess und als eine biographische Krise erfährt. Maria erzählt von kumulativen Entwertungserfahrungen sowohl in Bezug auf die formale Anerkennung des Pflegeabschlusses – die Gleichstellung des akademischen Abschlusses mit dem Ausbildungsabschluss wird als eine Entwertung erfahren – als auch in Bezug auf die informelle Anerkennung im Arbeitsalltag.

Die Hektik und der Stress, die am Arbeitsplatz herrschen, würden ihrem Pflegeverständnis, das auf Emotionalität und Gefühlsarbeit basiert, widersprechen. Zudem finden verschiedene konflikthafte Aushandlungsprozesse entlang von Fachlichkeit und Arbeitsorganisation statt. Dementsprechend ist der betriebliche Integrationsprozess in das Arbeitskollegium von Unsicherheiten, Ambivalenzen, Diskriminierung und Rassismuserfahrungen geprägt. Die Anerkennung der guten Arbeit durch die Kollegen sowie durch Vorgesetzte bliebe aus. Es scheint, dass die wegbleibende Anerkennung, und die Erfahrung von Missachtung als Ausschlussmechanismen auf dem sozialen Feld des Betriebes wirksam sind und die Figuration „Etablierte und Außenseiter“ festigen.

Insgesamt steht Maria sowohl psychisch als auch physisch unter starken Belastungen und ist sogar Burnout-gefährdet. Das Migrationsprojekt, das mit dem Versprechen auf ein besseres und finanziell abgesichertes Leben verbunden war, ist letztendlich zu einer biographischen Leidenserfahrung geworden. Maria hat ihre berufliche Situation durch den unbefristeten Arbeitsvertrag verbessert, doch ist dies mit hohen persönlichen Kosten verbunden. Die fortdauernde Finanzkrise und die fehlenden beruflichen Zukunftsperspektiven in Portugal, aber auch der familiäre Druck, trotz der Probleme am Arbeitsplatz auszuharren, zwingen sie weiterhin, in Deutschland und im Betrieb zu bleiben. Sie selbst sieht die Veränderung ihrer Arbeitssituation als eine Bedingung, um im Betrieb weiterhin arbeiten zu können. Sie hadert zwischen Verbleib und Exit: Obwohl sie ihre persönliche Leidensgrenze erreicht hat und bereit wäre, die Arbeitsstelle zu verlassen, befürwortet ihre Mutter den Verbleib und verlangt von ihr weiterhin „Geduld“. Aus der biographischen Perspektive kann festgestellt werden, dass für Maria weiterhin die Möglichkeit besteht, ihr Migrationsprojekt in einem anderen Land fortzusetzen, da sie außer der erlebten Missachtung seitens der Kollegen, in ihrer jetzigen konflikthaften beruflichen Situation keine Aufstiegsmöglichkeiten sieht und dies als eine Stagnation ihrer beruflichen Entwicklung deutet. Dies bringt Maria mit folgenden Worten zum Ausdruck: „Wie kann ich mich weiterentwickeln? Die machen sofort eine Grenze. [...] Ich hab alles geschafft [...] aber Kraft, Lust, Motivation [...] ich bin fix und fertig. Anderes Land vielleicht, vielleicht nicht. Das weiß ich nicht“. Der Verbleib im Betrieb wird von der Idee des möglichen Exits getragen. Trotz der konflikthaften Interaktionen und Erfahrungen von Benachteiligung und Diskriminierung am Arbeitsplatz, entsteht aus der Notwendigkeit, den Berufsalltag zu bewältigen, eine Art „pragmatischer Zusammenarbeit“ (Schmidt 2006) mit den Kollegen.

2.1.2 Anerkennungskämpfe und Exit – Antonios N.

Kurzporträt

Antonios N. ist 36 Jahre alt. Er hat in Griechenland ein vierjähriges akademisches Pflegestudium abgeschlossen und dort sieben Jahre lang als Pflegefachkraft im OP-Bereich gearbeitet. Im Rahmen einer Anwerbungsaktion ist er 2013 zusammen mit seiner Ehefrau, die auch Krankenpflegerin ist, und der dreijährigen Tochter nach Deutschland gekommen. Er arbeitet seitdem als OP-Pflegefachkraft in einem großen Krankenhaus.

Die leicht nachdenkliche, positive Evaluation der Migration

Bezeichnend für Antonios Erzählung, ist, dass er auch im Namen seiner Frau spricht, quasi als Vertreter des Paares, das zusammen ausgewandert ist und auch beim selben Arbeitgeber arbeitet. Er fängt seine Erzählung mit einer kurzen Präsentation seiner beruflichen Laufbahn und seiner Migration an und beendet sie mit einer leicht nachdenklichen, positiven Evaluation: „Aber eigentlich bin ich zufrieden, meine Frau auch zufrieden“. Diese positive Bilanz wird im Interview an vielen Stellen offensiv vertreten und expliziert. Er präsentiert sich und seine Frau als erfolgreich.

„Für mich persönlich, ich bin OP-Pfleger und ich hätte gern eine Stelle in einem großen Krankenhaus [...] Und, ja natürlich, manchmal ich fühle mich ein bisschen so stolz. Weil ich habe hier geschafft, ich arbeite, im Neuro-OP und ja, das ist nicht ganz einfach (es) ist sehr sehr anspruchsvoll und stressig [...] und deswegen, wie gesagt, habe ich, meine Frau auch, haben wir geschafft und, ja, läuft gut, ja.“ (Z. 48–54)

Die überwältigende Erfahrung der sozialen Krise im Herkunftsland und die Legitimation der Auswanderung

Als Erklärung der Migration wird im Interview das Erleben der umfassenden ökonomischen und sozialen Krise im Herkunftsland besprochen.

„Wenn ich, wenn wir hier in Deutschland gekommen sind, zwei Sachen sind für uns sehr sehr wichtig. Hauptsache war unser Arbeitsvertrag. Wenn das unbefristet ist. Und weil, ich muss aufklären, meine Frau und ich, wir haben in Griechenland Arbeit gehabt [...] Und unsere Wahl, unsere Entscheidung war freiwillig und bewusst. War kein Muss, aus Griechenland ins Ausland gehen, weil keine Arbeit die Leute haben. Nein, das war nicht so für uns. Wir wollen hier kommen, eigentlich, (lacht) ich glaube es ist egal, ob man in Deutschland oder in Frankreich, oder in England, oder keine Ahnung wo, das Wichtigste ist, (lacht) man muss raus sofort aus Griechenland gehen. Das sieht ein bisschen komisch aus, aber, so ist es (lacht).“ (Z. 34–43)

Ähnlich wie in der Erzählung von Maria S. ist für Antonios der unbefristete Arbeitsvertrag von zentraler Bedeutung für die Migrationsentscheidung. Jedoch, die Darstellung der Krise unterscheidet sich hier. Während bei Maria S. die Krise einen normalen Charakter trägt, sie wäre in ganz Europa verbreitet, ist für Antonios die Krise im Herkunftsland von einer exceptionellen Härte gekennzeichnet. Das Erleben der Krise wird zunächst verkasuliert dargestellt. Nachdem er die Position der Stärke dargelegt hat – er und seine Frau waren berufstätig und waren daher nicht wie viele andere gezwungen zu migrieren – und mit Blick auf unbefristete Arbeitsverträge für beide, spricht er den Willen, „hier zu kommen“ aus. Er kommt dann gleich zu einer sehr star-

ken Aussage: „Das Wichtigste ist (lacht) man muss raus sofort aus Griechenland gehen“. Damit öffnet er die Perspektive auf die gesellschaftliche Krise, die umfassend das Leben der Menschen im Land beeinträchtigt.

Die Erzählstruktur deutet darauf hin, dass er zunächst das Erlebnis der Krise nicht aussprechen möchte. Es scheint emotional beladen zu sein. Später geht er immer wieder auf das Thema „Krise in Griechenland“ ein, und durch den Vergleich beider Länder versucht er, seinem Gegenüber die Legitimität seiner Migration zu verdeutlichen, die er auch bereits vor der Migration den Freunden gegenüber verteidigen musste. Das Thema des Vergleichs wird beibehalten und belegt immer wieder einen großen Teil der Argumentation. Er kommt zum Schluss: „Unsere Entscheidung war die Beste“. Das Verharren auf dieser evaluativen Argumentation zeigt, wie stark seine Emotionen bezüglich des Verlassens des Herkunftslandes sind.

Antonios Erzählung ist also vom Druck der Legitimation seiner Auswanderung, der von signifikanten Anderen seines sozialen Umfelds ausging, geprägt.

Der spätadoleszente Wunsch, die Welt kennenzulernen und die Entscheidung zu migrieren

An anderer Stelle erwähnt Antonios jedoch weitere Dimensionen seiner Migrationsmotivation, nämlich den Wunsch, auch von seiner Frau, die Welt kennenzulernen: „Ich bin 36 und ich wollte, meine Frau auch, wir wollten etwas anderes sehen und erleben in Europa und in Deutschland und egal wo.“ Die Migrationsmotivation entsteht in Antonios Fall also vor dem Hintergrund eines überwältigenden Krisenerlebnisses, aber auch vor dem Hintergrund eines Wunsches nach kosmopolitischem Welterleben. Wie in anderen Interviews aus unserem Sample, beispielsweise Maria S, wird der Prozess der Migrationsentscheidung als ein Prozess der intersubjektiven Kommunikation und Abwägung von Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Aushandlung von Interessen zwischen den Familienmitgliedern bzw. dem Ehepaar dargestellt.

„Wir haben mit meiner Frau diskutiert und wie gesagt, erstmal müssen wir wissen, dass natürlich, wir einen unbefristeten Vertrag kriegen. Weil ansonsten lohnt es sich nicht. Und wir haben diskutiert und haben gesagt ‚Okay, wenn was wirklich gut und normal kommt, ja, warum nicht, wir versuchen und wir machen das.‘ Natürlich war nicht einfach, weil in Griechenland haben wir Familie auch [...] Muss man auch dabei berücksichtigen, was die Familie sagt und was mein Vater, meine Mutter und Annas Eltern sagen. Aber wie gesagt, haben wir diese Entscheidung getroffen und, was soll ich sagen, bin ich sehr sehr zufrieden, weil meine Frau auch diese Meinung hatte weil,

okay, könnte ich meine Entscheidung oder meine Meinung haben, aber wenn meine Frau was anderes wollte [...] das ist nicht einfach.“ (Z. 650–664)

Antonios beschreibt die Migrationsentscheidung als das Ergebnis von Diskussionen mit seiner Frau. Gleichzeitig aber werden die Beziehungen zu den Eltern und den Geschwistern mit in Betracht gezogen und die Auswirkungen der Auswanderung auf diese Beziehungen diskutiert. Der Entscheidungsprozess findet als eine reflexive, kommunikative Auseinandersetzung statt, in der das Wissen über mögliche Vor- und Nachteile der Migration ausgetauscht wird.

Die Anwerbungsphase: die Bedeutung der Netzwerke und die Erfahrung der Wertigkeit der eigenen Arbeitskraft

Antonios beschreibt die Anwerbung durch das Krankenhaus als eine Phase geprägt durch hohen Zeitdruck. Andererseits stellt er diese als eine bestätigende Erfahrung dar, da sowohl er als auch seine Frau als wertvolle Pflegefachkräfte erkannt werden und einen Arbeitsplatz im selben Krankenhaus angeboten bekommen.

„Und ich habe diese Arbeit gekriegt und eigentlich das ist sehr sehr einfach gekommen, weil ich bin ein Tag in Privatklinik, wo ich früher gearbeitet hab und hab ich dort einen Freund. Er war hier, er war in Deutschland über 30 Jahre und in Griechenland zusammen gearbeitet. Und er hat mir gesagt ‚Das Krankenhaus kommt morgen, ist schon da und morgen wollen nach Athen gehen. Sind meine Freunde‘ er hat gesagt und ‚wenn du willst, kannst du deine Bewerbung, Lebenslauf schicken‘. Ja, das hab’ ich sofort geschickt (grinsend) und die Leute, zwei, drei Stunden später haben mich angerufen und die nächste Tag haben wir ein Termin vereinbart und ja, sie war sehr sehr zufrieden wegen unsere Lebenslauf und Bewerbung und zwei, drei Tage später oder so was haben wir positive Antwort gekriegt. Und eigentlich, wie gesagt, diese Entscheidung haben wir schon getroffen. Ich meine, ja natürlich, ich will nicht einfach irgendwo, keine Ahnung, gehen, aber wenn was seriös kommt, wenn was normal kommt, ja, warum nicht.“ (Z. 157–171)

Hier ist die Rolle eines Freundes von Antonios für die Migration sichtbar, der die entscheidende Information weitergibt, die Teilnahme an dem Anwerbeverfahren empfiehlt und für die Seriosität der Anwerbung garantiert. Die Schnelligkeit und der positive Ausgang der Ereignisse werden von Antonios als Anerkennung von ihm und seiner Frau als wertvolle, hochqualifizierte Pflegefachkräfte erlebt. Sie waren beide in Beschäftigung, und ihre Kompetenzen waren nicht durch Zeiten des Fachfremdarbeitens oder der Arbeitslosigkeit beschädigt. Die Umstände ihrer Informierung über die Anwerbungsprozedur setzen schnelle Entscheidungen und Handeln voraus. Durch die

Anwerbung werden sie konkret mit der Migrationschance konfrontiert, die dann gleich ergriffen wird, da die Motivation durch die krisenhaften Ereignisse in Griechenland bereits erzeugt worden war.

In der Erzählung über die Erfahrungen im Vorfeld der Migration zeigt sich die zentrale Rolle der transnationalen sozialen Netzwerke bei der Migrationsentscheidung: Familienangehörige und Bekannte, die bereits in Deutschland leben oder gelebt haben, oder transnationale professionelle Kontakte.

„Eigentlich das sollte ich am Anfang sagen, das habe ich vergessen, meine Mutter und meine Schwiegermutter waren als Kinder hier in Deutschland. Über zehn Jahre. Das sollte ich am Anfang sagen (lachend). Und ich glaube das spielt eine Rolle, weil der Opa und die Oma von meiner Frau, waren auch da. Also gibt's Connections (lacht).“ (Z. 664–668)

Antonios zeigt hier, dass es eine familiäre Tradition der Migration nach Deutschland gibt, die die Auswanderung erleichtert und vielleicht auch unterstützt. In weiteren Passagen werden die Anwerbung und die damit einhergehenden Verpflichtungen als „stressig“ bezeichnet, da Deutschlernen und Arbeiten sich abwechselten.

„Am Anfang hier in Deutschland ich meine war ein bisschen stressig weil man musste arbeiten, musste man auch Deutsch lernen und Goethe Institut gehen, nächsten Tag ins Krankenhaus gehen. Am Anfang war ein bisschen, ja stressig, aber ja, so ist es, was sollt ich machen, so ist es, ist schon vorbei. Ich meine, wenn man freiwillig und bewusst, egal, eine Entscheidung treffen, er kann alles schaffen. Ja natürlich muss man Deutsch sprechen, wie kann ich in OP (lacht) kommunizieren und wie kann ich draußen kommunizieren. Ich musste, wir mussten auch Deutsch lernen.“ (Z. 720–729)

Der Wechsel von der Ich-Form zur Wir-Form zeigt hier, wie stressbeladen er diese Phase des Deutschkurses für die ganze Familie erlebt hat. Die Anfangsphase scheint jedoch für die betriebliche Integration nicht problematisch zu sein. Er sieht diese schwierige Phase als eine Notwendigkeit, die sein musste und auf die er selbst eingewilligt hat, dennoch spricht er etwas resigniert über diese Phase, als ob er sie als eine zwar notwendige dennoch heteronom erlebte Vorbedingung für die Anstellung im Krankenhaus betrachten würde.

In der Erzählung wird häufig auf die anfänglichen sozialen Integrationsprobleme und -aufgaben Bezug genommen: die Herausforderungen der Wohnungssuche, die Frage der Kinderbetreuung, die Hilfe durch die Familienmitglieder, das Entstehen neuer Kontakte und Freundschaften und die Aufrechterhaltung der Kommunikation mit Familie und Freunden in Griechenland.

Das besondere Berufsverständnis des OP-Pflegers im Kontrast zum Beruf des Pflegers

Antonios Verhältnis zum Pflege- und OP-Pflegeberuf kommt in seinen Ausführungen deutlich zum Ausdruck.

„Am Anfang ich hab eine Idee gehabt wegen Physiotherapeut. Ich wusste welche Sache, aber am Anfang wie gesagt, ich fühlte mich nicht wohl mit Krankenpfleger, nee, gar nix. Eigentlich bis heute ich fühle mich auch nicht wohl, nur mit Pflege. Ich fühle mich, ich bin nicht guter Pfleger. Aber Pfleger und OP-Pfleger ist ganz ganz anders. Im OP ist total egal, ich finde das sehr sehr interessant. Ja, wie gesagt du hast Stress, hast viel zu tun. Aber ich liebe das, ja wirklich, ich liebe das. Wie gesagt, ich wusste das nicht, dass ich mit meinem Studium diese Arbeit machen könnte. Aber zum Glück ja jetzt ich bin total zufrieden als OP-Pfleger, ja. Als Pfleger, Krankenpfleger habe ich auch ganz gutes Geld. Aber das ist nicht für mich, das ist nicht für mich. Das ist auch interessant aber das ist nicht für mich, nee. Leider nicht (lachend).“ (Z. 386–398)

Indem Antonios betont, dass er am Anfang nicht Pflegefachkraft, sondern Physiotherapeut werden wollte, distanziert er sich deutlich vom Pflegeberuf. Die Wahl des Pflegestudienganges erscheint als eine Verlegenheitswahl. Er ist also eher zufällig in den Beruf hineingerutscht, der sich als der richtige für ihn erwiesen hat. Bis heute fühle er sich „nicht wohl mit Krankenpflege“. Er sei kein „guter Pfleger“, aber Pfleger und OP-Pfleger sei etwas „ganz anders“. Im Kontrast zur Pflege findet er die Arbeit im OP-Bereich sehr interessant, dieser Beruf habe viel Stress, aber er „liebt das“. Damit unterscheidet er zwischen der Krankenpflege als emotionale und körperbezogene Arbeit am Patienten und der Pflege im OP-Bereich, die eher mit technischen Abläufen zu tun hat. Im OP-Bereich sind Patienten durch die Anästhesie als Akteure ausgeschaltet. Er betont, dass ein Pfleger mit Patienten-Bezug auch viel Geld verdienen kann, aber er macht durch Wiederholungen deutlich: das wäre „nicht für mich“.

Auf die Frage der Interviewerin, ob er auch in Kontakt zu den Patienten komme, sagt er: „Ja, kommen wir ganz wenig. Nur für zwei Minuten oder manchmal, wie heute, gar nix“. Somit ist für ihn das soziale Feld Betrieb eher ein Beziehungsgeflecht mit Kollegen sowie mit Vorgesetzten, nicht aber mit Patienten. Entsprechend gestaltet sich der Konflikt um die Fachlichkeit als ein Konflikt mit den Kollegen.

Missachtungserfahrungen und symbolische Kämpfe

Antonios entwickelt eine Erfolgserzählung. Trotz der Zufriedenheit über seinen Erfolg, die oft als Begeisterung, Euphorie und Empowerment zum Ausdruck kommt, bricht jedoch immer wieder in die Erzählung die Erfahrung

von Missachtung ein, die er in der Anfangszeit in der Beziehung zu den Kolleginnen bezüglich der „richtigen“ Arbeitsabläufe im OP gemacht hat. Damit wird die Nachdenklichkeit der positiven Evaluation am Anfang der Erzählung verständlich.

„Wegen Arbeit wollte ich was noch extra sagen. Am Anfang hab ich mit meinen Kollegen ein Problem. Zum Beispiel, wie gesagt, ich war in Griechenland im OP und ich weiß diese Arbeit, das war nicht neu für mich. Ich weiß was ist genau dieses Gerät und was genau wird mit diesem Gerät gemacht. Manchmal die Leute dort waren ein bisschen komisch. ‚Du weißt das, aber hier in Deutschland, okay (lacht)‘ – unauffällige Sache, komische Sachen. Oder das muss so liegen und nicht so und fünf Zentimeter nach links oder, Quatsch. Aber wenn so was sehr oft passiert, dann gibt’s wirklich, gibt’s eigentlich Problem. Deswegen hab ich mit meinem Chef gesprochen. Am Anfang ich wollte weggehen, ich meine in andere OP gehen. Weil, wie gesagt, okay, du kannst nicht mit allen Leute zurechtkommen, okay. Aber einmal, zweimal, dreimal, dann ich hab keine Lust mehr mit dieser Leute zu streiten oder so was. Und ich hab gesagt, wenn das noch einmal passiert, ja, klar, ich gehe. Ich natürlich wollte nicht meine Arbeit einfach so lassen, aber was soll ich machen, wenn man nix sagt, das wird immer immer immer passieren. Das war mein Hauptproblem hier in Deutschland, wegen Arbeit ich meine. Ich weiß nicht warum, oder wie oder keine Ahnung diese Problem gehabt hab, aber seit ein Jahr oder so was, ist weg, nix gemacht. Ja, ist bisschen komisch, ich weiß nicht, aber z. B. jetzt mit diese Leute, mit diese (lacht auf) Kolleginnen ich komme zurecht (lacht auf) und sind alles, alles normal und wirklich ich weiß nicht, weil ich hab auch mit diese Frauen gesprochen, diese Kolleginnen gesprochen und ja sie sagen ‚Ja, Tonio, bitte bleib bei uns‘ und weil wie gesagt, ich wollte gehen, ja? Die sagen ‚Ja Tonio bleib bei uns, ist alles klar‘ und tralala, blablabla.“ (Z. 217–245)

Es geht ihm um die Verteidigung gewohnter Arbeitsabläufe, wie er sie in seiner Arbeit im Herkunftsland praktiziert hat und nicht um die Verteidigung zusätzlicher Kompetenzen der akademischen Ausbildung. Die Kolleginnen haben mehrmals seine Routinen kritisiert und ihn darauf hingewiesen, dass in Deutschland die Abläufe anders seien. Er präzisiert den Konflikt als eine Frage der Anordnung der Operationsinstrumente, was bestätigt, dass es sich nicht um genuine Qualifikationen handelt. Möglicherweise wären diese Routinen auch ohne Konflikt auszuhandeln. Jedoch wird aus dieser Differenz doch ein Konflikt. Der Konflikt veranlasst ihn, mit dem Chef darüber zu sprechen, von dem er eine verständnisvolle Reaktion erhalten zu haben scheint. Gleichzeitig kann er die wiederholte Kritik nicht ertragen und beschließt, das Feld zu verlassen und in eine andere chirurgische Einheit zu wechseln. Nachdem aber bekannt wurde, dass er weggehen wolle, hätten ihn die Kolleginnen besser behandelt und ihn sogar gebeten zu bleiben. Es könnte deswegen ver-

mutet werden, dass dieser Konflikt die symbolische Grenze zwischen Etablierten und neu Hinzugekommenen im Sinne von Elias/Scotson (1993) verdeutlicht und es sich dabei um Aggressionsrituale des Anfangs und Wiederannäherungsrituale der Wiederherstellung von Kollegialität handelt. Die Bedeutung des Konflikts mit den Kolleginnen im OP-Bereich wird darin deutlich, dass er auch an anderen Stellen des Interviews weiter entfaltet wird.

Es geht hier um die Konkurrenz zwischen den etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften bezüglich des „richtigen“ professionellen Handelns. Antonio verteidigt gewohnte Arbeitsabläufe, wie er sie in seiner Arbeit im Herkunftsland praktiziert hat, und nicht seine akademische Ausbildung. Dabei bleibt das Verhältnis zu den Akteuren auf der höheren Hierarchieebene – er habe mit den Ärzten oder den Chirurgen keine Probleme – frei von Konflikten. Es könnte vermutet werden, dass der geschilderte Konflikt des männlichen OP-Pflegers mit dem frauendominierten OP-Team nicht nur ein Kampf zwischen Etablierten und neu Hinzugekommenen, sondern auch der eines Geschlechterkampfes, gefärbt von ethnisierenden Ressentiments, ist.

Zurückhaltung von Wissen als Erfahrung von Missachtung

An einer anderen Stelle beschreibt Antonio die erste Zeit im Betrieb als eine stress- und konfliktreiche, wegen seiner Unsicherheit und Angst, er könnte die Anforderungen – auch wegen der anfänglichen Sprachschwierigkeiten – nicht bewältigen, aber auch wegen der Weigerung der etablierten Kolleginnen, ihm zu helfen und notwendige Informationen über die Arbeit zu geben.

„Am Anfang war wirklich schlimm. Weil mit drei Monate oder sowas Deutschkurs (lachend) kannst du nicht richtig verstehen und sprechen und kommunizieren und war ganz schlimm. Aber ich wollte das sagen, die Leute, meine Kollegen und Ärzte oder der Chef oder sowas, alle Geduld (lacht) gehabt und gemacht. Und ich erinnere mich meinen ersten Tag dort (stöhnt) oh mein Kopf tut weh (lachen) war kompliziert, hundert Prozent kompliziert. Und ich meine, es ist unangenehm, wenn man nicht richtig verstehen kann und nicht richtig sprechen kann. Und natürlich ich kann auch jetzt nicht wie die Deutschen sprechen, aber ich kann mindestens mehr schaffen. Und der erste Eindruck, wie gesagt, war nur wegen Arbeit positiv, weil, wie gesagt, hab ich Angst gehabt ich wusste nicht ob ich schaffen kann oder nicht. Natürlich ich denke ‚Okay, mit Sprache kannst du in ein Jahr, sechs Monate, zwei Jahre, kannst du besser schaffen‘, aber was ist los mit Arbeit, ich meine in Griechenland, wo ich OP-Pfleger war, und ich hab das wirklich gut gemacht. Und ich wollte es auch hier schaffen. Ich wusste das nicht, ob ich schaffen kann oder nicht und das war für mich bisschen stressig. Ich wollte das schaffen und wie gesagt der erste Eindruck war positiv, ich hab gedacht ‚Okay, sieht ähnlich aus, ich glaube, ich kann das schaffen.‘ Aber wie gesagt, ich konnte schneller schaffen, wenn ich

keine Probleme in Arbeit getroffen hab. Weil wie gesagt, hab ich bisschen Problem gehabt und das war nicht normal, weil, wissen Sie warum: Wenn jetzt ein neuer Kollege kommt, ich muss, ich soll diese Leute unterstützen. Und das mach ich auch jetzt im Krankenhaus, wenn man sagt ‚Oh Tonio, wie müssen wir das machen?‘ oder ‚Wie das gemacht wird?‘ weil gibt’s Leute, die okay, ‚Ja, keine Ahnung, ich weiß nicht, weil das ist nicht meine Arbeit, das ist deine Arbeit, du musst das schaffen, keine Ahnung, interessiert mich nicht‘. So was habe ich am Anfang bekommen. Ja, aber ich bin nicht so, gibt’s kein Grund, deswegen ich hab gedacht, wenn ich mehr Unterstützung und Hilfe hätte, das wäre fantastisch. Ja, aber jetzt schon vorbei [...] aber wirklich, ein, zweimal hab ich gedacht, weil ich wollte wirklich weggehen in andere OP. Ich hab gedacht, was willst du machen, wenn man nicht akzeptiert ist, was soll ich machen, geht nicht. Auf andere Seite ich hab gedacht ‚Warum soll ich einfach so meine Arbeit lassen‘, weil wie soll ich sagen, hab ich auch Unterstützung und Hilfe von welche Kollegen bekommen, das soll ich sagen. Und diese Leute, diese Kollegen haben mir gesagt auch ‚Das ist Quatsch, okay, das kann passieren, aber das ist nicht Besonderes‘ und ‚Zwei, drei Monate das ich schon vorbei‘ und ja, hab ich von zwei, drei Leute Unterstützung, von Chef auch, bekommen. Das sollte ich sagen. Und ‚Warum willst du gehen? Das lohnt sich nicht für zwei, drei Leute‘ und so was, und ja, jetzt, wie gesagt, ist okay, normal. Läuft’s.“ (Z. 862–908)

In dieser Passage spricht Antonios das Gefühl der verweigerten Anerkennung aus: „Was willst du machen, wenn man nicht akzeptiert ist“. Diese Missachtungserfahrung ist gekoppelt mit der Erfahrung der fehlenden Unterstützung bei der Anstrengung, das neue Berufsfeld zu verstehen. Die Kolleginnen würden sich weigern, ihm zu helfen, den Betrieb zu verstehen und würden ihn als einen Außenseiter behandeln, der Außenseiter bleiben soll. Die Missachtung seiner Professionalität wird zum Motiv der kollegialen Interaktion im Arbeitsalltag. Dafür hat Antonios den Anspruch, genauso gut zu arbeiten wie im Herkunftsland. Die Hilfeverweigerung der Kolleginnen wird als seinen moralischen Vorstellungen über das Arbeiten mit Anderen widersprechend dargestellt. Die Missachtungserfahrung, die auf seine professionelle Kompetenz abzielte, hat Antonios bewogen, darüber nachzudenken, aus der Abteilung wegzugehen. Er beschreibt seinen inneren Konflikt, zu gehen oder zu bleiben. Seine Entscheidung zu bleiben, hängt mit der positiven Haltung mancher Kollegen zusammen, die ihn unterstützt und ihn in seiner Professionalität bestätigt haben: „Das kann passieren, das ist nicht Besonderes“. Die Akteure der Reparatur der Missachtung erhalten ein Gesicht „diese Leute, diese Kollegen“ aber auch der Chef. Auf jeden Fall zeigt sich auch durch diesen Konflikt der Bruch in der Betriebsbindung und damit die Labilität der betrieblichen Integration: auch hier wird Exit zu einer Option, die schließlich, wie wir sehen werden, später realisiert wird.

Verdacht des Rassismus: Vorsichtige Deutung der Missachtungshaltungen

Ähnlich wie Maria S., aber weniger entschieden als sie, entfaltet Antonios seine Reflexion über den Konflikt als einen möglichen Ausdruck von Rassismus der „Deutschen“ gegen die neu Migrierten; jedoch bringt er auch seine Nationalität ins Spiel.

„Die Deutsche sind manchmal, die sind so komisch, ich weiß nicht, warum so was passiert, ob das rassistisch oder so was ist, oder einfach, weil ein neuer Kollege kommt und ja, ja mal gucken ob er es schaffen kann oder wie sieht aus, er hat keine Ahnung oder kommt aus Griechenland oder was ist los, die Griechen, keine Ahnung, ich weiß das nicht ich konnte das nicht abklären. Ja kann sein, das ist weil ich meine es sind auch neue Kollegen gekommen und von diesen zwei, drei Leute die haben auch Problem gekriegt. Okay, waren nicht nur für mich, weil hab ich auch mit diese Leute gesprochen und die haben auch klein Problem gekriegt, aber nicht wie ich, das soll ich sagen, nicht wie mein. Ja, wie gesagt, hab ich gedacht, ob das rassistisch ist oder nicht, ich weiß nicht, mit Sicherheit kann ich nicht sagen. Nee. Ja manchmal, kann ich mit Sicherheit haben, dass er nicht nur Kollege oder, dass er oder eine Frau oder ja, wollen oder keine Ausländer oder sowas ja, das hab ich mitgekriegt, aber wie gesagt ich rede wegen Arbeitskollegen, ich weiß nicht, ob das und warum, ob das rassistisch war oder so was, ja.“ (Z. 948–967)

Er fängt an mit der Vermutung, die „Deutschen“ seien „komisch“ und dann formuliert er, etwas präziser, den Verdacht, sie seien „rassistisch“. Er führt diesen Verdacht auf die Haltung der Etablierten auf die neuen Pflegefachkräfte: „mal gucken ob er es schaffen kann“. Damit vermutet er die Neigung der Etablierten, ihre Macht gegenüber den „Neuen“ auszuspielen und ihnen zu verdeutlichen, wer im Betrieb das Sagen hat. Antonios Hypothese über den Rassismus gegen ihn als Griechen stützt er auf die Beobachtung, dass andere neue Kollegen bei ihren Anfangsschwierigkeiten nicht so schlecht behandelt worden seien wie er. Dies zwingt ihn zu denken, dass Rassismus ihm gegenüber als Grieche eine Rolle spielen könnte. Jedoch scheint er Mühe zu haben, diesen Aspekt weiter auszuformulieren, sein Deutsch wird hier etwas gebrochener als sonst. Er bleibt beim Rassismusverdacht und wird nicht eindeutiger, bzw. erhebt nicht den Anspruch, sich über die rassistische Denkweise der Kollegen sicher zu sein.

Ähnlich wie Maria S., wendet sich Antonios dem wertenden Vergleich zwischen dem beruflichen Verständnis der in Deutschland sozialisierten Pflegefachkräfte und jenem der Pflegefachkräfte im Herkunftsland, mit Fokus auf die Kommunikation mit den Patienten und das Verständnis ihrer Wünsche. Er entwirft damit eine Kategorisierung entlang der nationalen Grenzen.

„In Griechenland gibt’s mehr Respekt und die Krankenpfleger oder die Krankenpflegerinnen können ein bisschen besser verstehen und akzeptieren, weil wenn jemand krank ist im Krankenhaus mit Schlaganfall oder so was [...] natürlich er ist nicht normal. Ich meine, er ist ein Mann mit Besonderheiten okay und er ist... nicht normal. Und [...] wir müssen von diesen Leuten erwarten bisschen komische Sache, bisschen Besonderheiten und sowas. Ich meine, das hab ich gehört und ich glaube das ist richtig: Manchmal die Deutschen ja sind ein bisschen, die Pfleger ich meine, sind bisschen [pustet] komisch, bisschen, wie kann ich das sagen? z.B. ich kann nicht mir vorstellen, dass ein Patient irgendwas braucht oder will und ich muss, ich muss dort gehen und ich muss das schaffen. Manchmal das ist auch nicht richtig, weil wie gesagt, die Patienten sind immer mit Besonderheiten und immer mit ganz ganz unauffällige Sache, das ist auch nicht richtig. Aber manchmal kann sein, das ist ein, obligatorisch, das ist ein Muss. Aber mehr kann ich nicht mit Sicherheit sagen [lächelnd]. Das hab’ ich von griechische Kollegen gehört die haben deswegen, wegen deutschen Kollegen, wie die Deutschen gegen Patienten sind und ja. Aber, ja, mit Sicherheit kann ich nicht sagen.“ (Z. 1026–1043)

Antonios unterstellt eine unterschiedliche Art der pflegerischen Fachlichkeit, die sich in dem unterschiedlichen Umgang mit den Patienten in den zwei Ländern zeigt. In Griechenland würde Verständnis und Akzeptanz für die sonderbaren Wünsche der Schwerkranken entgegengebracht, weil sie eben aufgrund ihrer Erkrankung nicht anders können. Er spricht hier auch von sich selbst und sagt, dass er es als seine Aufgabe sehe, die Wünsche der Patienten zu erfüllen. Er positioniert sich im Kontext eines Kollektivs der griechischen Pflegefachkräfte im Betrieb und gibt den unter ihnen kursierenden Diskurs wieder, dass nämlich die „Deutschen gegen Patienten sind“. Die fehlende Akzeptanz der Besonderheit der schwer kranken Patienten wird also hier als Ausdruck von Aggression interpretiert. Die Reflexion über die Fachlichkeitsstereotypen findet also nicht nur individuell, sondern auch im ethnischen Kollektiv statt. Dennoch bringt Antonios sogleich seine Bedenken gegenüber dieser Kategorisierung zum Ausdruck und stellt die Stereotypisierung als eine hypothetische Hilfskonstruktion anstatt einer komplexen und noch undurchschaubaren Wirklichkeit dar. Der Einsatz von Stereotypen dient der Interpretation unterschiedlicher Fachlichkeitsstandards und Berufsnormen in den nationalen Kontexten der beruflichen Erfahrung. Diese Interpretation ist eindeutig wertend zugunsten der Berufsnormen des Herkunftskontextes.

Missachtungserfahrungen und labile pragmatische Kooperation

Antonios Reflexion bezieht sich auch auf die Möglichkeit, trotz der inneren Verletzung durch den Angriff der Kolleginnen die Kommunikation im Arbeitsalltag und damit die Zusammenarbeit aufrecht zu erhalten.

„Was willst du machen, willst du immer Streit oder willst du immer mit jemandem nicht sprechen? Klappt nicht, klappt einfach nicht. Das ist ein Muss. Natürlich, ich komme nicht mit allen zurecht, aber was willst du machen, das ist ein Muss, weil die Arbeit so ist. Wir müssen sprechen, kommunizieren und es ist keine Büroarbeit mit Computer oder sowas. Also ich hab gesagt, das ist wirklich egal, ob ich mit den Leuten klarkomme, oder die Leute mit mir zurechtkommen. Das ist ein Muss, ja. Was willst du machen? Wenn du willst, kannst du mit mir nicht sprechen, ja, ganz normal aber [lachend] zwei, drei Stunden später du musst zu mir kommen, weil ansonsten kriegst du keine Hilfe. Deswegen, ja.“ (Z. 974–985)

Hier zeigt sich der Mechanismus der betrieblichen Integration in einem multiethnischen Betrieb, der für andere Betriebe bereits beschrieben und analysiert worden ist: Das Interesse am Vollzug der Arbeitsabläufe wird – für beide Seiten – zum Zwang zur „pragmatischen Kooperation“ und damit zur „pragmatischen Integration“ der Akteure in den Betrieb (Schmidt 2006). Gedankenexperimentell vergegenwärtigt er die Unmöglichkeit der Situation des permanenten manifesten Konflikts. Will er weiter im Betrieb arbeiten, muss er mit den Kolleginnen einen unaufgeregten, kollegialen Kommunikationsmodus aufrechterhalten, obgleich die Beziehungsstruktur aus Rivalität und Abneigung besteht. Dasselbe gilt auch für die andere Seite. Auch diese ist quasi unter der Notwendigkeit, die Arbeit gemeinsam zu verrichten, zur Kooperation und Kommunikation gezwungen. Denn die Arbeit findet im Team statt, man kann sich dem anderen nicht verschließen. Die eigentlichen negativen Gefühle den Anderen gegenüber müssen während der Arbeit beiseitegelassen werden. Dafür scheint es klar zu sein, dass es in der Freizeit keine Berührungspunkte gibt.

Die Labilität der pragmatischen Integration zeigt sich in der Präsenz der Option des Exits. Auf die Frage nach der Zukunft antwortet Antonios, dass er immer auf der Suche nach einer besseren Arbeitsstelle sei, und gibt dann etwas zögernd zu, dass er über ein Angebot nachdenkt.

„A: Ich bin hier zufrieden, aber ich suche immer, ob ich was anderes besser finden kann und für Familie, für Kind auch, ob was Besseres irgendwie, wo, was gibt. Natürlich ich, von diesem Krankenhaus, das kann ich nicht vergessen ich hab eine gute Arbeit gekriegt und das Geld ist auch gut, aber wie gesagt, mindestens ich suche ob was Besseres gibt und mal gucken. Ich weiß nicht, ob ich das sagen darf oder nicht. Wollen Sie wissen?

I: Ja, sehr gerne, ja. [lachen]

A: Ja kann ich das sagen, aber okay. Weil wir haben ein besseres Angebot gekriegt, ich und meine Frau auch. Natürlich als Krankenpfleger und ja, wir denken, ob wir diese Angebot bestätigen [lachend] oder nicht. Ja, mal gucken, nix was Besonderes, aber das Geld ist ein bisschen besser. Und wir denken, ob das

sich lohnt oder nicht. Mal gucken. Auf jeden Fall in Zukunft, wenn wir hier in Deutschland bleiben, wir müssen eine Wohnung kaufen oder so was. Weil ja, wir bezahlen jetzt 900 Euro und deswegen ich glaube kannst du was kaufen.“ (Z. 1118–1148)

Antonios möchte den Arbeitsplatz wechseln. Der Wechsel wird hier nicht auf die negativen Erlebnisse der Anfangszeit zurückgeführt. Diese haben sich in der Zwischenzeit etwas gelegt, obgleich die Annahme des Rassismus bestehen bleibt. Die negativen Erlebnisse sind nicht gänzlich vergessen worden, wie seine Erzählung zeigt. Seine positive Evaluation am Anfang war, wie bereits dargelegt, etwas zurückhaltend: „aber eigentlich bin ich zufrieden“.

Der Exit wird hier als eine Suche nach noch besseren Arbeitsbedingungen und Verwirklichung des Aufstiegsprojekts dargestellt. Es scheint, dass die Qualität des großen Krankenhauses mit einem möglichen höheren Gehalt aufgewogen werden könnte. Das höhere Gehalt wäre ein großer Vorteil, da die Bleibeabsichten auch mit der Möglichkeit der Investition in eine Eigentumswohnung verbunden sind. Es scheint, dass er diese Entscheidung für rechtfertigungswürdig hält, denn er muss mit der Bedeutung der höheren Einkünfte für die Familie argumentieren. Hier wird jedoch der Verbleib in Deutschland zu einem hypothetischen gemacht: „Wenn wir in Deutschland bleiben“. Er scheint bereit zu sein, auch außerhalb Deutschlands zu arbeiten.

Anerkennungskämpfe und Exit: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Antonios hat bereits zu Beginn seiner Erzählung seine Migration und die Arbeit im Krankenhaus zurückhaltend positiv evaluiert. Dies hat er im Laufe der Erzählung als Zufriedenheit über seine Erfolge und als Enttäuschung über die Erfahrung von Missachtung in der Arbeit verdeutlicht. Diese doppelte Haltung zur Migration und Arbeit zeigt die Kämpfe, die er mit den „etablierten“ Kolleginnen führen musste, und seine Anstrengung, sich im Arbeitsfeld zu behaupten. Die Option des Exits und damit die brüchige Bindung an den Betrieb sind in der Erzählung über die anfänglichen Erfahrungen der Missachtung bereits sichtbar. Diese Option ist für Antonios keineswegs mit einer Rückkehr ins Herkunftsland gekoppelt. Dafür hat er die Krise dort als zu bedrohlich beschrieben. Er hat schließlich die Option des Exits real erwogen, auch unter dem Aspekt einer besseren Bezahlung, jedoch scheinen vor allem die negativen Erfahrungen der Missachtung ausschlaggebend zu sein.

Antonios Entscheidung zum Exit wird durch seine biographischen und sozialen Ressourcen ermöglicht. Er hat bereits im Herkunftsland das Pflege-

fachstudium durchlaufen und berufliche Erfahrung im OP-Bereich gesammelt und wurde dadurch zu einer wertvollen Pflegefachkraft für das Anwerbeteam des Krankenhauses. Die beruflich-familiären Vorbedingungen sind für die Migration ideal. Dass seine Frau auch im gleichen Feld tätig ist und mitangeworben werden konnte, garantierte die Einheit der Familie im Migrationsprozess. Seine Vernetzung nach Deutschland durch die frühere Migration der Elterngeneration erleichterte die Migrationsentscheidung und ermöglichte Hilfen zur sozialen Integration.

Antonios ist durch seine berufliche Erfahrung im Herkunftsland und die Tatsache, dass er trotz hoher Arbeitslosigkeit in Griechenland kontinuierlich berufstätig war, selbstsicher und von seinen Kompetenzen überzeugt. Er geht entsprechend selbstbewusst mit den Konflikten um, mit denen er im Betrieb insbesondere in den Anfängen nach der Migration konfrontiert wird. Einmal schaltet er den Chef ein, schließlich entscheidet er sich für den Exit in eine noch besser bezahlte Position. Die erlebten Konflikte scheinen eher Konflikte eines Kampfes der Etablierten gegen den neu Hinzugekommenen um die Definitionshoheit im Arbeitsfeld zu sein als Konflikte um die Fachlichkeit. Obwohl sie sich gelegt haben, hinterlassen die anfänglichen Probleme einen Beigeschmack, der ihn veranlasst, den Begriff Rassismus als Erklärung für die Haltung der Kolleginnen zu gebrauchen. Folge dieser Erfahrungen ist der Wunsch, das Feld zu verlassen und zu einer Arbeitsstelle im europäischen Ausland zu wechseln, obgleich er hier eine auf den ersten Blick ideale Arbeitsstelle hat: im großen Krankenhaus, im OP-Bereich und im breiteren familiären Umfeld eingebettet.

Antonios berufliche Identität scheint an das „OP-Pflegehandeln“ gekoppelt zu sein. Er schätzt sehr die Konzentration auf den technischen Umgang mit der Krankheit und die Abwesenheit der Patienten als Kommunikationspartner. Seine Haltung zur Pflegearbeit korrespondiert mit einer geschlechtsspezifischen Distanz zur eigentlichen Care-Aktivität und mit einer Affinität zu technischen Abläufen. Die Geschlechtertypik scheint auch die Konflikte zu prägen, mit denen er in der Arbeit im OP-Bereich konfrontiert wird – es sind die Kolleginnen, die ihn angreifen, was letzten Endes insbesondere dem Zweck dient, die symbolischen Grenzen zwischen Etablierten und neu Hinzugekommenen aufrechtzuerhalten und zu festigen.

Sein Migrationsprojekt ist das Projekt eines besseren Lebens fern von den krisenhaften Entwicklungen im Herkunftsland und ein Aufstiegsprojekt, wobei der Aufstieg am Gehalt und an der Wichtigkeit des Arbeitgebers, nicht in der Absicht, eine weitere Qualifikation zu erwerben, festgemacht wird. Der Fachkräftemangel in nordeuropäischen Ländern bewirkt, dass er als EU-Bür-

ger und mit dem Wunsch, seine Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu verbessern, zusammen mit seiner Frau den Betrieb verlassen kann.

2.1.3 Aufnahme des Neuen – Pflegearbeit als Moratorium – Anne K.

Kurzporträt

Anne K. ist zur Zeit des Interviews 27 Jahre alt. Sie hat fünf Jahre Krankenpflege und öffentliche Gesundheit an einer Universität in Polen studiert und ihr Studium mit einem Masterabschluss im Jahr 2012 abgeschlossen. Danach war sie für drei Monate in einem Krankenhaus berufstätig, bevor sie über ein Anwerbeprogramm für Pflegefachkräfte nach Deutschland übersiedelte. Seitdem arbeitet sie als Pflegefachkraft in einem Krankenhaus. Annes Ehemann migrierte gemeinsam mit Anne nach Deutschland.

Migrationsmotivation zwischen Zufall und familiärem Mobilitätsmuster

Die Entscheidung, als Pflegefachkraft nach Deutschland zu gehen, beschreibt Anne K. in ihrer biographischen Erzählung als Resultat eines „Zufalls“ und als „eine spontane Entscheidung“. Denn kurz nach ihrem Studienabschluss entdeckte sie an der Universität eine Anzeige, in der qualifizierte Pflegefachkräfte nach Deutschland angeworben wurden. Sie bewarb sich hierfür erfolgreich und migrierte anschließend nach Deutschland. Auch schon vorher hatte sich Anne um eine Pflegefachkraftstelle in Belgien, wo ihr Onkel wohnt, beworben. Sie entschied sich dennoch dagegen. Jedoch wurde der Gedanke, ins Ausland zu gehen, in der biographischen Übergangsphase aus dem Studium ins Berufsleben reaktualisiert: „Vielleicht bleibe ich nicht hier in Polen, vielleicht fahre ich irgendwohin – wahrscheinlich nach Deutschland, weil mir die Sprache immer gefallen hat“. Interessanterweise begründet Anne ihre Entscheidung, als Pflegekraft nach Deutschland zu gehen, nicht nur mit einer besseren beruflichen Zukunftsperspektive, sondern auch mit ihrem Interesse an der deutschen Sprache, die sie schon in der Schule angefangen hatte zu lernen. Obwohl Annes Entscheidung zu migrieren auf den ersten Blick zufällig erscheinen mag, zeigt die Analyse ihrer biographischen Erzählung, dass eine familienbiographisch bedingte Mobilitätsbereitschaft einerseits und die Wahrnehmung von „Europa als Möglichkeitsraum“ (Inowlocki/Riemann 2012) andererseits, ihre Entscheidung, im europäischen Ausland zu arbeiten, erheblich begünstigt haben. Nicht nur, dass Annes Eltern sie ermutigt hatten, Arbeit im Ausland zu suchen, um Lebens-, Arbeits- und Zukunftspers-

pektiven zu verbessern, die Arbeitsmigration wurde auch familiär vorgelebt. Annes Mutter hatte zwei Jahre lang in Deutschland gearbeitet und auch ihr Bruder hatte die Möglichkeit ergriffen, zum Arbeiten nach Großbritannien zu gehen. Ein Erasmus-Austausch-Programm wiederum hatte es Annes Ehemann ermöglicht, während seines Studiums ein Auslandsjahr in Deutschland zu absolvieren. Angesichts der familiären transnationalen Mobilitätserfahrung könnte behauptet werden, dass sich Annes Entscheidung, ins Ausland zu gehen, als Teil und Fortsetzung eines familienbiographischen Handlungsschemas darstellt. Erleichtert durch die Freizügigkeit europäischer Bürger bietet die Arbeitsmigration in diesem Fall eine familiäre Strategie, der prekären sozioökonomischen Lage in Polen zu entkommen.

Anwerbeprozess und formale Anerkennung

Ähnlich wie die anderen Interviewten weist Anne in ihrer biographischen Erzählung darauf hin, dass die Anwerbeprozedur unter einem enormen Zeit- und Entscheidungsdruck stattfand. Sie war gezwungen, eine schnelle Entscheidung über ihre berufliche Zukunft zu treffen, um noch rechtzeitig in den das Anwerbeprogramm begleitenden sechsmonatigen Sprachkurs einzusteigen. Gemeinsam mit drei weiteren Kolleginnen wird Anne ausgewählt, so dass sie ihre Arbeitsstelle kündigt, um sich dem Erlernen der deutschen Sprache zu widmen.

„Ich habe gedacht ‚Okay, das ist nicht schlecht, ich kann doch gut Deutsch, wenn ich hier komme, werde ich gut alle verstehen und alles wird gut‘, aber das war nicht so (lacht auf). Ich habe meinen B2-Kurs bestanden. Wir hatten halbes Jahr, um Deutsch zu lernen von null bis B2 und diese Zeit war nicht ausreichend. Die Schule hat uns gesagt ‚Ja, gut, wir schaffen das nicht bis B2‘ und wir haben auch gesagt ‚Okay, aber wir müssen das machen, ohne B2 können wir dort nicht rein und das war so besprochen. Was machen wir jetzt?‘ Und unsere Lehrerin, ich glaube, die Schule hatte schon ein bisschen Angst, dass wir es wirklich nicht schaffen, weil B2 ist B2 und da braucht man ein bisschen Zeit. Kann man nicht sofort alles lernen und wissen. Und noch in Polen, wo wir kein Deutsch sprechen konnten. Ich habe auch Chat geschrieben mit irgendwelchen Leuten, egal was und egal wie, Hauptsache ich habe geschrieben, ich habe gelesen. Und dann hatten wir ein paar Tests gemacht von B2, das war nicht so ganz richtig gut und wir haben versucht zu verstehen. Und ich und meine Freundin haben bestanden [...] das ist irgendwie so gut gelaufen aber diese B2 war ein bisschen schwierig, noch zu schwierig.“ (Z. 86–105)

Obwohl Anne sich nun komplett auf das Deutschlernen konzentrieren kann, stellt dieses in einem zeitlich befristeten Zeitraum eine enorme Herausforderung dar. Anne weist darauf hin, dass an der Erfüllung dieser Anforderung

sogar vonseiten der Sprachschule gezweifelt wurde. So wurde das Deutschlernen schon in der Vorbereitungsphase in Polen zu einem enormen Kraftakt, was zum einen mit viel Anstrengung und zum anderen mit Hoffnungen und Versprechen auf eine bessere berufliche Zukunft verbunden war. Die Anstrengung richtet sich auf das Bestehen der Sprachprüfung auf B2-Niveau, was für die formale berufliche Anerkennung eine notwendige Voraussetzung ist und damit den Zugang in den deutschen Pflegearbeitsmarkt als Pflegefachkraft ermöglicht bzw. die Statuspassage „Ankommen im Status einer anerkannten Pflegefachkraft“ abschließt. In Annes Erzählung wird zudem deutlich, dass für das Bestehen der B2-Sprachprüfung der Sprachkurs allein nicht ausreichend war, sondern hierfür noch ein großes persönliches Engagement und eigenständiges Lernen notwendig waren. Hier entwickelt Anne kreative Methoden des Lernens und greift zurück auf die Möglichkeiten der Internet-technologie. Insgesamt berichtet sie nicht von pflegefachlicher Informierung, sondern der Sprachkurs steht im Mittelpunkt ihrer Erzählung über den Anwerbeprozess.

Lernen als Einstieg in die neue Fachlichkeit

Ihre Entscheidung, „Pflege“ zu studieren, schildert Anne als Ergebnis eines biographischen Suchprozesses. Nachdem ihr Wunsch, Medizin zu studieren, nicht in Erfüllung gegangen war, entschied sie sich für das Pflegestudium und absolvierte darin sowohl den akademischen Bachelor- als auch den Masterabschluss. Das Studium deckte alle medizinischen Pflegebereiche ab und ermöglichte ihr einen breiten Wissens- und Kompetenzerwerb. Jedoch betont Anne die Notwendigkeit des Erwerbs von praktischen Berufserfahrungen, die letztendlich nur durch die Ausübung der Pflegetätigkeit in der beruflichen Praxis erfolgen kann.

„Das war alles für mich eigentlich neu, weil nach dem Studium, obwohl wir ganz viele Praktika gemacht haben, war das alles wirklich neu und ich musste alles von vorne lernen, weil das ist etwas anderes wissenschaftlich zu wissen und etwas zu machen und noch dazu mit Leuten, die in ganz schlechtem Zustand sind. Aber die Leute auf Arbeit waren auch ganz nett und sie haben mir alles gezeigt, ich könnte immer jemanden fragen. Sie waren alle hilfsbereit.“
(Z. 228–234)

Dadurch, dass Anne nur drei Monate nach ihrem Studienabschluss in der Krankenpflege in Polen tätig gewesen war, hatte sie noch relativ wenig berufliche Erfahrungen. Die reflexive Auseinandersetzung mit der Fachlichkeit und deren praktische Umsetzung in der alltäglichen Pflege hatten somit schon in ihrer ersten Anstellung im Herkunftsland begonnen und wurden

dann in ihrer Pflegetätigkeit in Deutschland fortgesetzt. Anne präsentiert sich in ihrem beruflichen Alltag in Deutschland in der Rolle der Schülerin. Dabei übernehmen die Kollegen die wichtige Aufgabe, Anne in die alltäglichen Routinen am Arbeitsplatz einzuführen. Ihre erste Evaluation der Wissens- und Informationsvermittlung durch Kollegen fällt sehr positiv aus: „Sie waren alle hilfsbereit“.

Beim Ausüben des Pflegeberufs in Deutschland stellt die Erweiterung der Deutschkenntnisse in der Praxis einen zentralen Teil des Lernprozesses dar. Dementsprechend nimmt die Auseinandersetzung mit der deutschen Sprache eine zentrale Rolle in ihrer Erzählung ein.

„Als ich hier gekommen bin, habe ich wirklich nicht gewusst, dass ich nicht so viel weiß [lacht]. Ich habe nicht so viel verstanden, ich habe ganz langsam geredet und das war nicht einfach. Aber ich bin zufrieden, dass ich auf meine Station bin, weil das sind wirklich ganz gute und nette Leute und sie haben nie was gesagt.“ (Z. 105–109)

„Angst hatte ich auch, ich habe mir immer gesagt ‚Alles wird gut, du brauchst keine Angst zu haben‘ aber trotzdem wenn jemand nichts versteht oder nicht viel und diese medizinische Sprache war auch nicht so einfach, weil ich hatte keine medizinische Sprache. Dann habe ich einen Zettel bekommen, ich konnte überhaupt kein Wort verstehen. Und das war für mich schon stressig.“ (Z. 365–370)

Anne führt den Stress und die Unsicherheit, die die Anfangsphase ihrer Tätigkeit als Pflegefachkraft in Deutschland kennzeichnen, auf ihre mangelhaften Sprachkenntnisse zurück und spürt die Notwendigkeit, ihre Deutschkenntnisse zu verbessern. Zum einen zeigen sich ihre Sprachschwierigkeiten darin, die Fachsprache nicht auf Deutsch bedienen zu können, und zum anderen in dem schwierigen, mit den Sprachproblemen verbundenen alltäglichen Umgang mit den Patienten sowie mit den Kollegen. Die deutsche Sprache stellt also im Beruf eine doppelte Anforderung dar. Anne hat nicht nur die alltäglichen, sondern auch die fachlichen Sprachkenntnisse zu verbessern, um ihre Aufgaben erledigen zu können. Hieraus entsteht für Anne eine „stressige“ Situation, die neben dem Erlernen der Arbeitsabläufe eine weitere Herausforderung darstellt. Somit findet sich Anne in ihrem Berufsfeld als Lernende im doppelten Sinne, als Novizin und als migrierte Pflegefachkraft wieder.

Fachlichkeit, Sprache und Diskriminierungserfahrungen

Obwohl Anne sich bemüht, ein harmonisches Bild von ihrer Beziehung zu den erfahrenen Kollegen zu vermitteln, weist sie jedoch im Laufe ihrer Erzählung auf das komplizierte Verhältnis zu ihnen hin. Im späteren Verlauf des Interviews berichtet sie von diskriminierenden Erfahrungen, die ihre Unsi-

cherheit bezüglich ihrer praktischen und sprachlichen Kenntnisse verstärken. Dies erläutert sie am Beispiel des Verhaltens einer Kollegin.

„Ich bin auf Arbeit gekommen und habe guten Tag gesagt und dann hat sie gesagt einfach so [imitiert Stimme im verächtlichen Stil]. ‚Ach du sagst nichts, du stehst nur so und warum redest du nicht? Du musst doch reden. Du musst Deutsch üben, ja?‘ Aber ich wollte nicht sagen. Und ich habe nicht gewusst, was ich antworten soll. Oder Entschuldigung, nein, das war anders. Sie ist gekommen und ich war schon da und ich habe einfach [sie] begrüßt, ja? Und dann hab ich gedacht ‚Mein Gott, wie kannst du das sagen? Du warst auch hier und du weißt wie das aussieht, weil du das Ganze genau erzählt hast, wie das alles war und das war auch nicht leicht und du sagst jetzt zu mir, dass ich kein Deutsch rede und ich muss lernen, ja ich weiß, dass ich lernen muss, aber gerade wenn ich nichts zu sagen habe, wieso soll ich etwas sagen?‘ Habe ich nicht verstanden und dann bin ich nach Hause gegangen und da hab ich einfach geweint. Das war glaube ich, das was ich wirklich nicht vergesse.“ (Z. 605–620)

Es werden viele Erwartungen an Anne gerichtet und ihre Tätigkeit, das Tun und Nicht-Tun, einer kritischen Prüfung unterzogen. Dass diese Anfangsphase nicht nur kognitiv, sondern auch emotional eine herausfordernde Übergangsphase in den beruflichen Alltag darstellt, zeigt Annes emotionaler Ausbruch: „dann bin ich nach Hause gegangen und da hab ich einfach geweint“. Interessanterweise unterstreicht Anne in ihrer Erzählung, dass die emotionale Belastung, die sie in der Anfangsphase auf dem Arbeitsplatz erlebt hatte, nicht nur ihren Fall kennzeichnet, sondern auch von anderen neu migrierten Pflegefachkräften geteilt wird. An einer anderen Stelle sagt sie: „Ich bin nach Hause gekommen und hab ich geweint. Aber das haben alle hier gemacht, die gekommen sind. Soviel ich weiß.“. Anne spricht hier als Teil des Kollektivs der „Neuen“ und zeigt, dass unter ihnen ein reflexiver Austausch über die belastenden Arbeitserfahrungen stattfindet.

In der Beschreibung des Konflikts mit der erfahrenen Kollegin zeigt sich, wie die Deutschkenntnisse als hierarchisches Distinktionsmittel zwischen den etablierten und den neu migrierten Pflegefachkräften eingesetzt werden. Sie markieren verschiedene hierarchische Positionen sowie die symbolische Grenze zwischen den etablierten und den neu migrierten Pflegefachkräften. Dies zeigt sich am Beispiel der etablierten Kollegin, die trotz eigener Migrationserfahrung Anne schonungslos in die Rolle einer schlechten Schülerin rückt und sie damit herabwürdigt. Es scheint, dass Anne ein anderes Verhalten, nämlich mehr Mitgefühl, erwartete, da die Kollegin den sprachlichen Anpassungsprozess selbst erlebt hatte. Eine Art von Solidarität der Nicht-Deutschen scheint hier auch im Mittelpunkt von Annes Erwartungen zu stehen.

Auch in der Reflektion des Verhältnisses zu den Patienten unterstreicht Anne Anfangsschwierigkeiten und schmerzhaften Erfahrungen, die insbesondere ihre Sprachkompetenz betreffen.

„Aber ansonsten keine schlechte Erfahrungen [...] Mit Patienten ab und zu schon, jetzt nicht so, aber am Anfang, manche sagen ‚Jaaa‘, auch nicht vielleicht persönlich zu mir, aber wenn ich mit einer Kollegin auf Arbeit bin, dann [...] sie ist sieben Monate, glaub ich, da und sie versteht manchmal nicht so ganz. Ich versteh auch nicht immer, was sie genau meinen, aber ich weiß einfach, was sie möchten und was sie wollen und das kommt auch mit Erfahrung. Ja, weiß man schon, was sie möchten. [lacht] Und sie hat auch oft geweint, weil sie hat gehört ‚Jaa, du bist hier, du musst gut Deutsch reden. Warum verstehst du nicht? Du sprichst kein Deutsch.‘ Ich habe das auch ein paar Mal irgendwie gehört ‚Ja sie spricht kein Deutsch‘, nicht direkt zu mir, sondern ich habe so, als ich irgendwo war, habe ich gehört [...] Am meisten von Patienten. Und das tut weh einfach. [lacht verlegen auf] Weil wir bemühen uns alle und manchmal sehen die Leute das nicht.“ (Z. 532–550)

Anne ist bemüht, immer wieder ein harmonisches Bild des Arbeitsalltags zu vermitteln, kommt aber immer wieder auf Beispiele von schmerzhaften Erfahrungen zurück. In dieser Passage weist sie auf die Kluft zwischen der Erwartungshaltung der Patienten und der Sprachkenntnisse der neu migrierten Pflegefachkräfte hin und wie diese zu Missverständnissen führen können und bei den neu migrierten Pflegefachkräften das Gefühl verstärkt, Außenseiter zu sein. Anne hebt hervor, dass die Anstrengungen und Bemühungen, die die neu migrierten Pflegefachkräfte anstellen, um Deutsch zu lernen und sich in die neue Arbeitsumgebung in einem fremden Land einzuarbeiten, von den Patienten oft nicht entsprechend gewürdigt werden. Vielmehr bilden die noch mangelhaften Deutschkenntnisse einen Grund, sich über die neu migrierten Pflegefachkräfte zu beschweren. Dies wiederum wird von den Pflegefachkräften als Verletzung erlebt und als Missachtung gedeutet.

Die Unsicherheit, die Anne in der Beziehung zu den Patienten auf der sprachlichen Ebene spürt, zeigt sich zudem in ihrem Umgang mit fordernden Patienten.

„Die Patienten sind manchmal so, sie erwarten zu viel. Ich meine nicht wegen Sprache, sondern, sie denken, dass sie im Hotel sind. ‚Machen Sie das Fenster auf, machen Sie das Fenster zu, machen Sie das, machen Sie das‘, obwohl sie das eigentlich alleine können. Ich verstehe Patienten, die das nicht machen können, aber die, die das können, können das schon alleine machen. Und das geht nicht um die Leute, die keine Deutsche sind, sondern überall. Die Patienten sind zu allen so und wenn jemand nicht gut sagen kann und nicht so genug stark ist zu sagen ‚Ja, machen Sie das bitte selbst, das können Sie doch‘. Am Anfang kann man das einfach nicht machen, vielleicht hat man nicht so

viel Mut dazu, aber mit der Zeit kommt das auch, weil Geduld ist irgendwie erschöpft [lächelnd]. Das ist nicht böse gemeint, aber die Leute, die sich bewegen und etwas machen können, sollen sie das machen, weil wir sind nicht um alles zu machen, sondern die Leute zu pflegen und zu mobilisieren und auch diese gesunde Seite auch pflegen. Wenn wir alles machen und der Patient liegt nur im Bett, dann wird er nicht gesund. Deswegen, das ist auch unsere Aufgabe. Aber dazu muss man schon auch Mut haben, um sowas zu sagen, weil manche Patienten sind wirklich schwierig. Und am Anfang ist das überhaupt nicht möglich, da macht man alles, was sie wollen, um Ruhe zu haben. Ich weiß nicht, ob alle das machen, aber das, was ich bemerkt habe, ist es so. Wenn jemand schon lange arbeitet und auch mit der Sprache genug gut ist, kann er was sagen und die Leute, die am Anfang gekommen sind und anfangen zu arbeiten sind immer so ‚Okay, okay, alles machen wir, alles gut‘. Ja sie brauchen keine zusätzlichen Probleme noch und sie müssen auch vielleicht haben sie Angst und hatte ich Angst, dass ich irgendwie etwas falsch sage, dass ich nicht, das was ich nicht sagen darf sollte und solche Sachen.“ (Z. 547–575)

Anne beschreibt die problematische Haltung der Patienten, die denken, dass das Pflegepersonal sie zu bedienen hat. Sie würden die Pflegenden mit Dienstboten gleichsetzen, was von Anne zurückgewiesen wird. Ihre Weigerung, Wünsche zu erfüllen, die die Patienten selbst erledigen können, verbindet sie mit dem Argument der notwendigen gesundheitsfördernden Aktivierung. Es scheint, dass Annes Pflegeverständnis die Wichtigkeit der Aktivierung für den Genesungsprozess enthält. Anne unterstreicht jedoch, wie dieses Pflegeverständnis von den Erwartungen der Patienten immer wieder in Frage gestellt wird. Welche Handlungsmöglichkeiten der Pflegefachkraft in solchen Auseinandersetzungen zur Verfügung stehen, hängt von der hierarchischen Position und der symbolischen Macht der Pflegenden ab. Anne weist hier darauf hin, wie den etablierten Pflegefachkräften mehr Handlungsspielräume offenstehen, während die Neuen erst einmal damit konfrontiert sind, sich an den Arbeitsablauf und die Vorgehensweise des jeweiligen Arbeitskontextes anzupassen und dementsprechend den Wünschen und Forderungen der Patienten „ausgeliefert“ sind. Zudem bereitet ihr das Nicht-Beherrschen der sprachlichen Feinheiten Sorge, dass eine Aussage möglicherweise als unpassend verstanden werden könnte.

Die Strategie des systematischen Lernens ermöglicht es Anne, die betrieblichen Arbeitsabläufe besser kennenzulernen.

„Und ich glaube, ich habe immer alles gefragt, auch wenn diese Fragen ganz blöd waren, weil ich war hier neu und ich musste hier mich anpassen [...] Ich konnte nicht einfach so machen, wie ich möchte, und ich denke, weil ich nicht gewusst hatte, ob das hier überhaupt gut ist, diese Entscheidung, die ich treffe.“

Deswegen habe ich mich wirklich angepasst und alles gemacht, wie das hier sein soll. Deswegen habe ich immer eine Liste gemacht mit Fragen, die ich habe. Auch ganz normale Fragen, die ich eigentlich wissen soll oder weiß, aber trotzdem wollte ich fragen. Ich habe immer gesagt, okay, jetzt kann ich das fragen, weil in sechs Monaten wäre das peinlich wahrscheinlich. Deswegen habe ich diese Zeit benutzt, um diese Fragen zu stellen. Und ich habe immer Antwort bekommen und einfach hab ich so gearbeitet wie das sein soll.“ (Z. 460–471)

„Ich glaube, ersten sechs Monaten waren die schwierigsten. Und dann aber nur besser-besser-besser-besser. Ich wusste mehr, mit der Erfahrung war auch bisschen besser. Ich habe mehr verstanden, ich konnte mehr machen und die Leute hatten schon mehr Vertrauen an mir, das ist auch wichtig, weil manchmal das gilt besonders zu Personen, die aus dem Ausland kommen. Man muss zuerst dieses Vertrauen bilden, damit sie sehen, dass ich weiß, was ich mache, und ich verstehe und sie mich vertrauen können. Weil, wie gesagt, manchmal sagt man ‚Jaja‘ weil, man hat einfach keine Lust wieder zu sagen ‚Ja, ich verstehe nicht‘, obwohl ich finde das nicht gut. Weil man muss schon fragen, wenn jemand nicht weiß. Weil z. B. manchmal habe ich schon gehört, jemand hat gesagt ‚Mach das und das‘ zu einer anderen Kollegin, wir haben ganz viele Ausländer, Mitarbeitern. Und dann hat sie etwas ganz Falsches gemacht, ganz anderes einfach. Und wenn sie das sehen, das ist nicht einmal, sondern zwei, drei, dann haben so nicht viel Vertrauen und kontrollieren das, was wir machen. Aber wenn sie schon sehen, dass alles gut ist und wir oder ich mache das was sie sagen und sie wissen, dass ich das verstehe, dann ist irgendwie das Vertrauen gut.“ (Z. 718–737)

Um die praktischen Tätigkeiten möglichst schnell kennenzulernen und richtig ausüben zu können, wendet sich Anne immer wieder an die Kollegen sowie ihren Mentor und entwickelt dabei eine alltägliche Bewältigungsstrategie des Immer-Wieder-Fragen-Stellens. In Annes Bereitschaft, immer wieder etwas Neues zu lernen und sich neuen Herausforderungen auszusetzen, spiegelt sich das ermutigende Lebensmotto ihres Vaters wider: „Du brauchst keine Angst haben, alles kann man lernen (Z. 297).“ Dieses Lebensmotto stellt den roten Faden von Annes biographischer Erzählung dar und wird zu einer biographischen Strategie, die herausfordernden Lebenslagen zu bewältigen.

Konkret bedeutet das Lernen für Anne vor allem, sich an die vorgefundenen Strukturen und Arbeitsabläufe anzupassen. Zudem weist Anne darauf hin, wie die Anpassung an den Arbeitskontext und an die alltäglichen Interaktionen am Arbeitsplatz eine Bewältigung der intersubjektiven Kommunikationsprozesse erfordert. Dies verlangt gegenseitiges Verstehen unter den neu migrierten und den etablierten Pflegefachkräften, was wiederum zu einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre ohne ständige Kontrolle führen soll. Ziel ist also die Anerkennung der neu migrierten Pflegefachkräfte als gleichwertige Kollegen und damit das Entstehen des Vertrauens an ihre Fachlich-

keit. Jedoch beschreibt Anne am Beispiel anderer neu migrierten Pflegefachkräfte weniger gelungene Kommunikationsmuster zwischen erfahrenen und aus dem Ausland neu dazugekommenen Pflegefachkräften. Letztere würden sich nicht trauen, um mehr Erklärung für die auszuführenden Aufgaben zu bitten und würden dann auch gelegentlich etwas Falsches machen, was den Missmut und das Misstrauen der erfahrenen Pflegefachkräfte mit sich ziehen würde. Dieser Missmut und das Misstrauen würden dann den Umgang mit der Gesamtgruppe der neu Migrierten beeinflussen.

Es scheint, dass Anne kein Problem mit dem Verlust der akademischen Fachlichkeitsanteile ihrer Tätigkeit hat. Vielmehr scheint ihr Ziel das Lernen der neuen Fachlichkeit zu sein, was wiederum zur Entstehung von Vertrauen und gegenseitiger Anerkennung im Arbeitsalltag führen kann.

Anne stellt die neu migrierten Pflegefachkräfte im Arbeitsalltag als ein miteinander kommunizierendes Team dar.

„Und ich glaube, wir als Ausländer können wir uns besser verstehen mit Leuten, die auch nicht von hier kommen. Obwohl wir alle nicht gut reden, verstehen wir uns irgendwie. [...] ich habe bemerkt, wenn wir z.B. Dienst haben mit anderen Ausländerleuten, dann verstehen wir uns. Und wenn jemand von hier dabei ist, dann fragt er ‚Wer? Was-was-was? Was meint er? Was meint sie?‘ Dann sage ich ja ‚Sie meint das und das und das‘. Die Person von hier kann nicht sofort verstehen und wir zwischen uns verstehen uns gut. Das ist irgendwie glaube ich bei allen so, dass die ausländischen Leute sich besser verstehen. Ich glaube wir machen wahrscheinlich dieselben Fehler, glaube ich, weiß ich nicht.“ (Z. 501–515)

Anne betont das Sich-Gegenseitig-Verstehen-Können unter den neu migrierten Pflegefachkräften im Vergleich zu den Etablierten „von hier“, welche Probleme haben, das noch nicht perfekte Deutsch der neu migrierten Pflegefachkräfte zu verstehen. Das Beispiel der „Übersetzung“ für eine Einheimische („jemand von hier“) zeigt, dass möglicherweise sprachliches Verstehen des/der Anderen mehr voraussetzt als bloße Beherrschung grammatikalischer und syntaktischer Regeln, nämlich Empathie und die Bereitschaft seitens der Hörenden, sich in die Situation des Sprechenden zu versetzen. Die Anerkennung des Anderen als Kommunikationspartner ist eine Facette dieser Empathie. Durch die Einfügung dieser Passage in ihre Erzählung beleuchtet Anne, was bereits in der vorherigen Erzählung latent vorhanden war: das Fehlen einer elementaren Anerkennung der neu migrierten Pflegefachkräfte durch die Etablierten als gleichwertige Personen.

Vielmehr zeigt sich, dass die geteilten konflikthaften Erfahrungen am Arbeitsplatz die neu migrierten Pflegefachkräfte stärker, über ethnische Teilun-

gen hinaus, aneinander binden und diese Gruppe zur Unterstützungsressource machen, wie Anne dies betont:

„Bei uns ist alles irgendwie verblichen. Da gibt es keine Unterschiede. Zumindest wahrscheinlich gibt es so was, aber man kann das nicht so [...] Ich kann das nicht fühlen z.B. an mich. Wir sind ein Team und wir versuchen so gut wie das geht zusammen arbeiten, weil sie [...] Manchmal ist das so, wir sind aus vielen Ländern auf Schicht und kein Deutscher. Deswegen muss man mit uns arbeiten, irgendwie. Egal, ob sie das möchten oder nicht, sie sind wahrscheinlich schon daran gewöhnt. Weil wir haben ganz viele Nationalitäten. Portugal, Polen, Spanien hatten wir auch, Rumänien, von Asien, Afrika und Kroatien. Ganz viele.“ (Z. 1288–1297)

Zusammenfassend kann an der Stelle festgehalten werden, dass trotz Diskriminierungserfahrungen Anne bereit ist, sich anzupassen, indem sie die Rolle der Schülerin annimmt. Sie ist nicht nur Lernende in Bezug auf den Spracherwerb, sondern auch in Bezug auf die Arbeitsabläufe in der Pflegepraxis.

Der Einfluss von außerbetrieblichen Dimensionen auf den betrieblichen Integrationsprozess

Wie die biographische Erzählung von Anne zeigt, ist das Migrationsprojekt von ihr und ihrem Mann auf eine permanente Niederlassung in Deutschland ausgerichtet. Nicht nur Anne, sondern auch ihr Mann, der sie bei der Übersiedlung nach Deutschland begleitete, ist hoch motiviert, die deutsche Sprache zu lernen und sich beruflich weiter zu qualifizieren. Eine gemeinsame Existenzgrundlage in Deutschland zu schaffen, erscheint für beide als eine attraktivere Lösung als in Polen zu bleiben. Dadurch dass diese Entscheidung von Annes Eltern unterstützt wurde und ihre Arbeitsmigration ein biographisch angelegtes familiäres Handlungsmuster darstellt, erscheint die Migration als eine logische Reaktion auf die prekarierten, unsicheren Lebensbedingungen im Herkunftsland. Die Möglichkeit, den Kontakt zu den Eltern durch die modernen Kommunikationsmittel zu pflegen, sowie die nahe geographische Lage zum Herkunftsort unterstützen die Aufrechterhaltung der engen familiären Bindungen über die nationalstaatlichen Grenzen hinweg. Die Vorstellung, ohne große Mühe von ihrem Arbeits- und Wohnort in Deutschland ihre Eltern in Polen zu erreichen, konstituiert einen familiären transnationalen Sozialraum (Pries 1998) über die nationalstaatlichen Grenzen hinweg: „In acht Stunden bin ich zu Hause“. Somit scheinen die familiäre Situation sowie die soziale Integration von Annes Mann in Deutschland ihr einen sicheren Rückhalt zu geben, ihren Lernprozess am Arbeitsplatz fortzusetzen.

Anpassung und Aufnahme des Neuen als Moratorium: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Annes Migrationsentscheidung baut auf einer familienbiographischen Tradition auf. Das Anwerbeprogramm für Pflegefachkräfte bot Anne eine zeitlich und räumlich passende Möglichkeitsstruktur an, die die biographisch angelegte und gesellschaftlich bedingte Mobilitätsbereitschaft aktiviert hat. Denn aus der biographischen Perspektive betrachtet erscheint Annes Migrationsentscheidung als eine intergenerationale familiäre Strategie, auf die sozioökonomisch unsichere Lage in Polen mit Mobilität zu reagieren. Für Anne bedeutet dies zudem die Möglichkeit, ihren durch akademische Bildung angestoßenen sozialen Aufstiegsprozess fortzusetzen, was sich in ihrer Bereitschaft zeigt, immer etwas Neues zu lernen und sich weiterzubilden.

Das an qualifizierte Pflegefachkräfte gerichtete Anwerbeverfahren ermöglichte Anne eine zügige, formale Anerkennung ihres Studienabschlusses und einen schnellen Übergang in den Status der Pflegefachkraft. Jedoch zeigt die Analyse ihrer biographischen Erzählung, dass die Integration in die alltäglichen Arbeitsabläufe und das Kollegium keinen einfachen, sondern einen langwierigen Anpassungsprozess darstellt. Denn Anne ist hier mit den üblichen hierarchischen Figurationsstrukturen zwischen den Etablierten und neu Hinzugekommenen konfrontiert und muss zunächst um ihren Platz im Arbeitsfeld ringen. Diese Platzsuche beinhaltet hierarchische Grenzziehungs- und Aushandlungsprozesse bezüglich der Arbeitsabläufe und Umgangsformen in alltäglichen Interaktionen mit Kollegen sowie mit Patienten. Hier fungiert die Gruppe der neu migrierten Pflegefachkräfte als ein Unterstützungszusammenhang, der eine reflexive Auseinandersetzung mit dem konflikthaften Arbeitsalltag und gegenseitige elementare Anerkennung ermöglicht. Damit wird in dieser Gruppe die von den Etablierten zurückgehaltene elementare Anerkennung der neu migrierten Pflegefachkräfte kompensiert.

Da Anne vor ihrer Arbeitsmigration wenig praktische Arbeitserfahrungen gesammelt und ihre berufliche Identität sich noch nicht gefestigt hat, zeigt sie hohe Bereitschaft, Neues zu lernen sowie sich an die gegebenen Arbeitsabläufe anzupassen. Diese hohe Anpassungsbereitschaft beschränkt sich aber nicht nur auf die Bewältigung der alltäglichen beruflichen Praxis, sondern zeigt sich auch in ihrer Bereitschaft, weitere Kompetenzen zu erwerben. Als sich dann die Möglichkeit ergibt, sich im Rahmen ihrer Pflgetätigkeit weiterzubilden, ergreift sie die Chance, eine einjährige Weiterbildung zu absolvieren. Interessanterweise begründet sie ihr Weiterbildungsinteresse als eine auf die Zukunft ausgerichtete Strategie, sich für weitere, höher gestellte Tätigkeitsfelder in der Pflege qualifizieren zu können. Sie trauert nicht dem

„Verlust“ der akademischen, medizinnahen Fachlichkeitsanteile nach, sondern versucht, ihr berufliches Wissen in der neuen Situation zu erweitern. Sie weist in ihrer Erzählung darauf hin, dass ihre jetzige Arbeit nicht die letzte Station ihrer beruflichen Laufbahn sein soll. Ganz im Gegenteil: Langfristig ist es sichtbar, dass sie neue akademische Qualifikationen anstrebt, z.B. mit einer Promotion. Damit knüpft sie an den ursprünglichen biographischen Entwurf an, Medizin zu studieren.

„Ich wollte immer mich weiterbilden und vielleicht irgendwann etwas anderes machen, vielleicht auch, weil bei uns kann man auch Doktor, d.h. Weiterbildung und ich wollte immer noch was machen. Was anderes auch und was noch etwas gibt. Und nicht in einer Stelle bleiben.“ (Z. 202–206)

Anne betrachtet also ihre jetzige Tätigkeit als eine Übergangsphase. Wie andere jüngere Interviewte, befindet sie sich in einer Art Moratoriumsphase (Erikson 1966), in der sie Überlegungen bezüglich einer beruflichen Neuorientierung machen kann. Die betriebliche Integration und die Bindung an den Betrieb hängen entscheidend von der Gestaltung dieser Phase des Moratoriums ab. Denn es ist ihr persönliches Ziel, sich beruflich weiterzuentwickeln, im Betrieb oder außerhalb.

2.2 Fürsorgeideal und Zeitdruckzwänge im Arbeitsfeld Altenpflegeeinrichtung

In den stationären Altenpflegeeinrichtungen sollen die Bewohner in ihrem alltäglichen Lebensvollzug unterstützt werden, während das Pflegepersonal eine weitgehende Autonomie in der Steuerung des unterstützenden Kontextes hat (Schroeter 2006). Die Organisationsstruktur in der Altenpflegeeinrichtung sieht Einzelarbeit in Pflege und Unterstützung vor. Teamarbeit stellt hier eine Ausnahme dar. Im Folgenden präsentieren wir zwei Fälle, die typische Problematiken der betrieblichen Integration im Spannungsfeld von Fürsorgeideal und Zeitdruckzwängen in der Einzelarbeit darstellen. In beiden Fällen findet sich die Struktur der ambivalenten Anpassung wieder, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Die Fälle sind insofern kontrastiv, als in einem der Fälle eine Familienmigration stattgefunden hat und die soziale Integration der Familienmitglieder entscheidend für Exit oder Verbleib ist.

2.2.1 Enttäuschung der Erwartungen und Verbleib – Mili M.

Kurzporträt

Mili M., 48 Jahre alt, ist geschieden und hat eine erwachsene Tochter, die heute in Bosnien lebt. Mili musste während des Jugoslawien-Krieges mit ihrer Mutter, ihren Geschwistern und ihrer Tochter nach Kroatien fliehen. Nach dem Ende des Krieges ist die Familie nach Bosnien zurückgekehrt, wo Mili eine Pflegeausbildung abgeschlossen und für kurze Zeit in der häuslichen Pflege und im Krankenhaus gearbeitet hat. Danach hat sie fachfremd als Kellnerin und an einer Tankstelle gearbeitet. Sie hat die Migration nach Deutschland und die Anstellung in einer Altenpflegeeinrichtung mit Hilfe von bosnischen Freunden selbst organisiert. Mili arbeitet zur Zeit des Interviews als Pflegehilfskraft und wartet auf die Anerkennung ihres Abschlusszeugnisses.

Migration als eine Suche nach Normalität

Als Mili um die Erzählung ihrer Lebensgeschichte gebeten wird, reagiert sie mit Verwunderung. Sie beteuert, dass sie eine „normale“ Kindheit hatte und deswegen nichts anderes erzählen kann, als jeder andere würde erzählen können. Damit führt sie sich mit dem Thema „Normalität“ ein, das sie insbesondere für die Schulphase für sich reklamiert. Das Thema „Normalität“ erweist sich in der Folge der Erzählung als zentral für die Gesamtgestalt ihrer Biographie. Denn ihr Leben scheint um den traumatischen Verlust von Normalität durch den Krieg und um die Suche nach der Wiederherstellung von Normalität organisiert zu sein. Genauer: Leben und Arbeiten in Deutschland scheinen gerade der gezielten Suche nach Normalität zu dienen.

Trotz ihrer anfänglichen Weigerung, erzählt Mili dann doch von ihrem Leben. Die Erfahrung des Krieges steht im Zentrum ihrer Erzählung. Vor dem Krieg hat sie Schuhmacherin gelernt, denn im Ort gab es eine große Schuhfabrik, und sie konnte den erlernten Beruf ein paar Jahre ausüben. Den Jugoslawien-Krieg nennt sie eine „Katastrophe“ und die Zeiten danach „schwierig“. Während des Krieges ist sie mit ihrer Mutter, ihren Geschwistern und ihrer Tochter nach Kroatien gegangen. Am Ende des Krieges war die Familie nach Bosnien zurückgekehrt. Sie sagt: „Alles war zerstört ... kaputt“. Die Familie lebte vom Gehalt des Vaters, das in Coupons bezahlt worden sei und welches gerade zum Überleben reichte. In dieser Situation hörte sie dann von der Krankenschwesternschule. Um die Ausbildung zu finanzieren, arbeitete sie nebenher als Kellnerin. Sie arbeitete gleichzeitig ehrenamtlich im Krankenhaus, um, wie sie sagt, die berufliche Praxis kennenzulernen.

Sie erwähnt, dass die „politische Situation ... immer noch schwer“ gewesen sei. Die Religionsgruppen wären immer noch feindlich gegeneinander eingestellt gewesen und man habe sich nicht aus dem religiösen Konflikt heraushalten können. Mili spricht von „schlimmer Zeit“. Sie erzählt dennoch sehr ausführlich über ihre Erfahrungen mit den religiösen und ethnischen Anfeindungen in Bosnien. In dieser schwierigen Situation wurde sie von einer Freundin angefragt, einen kranken älteren Herrn in Kroatien zu pflegen, was sie dann auch sechs Monate lang gemacht hat. Die Jahre danach arbeitete sie fachfremd, als Kellnerin und an einer Tankstelle, bis sie von der Möglichkeit erfuhr, in Deutschland in der Pflege zu arbeiten. Sie stellt somit dar, dass ihre Motivation zu migrieren aus der schweren Arbeitsnot entstanden ist. In einer späteren Interviewpassage sagt Mili, dass sie „immer hierher umziehen“ wollte, weil ihre „beste Freundin“ hier lebe. Jedoch sei dies für sie als Drittstaatlerin nicht möglich gewesen. Über die Migrationsentscheidung spricht sie jedoch nicht direkt. Sie scheint alleine entschieden zu haben, da sie keine familiären Verpflichtungen mehr hatte: Sie ist geschieden, ihre Tochter ist erwachsen und in einer anderen Stadt erwerbstätig; ihre Eltern leben nicht mehr.

In Bezug auf den Migrationsprozess spricht sie die Härten der autonomen Migration einer Frau aus einem Drittstaat an und zeigt sich in der Bilanzierung von Migration und Arbeit in Deutschland enttäuscht:

„Bis ich gehört habe, dass hier eine Chance gibt [...] So arbeiten, endlich arbeiten. Und meine beste Freundin ist hier. Und die hat einen Mann gefunden [lachend], der hat mir Arbeitsplatz gefunden. Ich bin alleine hierher gekommen und Arbeitsvertrag bekommen. Nach Hause zurückgegangen, alles alleine erledigt und hier gekommen. Und 1,5 Jahre ich bin hier in Deutschland. Einfach klappt das nicht so wie das am Anfang war. Das kostet viel Geld, Nerven, Zeit und ich bin immer noch unter Druck, weil wenn ich meine Prüfung nicht bestehe, dann muss ich nach Hause. Das ist auch schwierig, weil du bist ständig unter Druck. Im Pflegeheim, wo ich arbeite, einfach hast du nicht genug Chancen was zu lernen, weil du bist ständig am Rennen, am Arbeiten. Ja, so ist das. Einfach ich bin nicht so zufrieden, wie ich dachte.“ (Z. 110–127)

Die Migration nach Deutschland war mit der Erwartung gekoppelt, sich endlich in einer „Normalität“ einrichten zu können, angefangen mit einer „normalen“ Arbeitsstelle. Das Zusammensein mit der Freundin in Deutschland scheint ein Teil der gewünschten Normalität zu sein. Diese Freundin hatte die Verbindungen hergestellt, damit sie eine Arbeitsstelle in der Altenpflegeeinrichtung bekäme. Der Arbeitsvertrag scheint eine zentrale Bedeutung zu haben. Er symbolisiert das „normale Arbeitsverhältnis“ (Mückenberger 1986), das im kriegszerstörten Bosnien für sie nicht mehr möglich war. Die

Formalitäten hat sie alleine erledigt. Zweimal benutzt sie das Wort „alleine“ und zeigt damit nicht nur ihren Stolz für ihre Leistung, sondern auch ihre Überforderung in der Situation und den Wunsch nach jemandem, der sie bei diesen Aufgaben unterstützt. Ihre Erwartungen sind insgesamt nicht eingetroffen, denn es klappt alles nicht so, wie sie es gedacht hatte. Die Schwierigkeiten, insbesondere in Bezug auf die Anerkennung ihrer Ausbildung und die damit zusammenhängende Verfestigung des Aufenthaltsstatus, sind erheblich. Die Unsicherheit und der Stress sind groß, da sie als Drittstaatlerin für die Anerkennung ihrer Ausbildung eine Ausgleichsmaßnahme besuchen und eine Prüfung bestehen muss. Sie spricht die Schwierigkeiten der autonomen Migration an, d. h. die Schwierigkeiten des Arbeitens bei einem Arbeitgeber, der nicht durch den Anwerbungsprozess in die Migration involviert war und damit keine weitreichende Verantwortung für die Erledigung von Formalitäten für die Anerkennung des Abschlusszeugnisses übernimmt. Darüber hinaus betont Mili die Schwierigkeiten des Arbeitens in der Altenpflegeeinrichtung und den dortigen intensiven Arbeitsrhythmus („ständig am Rennen“). Der Zeitdruck als elementares Problem wird hier in Bezug auf das Lernen für die Prüfung eingeführt.

Milis Erzählung weist darauf hin, dass sie den Anerkennungsprozess des Abschlusszeugnisses als äußerst belastend empfunden hat („Stress ohne Ende“). Die sich ständig verändernden Regelungen hatten immer wieder neue Unsicherheiten produziert, da immer wieder neue Unterlagen hätten eingereicht werden müssen. Das habe Geld und Zeit gekostet. Zudem sind die Altenpflegesschulen häufig überfüllt, und sie kann keinen Platz für den für die Anerkennung erforderlichen Zusatzkurs erhalten. Gleichzeitig ist die zeitliche Streckung des Anerkennungsprozesses ein Problem, da ihr Visum abzulaufen droht. Mili kontrastiert ihren Fall der autonomen Migration mit der vermittelten Migration. Die Migration im Kontext der Anwerbung erscheint Mili als weniger belastend, da die anwerbende Institution die Verantwortung für die Durchführung des Anerkennungsprozesses übernimmt. Insgesamt spricht Mili hier über die vielen Unsicherheiten, die die Herstellung von Normalität, wie sie es sich gewünscht hat, verhindern.

Professionalität in der Pflege: Das Ideal von emotionaler Zuwendung und das medizinnahe Berufsbild

Am Beispiel ihrer Erfahrung mit der häuslichen Pflege des älteren Herrn in Kroatien macht Mili ihre intrinsische Motivation für den Pflegeberuf deutlich.

„Ich hatte ein Zimmer dort gehabt und ich habe ihm gekocht, geputzt. Ich habe ihm besorgt alles, mit dem Arzt habe ich kommuniziert, Apotheke, Verbände, Spritze, alles. Ich war Einzige, die da mit ihm war. Er war so ein Schwieriger und alle haben sich gewundert, wie er mit mir, wie ich mit ihm umgehen kann. Und ein paar Tage nachdem er beerdigt war, ich bin nach Hause gegangen. Wir hatten aber Spaß. Ja.“ (Z. 370–386)

Sie beschreibt die Arbeitssituation der häuslichen Pflege, die ständige Präsenz im Haushalt des Patienten und ihre sehr umfassenden Aufgaben, was den Haushalt und die medizinische Pflege betrifft. Mili ist stolz auf ihre pflegerische Arbeit und die dadurch entstandene positive Haltung des Patienten ihr gegenüber und bringt die Anerkennung ihrer Arbeit auch durch andere Beteiligte zum Ausdruck. Durch ihr Verständnis von pflegerischer Professionalität konnte sie eine therapeutisch erfolgreiche Beziehung zu einem schwierigen Patienten aufbauen und ihm helfen, seine Kräfte zu mobilisieren. Ein paar Tage nach dem Tod des Patienten ist sie nach Hause zurückgekehrt. Sie formuliert eine überraschende Bilanz jener Zeit: „Wir hatten aber Spaß“. Durch die Benutzung des Wortes „aber“ zeigt sie, dass sie den Widerspruch zwischen der sehr schlechten Gesundheitslage des Patienten und der Aussage über „Spaß“ erkennt. Trotz der Krankheit und des nahenden Todes erscheint der Alltag in dieser Phase wegen der intakten sozialen Beziehungen, sowohl zum Patienten als auch zu seinen Familienangehörigen, als so positiv, dass sie das Wort „Spaß“ für angemessen hält.

Mili hat die Pflegearbeit intuitiv als eine „Familienarbeit“ ausgeführt, was in der Beziehung, die sie zu den Kindern des Patienten, auch nach dessen Tod, aufrechterhält, zum Ausdruck kommt.

„Ich war mit ihm bis letzter Minute, ich habe ihn gewaschen, angezogen. Traurig, aber schön, wenn du so ein, so ein paar Monate oder egal, wie viel, aber war schön. Ich habe mich befreundet mit seiner Familie, mit seiner Tochter und Sohn. Wir sind ständig in Kontakt. Ich war bei ihnen in Serbien, in Kroatien auch. Die haben mich besucht und [...] Unsere Kinder sind auch befreundet.“ (Z. 353–360)

Die Pflegearbeit findet im Kontext des familialen Zusammenlebens statt, was die bezahlte Pflegearbeit zu einer familialisierten Arbeit (Kontos 2013, Kontos/Bonifacio 2015) macht. Es lässt sich dennoch in dieser Passage eine paradoxe Koinzidenz vom nahenden Tod und Zufriedenheit feststellen („traurig aber schön“). Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Mili gerade die familialisierte Pflegearbeit als emotional höchst wertvoll und die familialisierte Pflegesituation sowie die gute Beziehung zum Patienten und zu den Angehörigen als eine gelungene Arbeitssituation erlebt hat.

Mili vertritt offensiv den Wert von Emotionalität in der Ausübung des Pflegeberufs.

„Eigentlich hat das alles gut geklappt. Also ich denke das schon, weil wenn du was in Herz hast, dann kannst du das machen. Vielleicht bin ich geboren mit so was. Ich weiß nicht.“ (Z. 551–554)

Sie identifiziert sich vollkommen mit ihrem Beruf, sie sei dafür „geboren“. Sie scheint sich keine andere Berufsidentität vorstellen zu können und stellt den Pflegeberuf als mit ihrem Wesen verschmolzen dar. Dabei scheint sie sich selbst zu wundern, dass sie sich eins mit dem Beruf fühlt.

In der Zeit vor der Migration hat Mili außer der familialisierten häuslichen Pflege auch Arbeitserfahrungen im Krankenhaus gesammelt. Dort arbeitete sie ehrenamtlich, Obgleich ohne Bezahlung, war sie mit der Ausübung dieser Tätigkeit sehr zufrieden.

„Also wir hatten OP, Chirurgie und Innere Krankheiten. Also ich habe in der Notaufnahme gearbeitet und ich habe in OP-Saal gearbeitet. Ich habe viele, viele Verbände gewechselt [lachend] Spritze gegeben. Also intravenös Therapie, hier ist Arbeit was anderes. Hier zum Beispiel nur Arzt darf in Venensystem, intravenös, nur Arzt darf so was geben. Bei uns ich habe mehrere gegeben. Intramuskulär auch. Und das war meine Zeit, wo ich zufrieden war.“ (Z. 269–276)

Mili stellt sich hier als eine erfahrene Professionelle dar und erklärt der Interviewerin das breite Spektrum ihrer Aufgaben. Milis Zufriedenheit mit der Arbeit im Krankenhaus in Bosnien beruht auf der Möglichkeit, die medizinischen Anteile ihrer Ausbildung praktisch umsetzen zu können. An dieser Stelle verweist Mili auf die Pflegearbeit in Deutschland, wo medizinische Behandlung nur von den Ärzten ausgeführt wird. Damit zeigt sie ihre Unzufriedenheit und ihre Trauer darüber, dass die medizinischen Fachlichkeitsanteile keine Anwendung in der Altenpflegeeinrichtung finden.

Benachteiligung in der Bezahlung und in der Aufgabenzuweisung sowie prospektive informelle Wiedergewinnung medizinischer Fachlichkeit

Im Dialog mit der Interviewerin gibt Mili eine Übersicht über Arbeitsaufgaben und Benachteiligungen in der anfänglichen Einstufung als Pflegehilfskraft und über die Arbeitsaufgaben einer Pflegefachkraft, derjenigen Position, die sie nach der Anerkennung ihres Abschlusszeugnisses einnehmen wird. Sie beschreibt die Arbeitsaufgaben der zwei Pflegestatus in der Altenpflegeeinrichtung und gibt gleichzeitig Auskunft über die Strukturen des

Übergangs der neu migrierten Pflegefachkräfte in die Altenpflegeeinrichtungen, vom Status der Pflegehilfskraft vor der formalen Anerkennung des Abschlusszeugnisses zum Status der Pflegefachkraft danach.

„M: Erstmals. Lohn steigt. So vielleicht 400–500 mehr ungefähr. Also pflegerisch ich werde bisschen leichtere Sachen machen, körperlich meine ich. Aber auf die andere Seite da gibt es die Sachen, bürokratisch, so kann man sagen. Weil man muss viel schreiben, muss man sich um Sachen [...] Die Pflege darf nicht machen, zum Beispiel so Medikamente stellen oder geben oder Spritze geben. Wenn irgendwas schiefgelaufen ist, zum Beispiel wenn ein Bewohner es geht ihm schlecht, da muss man sofort hingehen und gucken, was mit dem ist und zum Beispiel Notarzt anrufen und wenn der Arzt kommt, Visite machen, Verbände machen, ja so Sachen.

I: Also, so eher medizinisch.

M: Ja. Ja. Also mache ich schon paar Sachen, die haben mir schon paar Sachen gegeben, nur mein Lohn ist immer [lacht leicht] geblieben, wie Pflegehelfer. Ich kriege wenig Geld, aber ich arbeite wie Fachkraft.

I: Und dann später, wenn Sie Fachkraft sind, dann werden Sie auch diese pflegerische Arbeit machen? Also die Patienten waschen und also das Ganze?

M: Aber nicht so viel. Weil dann kannst du später hast du keine Zeit, um Sachen zum Beispiel zu schreiben und Pflegeberichte oder so Sachen. Jemand, wer Pflegefachkraft ist, er macht Tafel, wer was machen soll. Und der, wer Fachkraft ist, er nimmt sich immer leichte Leute, und zum Beispiel eine oder zwei schwierige, damit Kollege erleichtert kann und damit er schneller aus der Pflege ist, damit er sich um andere Sachen kümmern kann.“ (Z. 828–860)

Eine Palette von Aspekten der Arbeitsorganisation und der Fachlichkeitspraxis wird sichtbar, wenn Mili die Veränderungen beschreibt, die mit der Anerkennung des Abschlusszeugnisses und der Einstufung als Pflegefachkraft für sie eintreten werden. Sie kontrastiert dabei die zukünftige Situation mit ihrer jetzigen, als Pflegehilfskraft, und gibt damit Auskunft über die Aufgabenverteilung je nach Pflegestatus.

Mili erklärt, dass sie als Hilfskraft schlechter bezahlt wird und sie körperlich anstrengendere Arbeiten als eine Pflegefachkraft zu erledigen hat. Die Pflegefachkraft würde leichtere Pflegefälle übernehmen, weil sie Zeit bräuchte, um die eher bürokratischen Aufgaben, wie Dokumentation und Arbeitsorganisation, zu erledigen. An dieser Stelle erwähnt Mili, dass die Pflegefachkräfte medizinnaher Arbeit übernehmen. Als Beispiele nennt sie die Medikamentenzuteilung oder das Verabreichen von Spritzen. Hier erwähnt sie jedoch, dass dies gegen die geltenden Regeln sei („darf nicht machen“). Mili beschreibt also hier ihre erwartete informelle Wiedergewinnung von medizinnahen Fachlichkeitsanteilen, nachdem sie den Status der anerkannten Pflegefachkraft erreicht hat.

Eine andere Aufgabe einer Pflegefachkraft sei es, bei einem Notfall, d. h., wenn es einem Bewohner oder einer Bewohnerin schlecht geht, hinzugehen, um zu sehen, was los ist, und ggf. den Notarzt zu rufen sowie bei der Visite zu assistieren. Sie fügt hinzu, dass sie bereits einige der Aufgaben der Pflegefachkraft zugeteilt bekommen habe, „nur der Lohn ist gleich geblieben“. Mili lacht über diese eindeutige Ungleichbehandlung und zeigt mit ihrem Lachen ihre Enttäuschung und Missbilligung. Sie scheint dennoch stolz zu sein, dass sie in der Position einer Pflegehilfskraft Aufgaben einer Pflegefachkraft übernimmt. Dies erscheint ihr als ein Beweis für die informelle Anerkennung ihrer Kompetenzen seitens der Vorgesetzten, jedoch ist sie auch darüber enttäuscht, dass dies mit der geringeren Bezahlung einer Hilfskraft einhergeht.

Auf die Frage der Interviewerin, ob sie die körperliche Pflege weitermachen würde, wenn sie als Pflegefachkraft eingestuft worden ist, erklärt Mili, dass diese dann anteilmäßig ohnehin weniger würde. Da die Aufgaben der Pflegefachkraft auch managementbezogen seien, würden Pflegefachkräfte mehr die Pflege der „leichten Leute“ übernehmen.

Isolierte Arbeit vs. spontan-situative Kooperation

Ein Thema, das Mili bezüglich der Arbeitsorganisation in der Altenpflegeeinrichtung betont, ist die isolierte Arbeitsweise. An der Situation eines Notfalls zeigt sie die Probleme der isolierten Arbeit und damit die Notwendigkeit auf, gerade in einer kritischen Situation auf Kollegen zurückgreifen zu können und gemeinsam als Team zu fungieren.

„Wir hatten vor paar Tagen ein Notfall. Eine Kollegin, die Fachkraft ist – und ich war ständig mit ihr zusammen. Aber ich dachte, das ist normal, da muss man nicht sagen, da komm, mach das [klatscht]. Und nachher, als es erledigt war, die ist zu mir gekommen, hat sie gesagt ‚Guck mal, danke dir vielmals, dass du bei mir warst.‘ Ja, warum danke? Ist das nicht Arbeit zusammen? Wir sind Team, da müssen wir so [klatscht] machen. Ja, aber nicht alle. [...] Aber eigentlich ich fühle mich ganz gut, egal mit wem ich arbeite, zum Beispiel wenn ein Patient, dem ich machen kann, pflegerisch besorgen kann und zum Beispiel wenn noch dazu Verbände gewechselt müssen, dann ich sage, ‚ja, bleibe ruhig, ich werde das machen, kannst du dich um andere Sachen kümmern‘. Also ich übernehme manchmal, was gehört nicht dazu, aber ich finde immer, es ist schön, wenn du noch was lernen kannst und es klappt.“ (Z. 881–896)

Obleich häufig erforderlich, ist in der Altenpflegeeinrichtung das gemeinsame Arbeiten nicht vorgesehen. Im Gegensatz zur isolierten Arbeit, besteht Milis Ideal aus einer gegenseitigen Unterstützung. Ihre Kollegin ist überrascht und bedankt sich, wenn Mili ihr beim Eintritt eines Notfalles zu Hilfe kommt und zeigt damit die Wertschätzung für Milis Hilfsbereitschaft. Mili

jedoch betont, dass das gegenseitige Helfen für sie „normal“ sei. Ihr kooperatives Arbeitsverständnis und die Bereitschaft, mehr zu leisten, begründet sie auch mit dem Wunsch, Neues zu lernen. Das Lernen erhält hier einen emphatischen Charakter der Entwicklung des professionellen Selbst. Sie beschreibt das kollegiale Verhältnis als insgesamt zufriedenstellend und solidarisch: „Aber eigentlich ich fühle mich ganz gut, egal mit wem ich arbeite“. Die Kollegen würden sich gegenseitig nicht nur als Menschen mit Kompetenzen, sondern auch als Menschen mit Bedürfnissen anerkennen, beispielsweise mit dem Bedürfnis nach Unterstützung in einer schwierigen Situation.

Häuslich-familiäre Struktur der Altenpflegeeinrichtung und Professionalität

Auf die Frage der Interviewerin, was die Unterschiede zwischen der Arbeit im Krankenhaus in Bosnien und ihrer jetzigen Arbeit in der Altenpflegeeinrichtung seien, antwortet Mili mit Überlegungen über das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus bzw. zwischen Pflegepersonal und (pflegebedürftigen) Bewohnern in der Altenpflegeeinrichtung. Sie reflektiert über den Unterschied zwischen Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung, indem sie die Besonderheit der Häuslichkeit, Privatheit und Familialität der Altenpflegeeinrichtung hervorhebt.

„Also z. B. wenn was in Pflegeheim passiert, was wir machen dürfen, also z. B. checken, wenn irgendwas stimmt nicht, nur anrufen, dann kommt der Arzt und bringt den Bewohner in ein Krankenhaus. Und dann er ist nicht Bewohner, er ist Patient. Wer im Krankenhaus arbeitet, er sorgt sich um Patienten nicht um Bewohner, in Krankenhaus die Leute kommen und gehen ständig, dann hast du keine Zeit um eine Verbindung mit Leuten zu machen. Da geht es eh um, geht es um Arbeit nur noch. In Altenheim da sind Leute wie Familie. Alle Leute. Und du weißt genau, alle Leute die da gekommen sind – am meisten alle, da gibt es Leute die in Kurzzeit-Pflege sind [...] Und gibt es Leute, die da gekommen sind und die werden da bis letzte Minute bleiben. Das ist schon ein Unterschied, weil die Leute da, die wohnen da, die haben da Schrank, Bilder an Wände, Teppich oder was weiß ich. Die können die Sachen von Zuhause ins Zimmer bringen. Also d. h. die wohnen da.“ (Z. 1128–1142)

Die Altenpflegeeinrichtung erscheint hier wie eine Wohnstätte, eine Neuaufnahme der häuslichen Umwelt. Die Bewohner richten ihr Zimmer mit ihren eigenen Möbelstücken häuslich ein und stellen ihre gewohnte Privatsphäre wieder her. Die Altenpflegeeinrichtung ermöglicht somit die Schaffung eines privaten Raums für die Bewohner, während das Krankenhaus einen halböffentlichen Raum darstellt. Die langfristige zeitliche Perspektive des Aufenthalts in der Altenpflegeeinrichtung – die meisten Bewohner bleiben dort bis

zu ihrem Lebensende – enthält für die Pflegenden die Chance, eine Beziehung zu den Bewohnern aufzubauen, was im Krankenhaus durch den schnellen Wechsel der Patienten nicht möglich ist. Obgleich für Mili die Häuslichkeit und die Privatheit des Wohnens in der Altenpflegeeinrichtung im Vordergrund stehen, geht sie ein Stück weiter und bezeichnet die Altenpflegeeinrichtung mit der Formulierung „wie Familie“.

Mit dieser Gegenüberstellung verdeutlicht sie die Möglichkeit und die Notwendigkeit einer engagierten, familienaffinen Emotionalität in der Arbeit, was aber durch die Zwänge der Arbeitsorganisation in Frage gestellt wird.

„Ich bin bisschen enttäuscht. Deutschland ist nicht wie es aussieht. Die alten Leute sind nicht in Lage leider alleine ihr Leben zu leben, deswegen sind sie wo sie sind. Es ist schwer, wenn du kommst und wenn du siehst, dass ständig zu wenig Personal ist. Dann hast du keine Zeit, dann machst du automatisch. Und ich finde schade, weil ich merke schon dann, dass bei mir auch, ich habe mich bisschen geändert. Weil du bist kaputt psychisch und physisch. Du hast keine Zeit manchmal du hast keine Zeit aufs Klo zu gehen, weil klingelt hin und her, dann musst du da was machen, da was machen. Essen bringen, Essen einreichen, aufräumen, duschen. So Sachen, die jede von uns zu Hause hat. Also da musst du Zimmer schön einrichten, dann was gehört, zum Beispiel am Tisch oder ich weiß es nicht. Die muss sauber, der Mann muss rasiert werden jeden Tag. Da musst du Leute duschen, schön anziehen. Da gibt es Leute, die so langsam, langsam sind. Manchmal, also manchmal ich frage mich, wie schaffe ich das [lachend] ehrlich. Aber die anderen Leute, die leiden auch. Weil manchmal es ist nicht genug, also ich denke, da gibt es Leute, die werden gerne im Nest liegen, aber mit jemandem, mit wem sie unterhalten können, haben als nur pflegerische Sachen. Und leider für so was haben wir keine Zeit. [...] Manchmal gibt es eine oder zwei, die du fast gar nix machen muss. Aber da gibt es immer ein paar, die schwer sind, die sich nicht bewegen können. Die durch Sonde ernährt sind oder die so total dement sind. Also mir ist ganz, ganz schlimm, wenn ich sehe das [...] Also merkst du schon, dass die Leute, die brauchen jemanden, mit wem sie reden können.“ (Z. 562–598)

In dieser Passage beschreibt Mili die Arbeitsorganisation, die vor allem durch Personal- und Zeitmangel charakterisiert ist. Die vorgefundene Arbeitssituation widerspricht ihrer im Vorfeld aufgebauten Imagination von Deutschland als ein reiches und soziales Land. Die Arbeitsorganisation steht zudem in Konflikt mit ihrem professionellen Selbstverständnis und ihren ethischen Grundprinzipien. Ihr professionelles Ideal einer Pflege, die den emotionalen und kommunikativen Bedürfnissen der Patienten Rechnung trägt, kann sie nicht verwirklichen. Die Übermacht der Strukturen zwingt Mili, sich an die vorgefundenen Bedingungen anzupassen. Obwohl sie das Leiden der alten Menschen an der Einsamkeit klar erkennt, muss sie ihre ethischen Grund-

prinzipien aufgeben, um sich selbst zu schützen. Ihre pflegerische Praxis wandelt sich unter den Bedingungen der knappen zeitlichen Ressourcen der Organisation. Sie scheint am Leiden der alten Menschen und an ihrer eigenen Veränderung zu leiden.

Außerbetriebliche Faktoren betrieblicher Integration

Auch in Milis Fall sind die betriebliche Integration und die Bindung an den Betrieb ohne die Wirkung von außerbetrieblichen Faktoren nicht gänzlich verständlich. In der Erzählung haben wir zwei Faktoren festgestellt, die den Verbleib auf einer positiven oder auf einer negativen Weise tangieren.

Ein Faktor, der Milis Zufriedenheit mit Leben und Arbeiten in Deutschland besonders fördert, ist die Freude an der Toleranz in einer multikulturellen Gesellschaft.

„Also mir gefällt es so hier [...] Multikulti. Da ist Platz, wo ich mich wohl fühlen kann. Und niemand fragt, was bist du oder was du machst. Außer das, dass ich arbeiten kann, was ich liebe, das war noch ein Punkt. Weil ich wollte gerne woanders gehen, wo ich einfach ich hab Name und ich arbeite und ich verdiene mein Geld und lasst mich in Ruhe. Und das war es. Bei uns hast du immer noch, hast du keine Privatsphäre. Und ich finde das immer irgendwo am Grenze das kann vielleicht, ich hoffe nicht, aber es ist möglich noch ein Krieg oder so was, und ich habe immer Angst. [seufzt leise] Wer weiß.“ (Z. 317–327)

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen von Intoleranz gegenüber Religionen und ethnischen Gruppen auch im Nachkriegs-Bosnien nimmt Mili die „Multikulturalität“ in Deutschland mit Begeisterung wahr. Gerade die entspannte Haltung zu Kulturen und Religionen, die zumal zur Privatsache gemacht würden, gäbe ihr das Gefühl der geschützten „Privatsphäre“ und der „Ruhe“. Für Mili sind „Multikulturalität“ und Arbeit im erlernten Beruf die zwei wichtigsten Aspekte der gewünschten und erwarteten „Normalität“ in Deutschland. Sie macht an dieser Stelle einen wertenden Vergleich der zwei Gesellschaften und begründet ihre Zufriedenheit mit dem Leben in Deutschland unter anderem mit der Angst vor der gewaltsamen Intoleranz gegenüber anderen Religionen und ethnischen Gruppen in Bosnien und vor einem neuen Krieg dort.

Ein Faktor, der ihr das Leben in Deutschland erschwert und den Verbleib in Frage stellt, ist die erfolglose Suche nach einer angemessenen Wohnung. Mili erwähnt die Wohnungssuche als ein großes Problem der sozialen Integration.

„Erste Zeit war ich mit meiner Freundin in Wohnung zusammen und ich habe ständig nach Wohnung geguckt. Also sie ist meine beste Freundin [...] aber also ich denke jede von uns will eigene Leben und eigene Privatsphäre und so was haben. Und so hat das so halbes Jahr gedauert, bis ich mir Wohnung gefunden habe. Ziemlich teuer, für mich teuer, aber ja, was soll ich machen. Alles hat Preis.“ (Z. 527–533)

Das Wohnen in der eigenen Wohnung ist ein Schritt in Richtung „Normalisierung“ des Lebens. Jedoch sind die erhöhten Preise in der Region ein großes Problem bei der Wohnungssuche. Die gewünschte „Normalisierung“ wird erschwert auf mehreren Ebenen, nicht nur bei der betrieblichen, sondern auch bei der außerbetrieblichen Integration.

Zwischen Fürsorgeideal und Zeitdruckzwängen: Verbleib im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Die biographische Erzählung von Mili ist geprägt durch das traumatische Erlebnis des Krieges, der Flucht und der Rückkehr in die zerstörte Heimat. Das Erlebnis des Krieges und seiner Folgen begründen ihre Suche nach Normalität. Diese projiziert sie in die vertraglich abgesicherte Ausübung des gelernten Berufs in Deutschland sowie in das Leben in einer vergleichsweise toleranten multikulturellen Gesellschaft, die Religion und ethnische Herkunft zur Privatsache macht.

Die Brüchigkeit der erfahrenen Normalität ist vor allem mit Aspekten der betrieblichen und sozialen Integration gekoppelt. Die erwartete Normalität tritt zwar ein, was die vertraglich abgesicherte Arbeitsstelle im erlernten Beruf betrifft, sowie die Zufriedenheit mit dem kollegialen Umgang – die Figuration „Etablierte“ und „Neuhinzugekommene“ entfaltet hier nicht die Dynamik, die wir im Krankenhaus rekonstruiert haben – und die weitestgehend vorgefundene, gesellschaftliche Toleranz gegenüber religiöser Zugehörigkeit. Mili berichtet trotzdem auch von vielen Enttäuschungen und Belastungen, insbesondere im Kontext der betrieblichen Integration, so beispielsweise der Entwertung ihrer medizinischen Qualifikationen. Auch ihre anfängliche Deklassierung zu einer Pflegehilfe mit niedrigerer Bezahlung ist für sie eine große Enttäuschung. Demgegenüber sind die allmähliche inoffizielle Anerkennung ihrer Kompetenzen, das Anvertrauen von Fachaufgaben durch die Vorgesetzten und die inoffizielle Übertragung von medizinischen Tätigkeiten im Betriebsalltag nur eine kleine Entschädigung innerhalb einer weiterhin faktischen Deklassierung. Hinzu kommt das Leiden an der unter den gegebenen Arbeitsbedingungen (Zeitdruck) erzwungenen Vernachlässigung der Prinzipien „guter Pflege“ durch emotionale Zuwendung. Im Di-

lemma zwischen der „guten Pflege“ der Patienten/Bewohner einerseits und des elementaren Schutzes der eigenen Gesundheit (Self-care) andererseits, muss sie auf die Verwirklichung des eigenen Pflegeideals verzichten.

Durch Milis Erzählung bekommen wir Einblicke in den strukturierten Prozess des Überganges – und damit der Statuspassage – einer Drittstaatlerin von der fachfremden Arbeit im Herkunftsland hin zur vertraglich abgesicherten und sozialversicherten Arbeit im erlernten Beruf in Deutschland. Stellensuche, Migration, Einstellung als Pflegehilfskraft und der Aufstieg zu einer Pflegefachkraft nach Abschluss des für Nicht-EU-Ausländer komplizierten Anerkennungsverfahrens sind Stationen dieser Statuspassage.

Zum Zeitpunkt des Interviews wartet Mili auf die formale Anerkennung ihres Abschlusszeugnisses. Sie denkt, mit ihren 48 Jahren sei sie nicht mehr ganz jung, sie erwähnt dennoch den Wunsch, etwas zu studieren und sich weiterzuentwickeln. Zentral in ihrer Erzählung ist aber auch die Idee eines „normalen Lebens“, ein Leben in Frieden und Gesundheit. Aus Milis Erzählung kann die Ambivalenz ihrer Anpassung in den Betrieb rekonstruiert werden: einerseits gute kollegiale Beziehung und andererseits Erledigung von Arbeitsaufgaben unter zeitlich knappen Ressourcen, die nur schwer mit dem professionellen Selbstverständnis zu vereinbaren sind. Zudem ist sie durch die schwere körperliche Belastung der Pflegearbeit gesundheitlich angegriffen und muss zur Krankengymnastik, um Abhilfe zu schaffen. Das noch nicht abgeschlossene formale Anerkennungsverfahren scheint sie zu zwingen, keine Überlegungen anzustellen, die Idee des Lebens in Frieden und Gesundheit außerhalb des jetzigen Betriebs zu verwirklichen. Sie scheint zunächst auf Verbleib orientiert zu sein.

2.2.2 Engagement für die Familie und unsicherer Verbleib – Ramona B.

Kurzporträt

Ramona B. ist 36 Jahre alt, verheiratet und hat einen 14-jährigen Sohn. Sie hat im Jahr 2006 eine dreijährige Krankenpflegeausbildung in Rumänien abgeschlossen. Nach ihrem Studium hat sie etwa acht Jahre als Krankenschwester in einem deutschen Hospiz in Rumänien und anschließend zwei Jahre in verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet. Nach Deutschland kam sie über einen rumänischen Pflegearbeitsvermittler, der ihr eine Arbeitsstelle zunächst als Pflegehilfe in einer Altenpflegeeinrichtung in Deutschland vermittelte. Ramona lebt seit 2015 gemeinsam mit ihrem Mann und Sohn in Deutschland.

Einbettung der Migrationsmotivation im familiären Mobilitätsmuster

„Viele Stunden arbeiten, viel Stressprogramm und für das Leben pro Monat 500 Euro plus minus. Und hier bin ich sehr zufrieden. Ich habe nicht so viel Stress nur mit der Sprache das ist. Ich arbeite, aber ich habe keinen Stress. Hier für mich ist ruhig. Ich habe keinen Stress.“ (Z. 756–757)

„Zu Hause weniger Geld, aber schönes Leben.“ (Z. 689)

„Ich denke, in Deutschland ist besser für mein Kind, für Zukunft.“ (Z. 694)

Ramonas Entscheidung, nach Deutschland zu migrieren, erscheint im Lichte ihrer biographischen Erzählung als ein Ergebnis von mehreren Beweggründen. Auf den ersten Blick bedeutet diese Entscheidung für sie eine Möglichkeit, ihre mit viel Stress verbundene Arbeitsstelle in einem Krankenhaus in Rumänien gegen eine weniger stressige, jedoch besser bezahlte Arbeitsstelle in einer Altenpflegeeinrichtung in Deutschland auszutauschen. Trotz des Arbeitsstresses und niedrigeren Gehalts, evaluiert Ramona ihr vorheriges Leben in Rumänien als „schönes Leben“.

Aber es sind nicht nur die beruflichen und finanziellen Gründe, die zu Ramonas Migrationsentscheidung führen. In ihrer Erzählung scheint die Möglichkeit, dem Sohn eine bessere Zukunftsperspektive in Deutschland ermöglichen zu können, einen genauso wichtigen Stellenwert zu haben. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass Ramona nicht ohne ihren Sohn nach Deutschland übersiedeln wollte und diesbezüglich in einen Verhandlungsprozess mit dem Arbeitsvermittler und mit dem zukünftigen Arbeitgeber eingetreten ist.

Interessanterweise weist Ramona in ihrer Erzählung auf weitere Migrationsprojekte in ihrem Umfeld hin, die ihre Migrationsentscheidung eventuell positiv beeinflusst haben. Ihre langjährige Kollegin aus Rumänien war vier Jahre früher als Pflegefachkraft nach Deutschland migriert und hat seitdem Ramona immer wieder gefragt, wann sie nach Deutschland käme. Zudem arbeitete Ramonas Schwester schon seit Jahren als Pflegekraft in privaten Haushalten in Deutschland. Vor diesem Hintergrund erscheint Ramonas Migration nach Deutschland als ein selbstverständlicher beruflicher Schritt, wobei sie, dem Beispiel ihrer Freundin und ihrer Schwester folgend, das in der Familie vorhandene Mobilitätsmuster fortsetzt.

Bewerbungs- und Anerkennungsphase

Ramonas Bewerbungsphase ist, wie bei fast allen Interviewten, durch ein hohes Tempo und Anforderungen an die Flexibilität gekennzeichnet, was von den Betroffenen eine enorme Organisations- und Handlungskompetenz verlangt. Die Stellenzusage war seitens des Arbeitgebers mit der Erwartung ver-

bunden, die Arbeitsstelle sofort anzutreten: „hat gesagt ja komm schnell“ (Z. 275). Ramona folgte dieser Aufforderung und übersiedelte gemeinsam mit ihrem Mann und Sohn innerhalb von 20 Tagen nach Deutschland.

„Erste Mal habe ich gesagt ja ich komme mit meinem Mann ja natürlich auch er ist Krankenpfleger sagt, gut haben wir zwei Plätze“. Ja ich habe ein Kind. „Nein muss lassen dein Kind zu Hause.“ Ich sage „Nein ich komm nicht ohne Kind.“ Möchten Sie so okay nicht... und dann sagen „Ja kommen Sie mit Kind.“ „Haben Sie eine Wohnung?“ „Nicht so groß, klein, aber“ „Ist okay ich habe gesagt ja für Anfang ist okay.“ „Und schnell kommen muss kommen schnell bis zum ersten September.“ „Warum?“ „In X. beginnt schon die Schule und muss kommen hier für die Schule.“ „Was muss machen für Schule?“ „Alles Papiere übersetzen alles das alles das ja [lacht kurz] in 20 Tage [lachend] ja alles übersetzen alle Stempeln alles, alles.“ In die Schule geht mein Kind [...] ich Dienst. Ich hatte schon gearbeitet und ich war in Krankenhaus und mein Mann noch mit Prüfung. Letztes Jahr hat er Schule fertig gemacht [lacht kurz] und schnell für alles ja und ich sage, okay ich komme.““ (Z. 279–295)

Diese Passage unterstreicht Ramonas Bedürfnis, gemeinsam mit der ganzen Familie nach Deutschland zu übersiedeln. Sie fordert von dem Vermittler, nicht nur ihren Mann, sondern auch ihren Sohn mitnehmen zu dürfen. Um ihr Vorhaben durchzusetzen, setzt sie den Arbeitgeber und den Vermittler unter Entscheidungsdruck und droht ihnen mit einer Absage. Der Arbeitgeber und der Vermittler geben nach, und Ramonas Wunsch, gemeinsam mit ihrer Familie nach Deutschland zu migrieren, geht in Erfüllung. In dieser „Drohung“ zeigt sich Ramonas relativ starke Position in der Bewerbungsphase. In ihrer Erzählung kommt ihre Fähigkeit zum Ausdruck, auch unter hohem Druck noch gewinnbringend verhandeln zu können. Sie hat es geschafft, nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihren Mann, der kurz vor seinem Studienabschluss stand, eine Anstellung in der gleichen Pflegeeinrichtung in Deutschland zu arrangieren. Die erstaunliche Kompromissbereitschaft des zukünftigen Arbeitgebers könnte auf einen dringenden Bedarf an Pflegefachkräften in der Einrichtung hinweisen. Es könnte jedoch auch sein, dass dies Ramona bewusst ist und ihr somit eine Verhandlungsposition ermöglicht, in der sie selbstsicher und mutig ihre Forderungen vorbringen kann. Da Ramona ihren 14-jährigen Sohn nach Deutschland mitnimmt und das neue Schuljahr bald beginnt, wird das Migrationsprojekt zusätzlich beschleunigt, um rechtzeitig zum Schuljahresbeginn in Deutschland anzukommen. Dies wiederum verlangt viel Organisation, Koordination sowie die zügige Beschaffung der erforderlichen Unterlagen.

Entwertung der Fachlichkeit und die Wahrnehmung der Arbeitsorganisation als ein notwendiger Lernprozess

Ramona B. beginnt ihre biographische Erzählung mit der Darstellung ihrer beruflichen Tätigkeit in verschiedenen Krankenhäusern in Rumänien und geht dann in einer sehr detaillierten und langen Beschreibung auf die dreijährige Krankenschwester-Ausbildung in Rumänien ein. Sie weist mehrmals auf die medizinnahen Anteile der Ausbildung hin und betont somit ihre verschiedenen Kompetenzen auf einem breiten, medizinischen Tätigkeitsfeld. Sie bewertet die Ausbildungsphase und die daran anschließende Berufstätigkeit als „sehr schön“, aber auch „sehr schwer“ und herausfordernd. Der Stellenwert dieser ausführlichen und evaluativen Passage wird erst dann deutlich, als sie die Aufgaben ihrer letzten Tätigkeit in Rumänien mit der Beschreibung ihrer gegenwärtigen Tätigkeiten in der Altenpflegeeinrichtung vergleicht.

„Für mich ist schwer hier. Ich hab gelernt wie in Hospiz, ich hab gearbeitet in Hospiz ja, in Hospiz ist alles schwer ist Palliativpflege und Schmerz und alles. Und hier Pflege für mich ist sehr [...] ich kenne sehr gut Pflege, und was ich nicht so kenne, sind die Patienten mit Demenz. Aber in Hospiz war Metastase Zerebrale und ist gleich ja nicht so fremd und geht. Ich lerne jetzt [lachend].“
(Z. 134–142)

„Hier mache ich keine Perfusion keine Spritze. Das ist schlimm für mich. Alles steril machen zu Hause. Hier ist nicht steril. Das ist für mich eine Überraschung [...] Ich muss nun lernen alles wie hier ist. [...] Aber geht auch gut. Ich muss lernen. Ich habe alles sterilisiert. So habe ich es gelernt. Aber meine Kolleginnen machen nicht so. Ich muss lernen, viel lernen mit viel Geduld.“
(Z. 719–731)

Ramona betont in ihrer bewertenden Reflexion die hohe Diskrepanz zwischen ihren herausfordernden medizinnahen Aufgaben in der Palliativpflege im Hospiz in Rumänien und ihren Aufgaben mit Demenzkranken in der Altenpflegeeinrichtung in Deutschland. Zum einen zeichnet sich hier eine Art von Trauer um den Verlust der herausfordernden medizinnahen Aufgaben der Krankenpflege ab, zum anderen die Notwendigkeit, sich in einem neuen Arbeitsumfeld neu zu orientieren sowie sich neue Kompetenzen anzueignen. Dies erfordert eine Auseinandersetzung mit den Pflegestandards vor Ort und eine Revision der gelernten und praktizierten Vorgehensweisen. Ramona bringt zudem ihre Überraschung über die Arbeitsstandards in der Altenpflegeeinrichtung in Deutschland zum Ausdruck und kritisiert diese indirekt: „Ich habe alles sterilisiert. So habe ich es gelernt. Aber meine Kolleginnen machen nicht so.“

Eine besondere Herausforderung für Ramona entsteht daraus, dass sie sich in der Altenpflegeeinrichtung in einem für sie neuen Pflegebereich befindet.

„Hier sind Bewohner, nicht Patienten. Ich sage Patienten, aber hier sind Bewohner. Diese Bewohner sind nicht so krank sind alt und haben wir hier nicht so viel Zeit für sie, nicht so viel Zeit sind alt oder mit Demenz. Und muss sagen alles was du machen musst und es geh nicht so schnell [...] du musst erkennen ich kann nicht so gut sprechen und ich muss langsam sprechen und klar (lachend) und nicht alle Zeit vorstellen. Dann sind böse oder nervös auf Bewohner. Und ich glaube es sind viel Bewohner für eine Pflegerin oder Krankenschwester sind achtzehn oder zwölf Bewohner für eine Pflegerin. Ja kannst du machen so schnell-schnell-schnell-schnell ja nach Quantität nicht Qualität und das gefällt mir nicht. Das sind Menschen und ich denke man muss alles gut machen. Ich muss nicht nur Körperpflege auch Herz und Seele. So gehen in Zimmer ‚Guten Morgen Hallo gut geschlafen?‘ oder ‚Guten Morgen komm schnell ich habe keine Zeit muss in 10 Minuten muss waschen anziehen, ausziehen, anziehen, waschen und dann anderes.“ (Z. 142–163)

Da Ramona vorher in einem deutschen Hospiz in Rumänien gearbeitet hat, war die Arbeit in der Altenpflegeeinrichtung „ja nicht so fremd“. Trotzdem stimmen ihre Erwartungen an die Arbeit mit der Realität nicht überein. Für Ramona zeigt sich die Fremdheit dieses Arbeitsbereichs bereits darin, dass die zu Pflegenden als „Bewohner“ und nicht als „Patienten“ bezeichnet werden. Während Ramona gewohnt ist, Krankenhauspatienten zu pflegen und dabei auch medizinnahe Pflegeaufgaben auszuführen, ist sie in der Altenpflegeeinrichtung zunächst damit konfrontiert, sich mit den Bedürfnissen der dementen Bewohner zu befassen. Dies verlangt von ihr nicht nur situatives Erkennen der Bedürfnisse, sondern auch emotionales Einfühlungsvermögen den Bewohnern gegenüber ab. Diese werden im Kontext der Altenpflegeeinrichtung zu notwendigen beruflichen Kompetenzen. Obwohl Ramona die Sinnhaftigkeit des Neu-Lernens in ihrer neuen Arbeitsumgebung einsieht, ist sie nicht bereit, sich komplett an die gegebene Arbeitsorganisation anzupassen. Sie kritisiert den Umgang mit den älteren und demenzkranken Menschen in den Altenpflegeeinrichtungen, wo die Quantität der Arbeit vor der Qualität Vorrang hat. Ramona bedauert, dass die Altenpflege auf eine möglichst schnelle Erledigung der Körperpflege bei möglichst vielen Bewohnern in möglichst kurzer Zeit reduziert wird. In einer solchen Vorgehensweise verschwinde das Menschliche der Altenpflege: „ich muss nicht nur Körperpflege auch Herz und Seele“.

„Eine Krankenschwester sie muss alles kennen, Bewohner sehr gut kennen. Ich bin jetzt Pflegerin hier. Ich kann nicht gut sprechen, später. Ich bin Pflegerin ich habe nicht so viel Verantwortung. Ich pflege nur. Ich frage ‚Hat Schmerz oder Stuhl hat gemacht oder wie war Essen wie viel Essen?‘ und wenn ein Bewohner ein Problem hat, sage ich weiter der Krankenschwester. Sie

weiß, was man machen muss. Jetzt ist dieses System für mich gut. Warum? Ich kann nicht so gut sprechen und ich verstehe nur er hat Problem aber ich possible nicht alle Zeit alles. Nur ich weiß er hat ein Problem, aber nicht ganz Problem und so ich sage es der Krankenschwester und sie kennt sich sehr gut aus und sie kann sprechen und sie kann fragen und sie kann sprechen mit dem Arzt ja und so. Ich mache nur wenig und das ist jetzt sehr gut für mich in diesem Moment. Später ich weiß nicht [lacht] aber jetzt dieses System ist sehr gut.“ (Z. 169–187)

Ramona schildert hier die sprachbedingten Verständigungsprobleme, die ihr auf der Arbeit begegnen. Diese benutzt sie als Rechtfertigungsgrundlage für ihre Anfängerin-Stellung in der Altenpflegeeinrichtung. Da sie noch nicht die für die B2-Prüfung notwendigen Deutschkenntnisse vorweisen kann und somit noch keine formale Anerkennung für ihren Ausbildungsabschluss erhalten hat, ist sie zunächst gezwungen, Tätigkeiten auszuüben, die für Pflegehilfskräfte vorgesehen sind. Diese beinhalten vor allem körperbezogene Aufgaben, nicht aber die verantwortungsvolleren und herausfordernden Aufgaben einer Krankenschwester. Ramona weist evaluierend darauf hin, dass für die Erledigung solcher Aufgaben gute Deutschkenntnisse eine wichtige Voraussetzung sind. Obwohl sie ihre Tätigkeit als Pflegehilfskraft auf den ersten Blick zu akzeptieren scheint, betont sie jedoch deren Temporalität. Dies zeigt sich in ihrer evaluativen Betrachtung, in der sich die positive Bewertung mit einer Verunsicherung mischt: „das ist jetzt sehr gut für mich in diesem Moment. Später ich weiß nicht [lacht] aber jetzt dieses System ist sehr gut.“ In ihrer weiteren Erzählung kommt Ramona immer wieder darauf zurück, ihren jetzigen Pflegehilfskraft-Status mit ihren für die höhere Stellung nicht ausreichenden Deutschkenntnissen zu rechtfertigen: „Ich will noch so arbeiten [...] ist gut hier für dieses Stufe meine Deutsch“. Hier zeichnet sich Ramonas innerer Konflikt ab, der aus der Diskrepanz zwischen ihrer Qualifikation und ihrer Tätigkeit in der Altenpflegeeinrichtung entsteht, den sie aber mit dem niedrigen Niveau ihrer Deutschkenntnisse erklärt. Zum einen erscheinen hier die „mangelhaften“ Deutschkenntnisse als eine berufsbiographische Last, zum anderen legitimieren sie eine „sanfte“ Eingliederung in die Arbeitsabläufe und die Arbeitsorganisation in der Einrichtung, da Ramona dadurch Zeit gegeben wird, sich die Sprache in der Praxis anzueignen.

„Erste Mal im September gekommen hier zwei Wochen ich glaube. Ich spreche schlimm Deutsch nach sechs Monaten [lachend] aber im September ich habe nichts verstanden. Alles fremd, alles. Ich habe gearbeitet aber ich kenne die Patienten nicht ja ich kann machen links oder rechts oder Rücken aber, was er hat oder er kann so bleiben oder er hat Problem mit Herz oder mit

Schulter. Ich kann nicht alles lesen. Meine Kollegin hat gesagt, du kannst lesen, du hast alle Information dort. Ja okay [lachend] ich weiß es ist alles dort aber [lachend] sehr schwer.“ (Z. 193–201)

Ramona betont hier die alltäglichen Sprachprobleme, mit denen sie zu Beginn an ihrem Arbeitsplatz konfrontiert war. Obwohl sie schnell die konkreten Arbeitsaufgaben lernte, verhindern die schwachen Sprachkenntnisse das Verständnis der verschriftlichten Information über den Gesundheitszustand der jeweiligen Bewohner in der Altenpflegeeinrichtung. Lachend weist sie auf die Anweisung ihrer Kollegin hin, sich durch das „Lesen“, mit den Krankheitsbildern der Bewohner vertraut zu machen. In der Aufforderung „Lesen“ zeigt sich die Absurdität der gesamten Situation. Von Ramona werden sofort Deutschkenntnisse auf einem Niveau erwartet, das ihr ermöglichen soll, sich ohne Unterstützung mit den Akten der Bewohner auseinanderzusetzen. Insgesamt fühlt sich Ramona in Hinsicht auf den Spracherwerb alleine gelassen, da sie diesbezüglich keine Unterstützung von der Seite der Einrichtung bekommt.

„Keine Zeit kein Platz bis Januar. Ich war wieder dort kein Platz muss warten, warten, warten und ich arbeite. Ich kann nicht gut arbeiten, da ich nicht verstehe oder irgendwas ich kann nicht gut arbeiten. Und zu Hause ich lese aber es ist schwer. Alleine [gelernt] bis ich komme hier nur alleine habe ich gelernt, nicht in Deutschkurs oder etwas machen. Ich habe nicht Deutsch [lachend] in der Schule gemacht, nur mit meinem Kind. Und eine Kollegin war sehr nett und hat einen Kurs für mich gesucht und hat einen gefunden neben meiner Wohnung vier Minuten zu Fuß, ein Frauenprojekt. Und dort war der Deutschkurs sehr nah und mit einem Platz. Ja und ich warte so viel, dass es mir nicht gefällt – warum hat niemand gesagt okay – wir helfen dir dort ist Volkshochschule. Ich bin 1. September hier gekommen und okay 3. September kannst du gehen – dort ist Volkshochschule das ist Adresse gehst du dort. Nein ich habe kein Internet und ich habe nicht frei bei Arbeit. Ich kann nicht gehen.“ (Z. 223–239)

Ramona beschreibt hier die kontextbedingten Schwierigkeiten des Spracherwerbs. Obwohl sie motiviert ist, ihre Deutschkenntnisse zu verbessern, wird es ihr jedoch vom Arbeitgeber nicht erleichtert. Zum einen bekommt sie keine Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Sprachkurs, zum anderen werden ihr die hierfür notwendigen Freiräume im Arbeitsalltag zunächst nicht eingeräumt. Mit Hilfe ihrer Kollegin gelingt es ihr letztendlich, einen Platz in einem für Frauen organisierten Sprachkurs zu bekommen. In ihrer weiteren Erzählung betont Ramona die Mehrfachbelastung, die aus der Vereinbarung von Beruf, Familie und Sprachkurs entstehen.

„So langsam dort ist besser für mich. Ja ich weiß ist lang nur im Sommer ich glaube B1 Prüfung für B1 oder aber egal [lacht kurz] muss gehen so. Ist sehr nah ich mache vier Minuten zu Fuß bis dort und ich habe vier Tage pro Woche. Dienstag bis Freitag. Drei Stunden täglich 9 Uhr ist der Anfang und bis 12. Und dann in 15 Minuten ich komm nach Hause. Ausziehe, anziehe schnell und in 12:30 Uhr fange ich schon an zu arbeiten. Der Dienst bis Abend 9 Uhr [lacht kurz]. Viertel vor 9 ja und 12 Stunden bin ich weg und dann 9 Uhr gehe ich nach Hause. Zu Hause ist mein Kind mit mein Mann. Wir essen schnell so spät [...] nur ein Essen zusammen täglich, und dann Dusche und Schlaf bis 7 Uhr, wenn mein Kind aufwacht [lachend]. Er geht in die Schule 7:30 Uhr. Ich bleibe zu Hause, putze oder esse etwas oder dusche. Mal lesen mal nicht lesen [lachend, beide lachen] ja und wieder kommt Viertel vor 9 und ich muss in die Schule gehen. Das ist mein Leben [lacht].“ (Z. 245–266)

Obwohl Ramona findet, dass sie am Arbeitsplatz weniger Stress als in Rumänien habe, zeigt die Erzählung über ihren Tagesablauf, wie minutengenau getaktet Ramonas Leben derzeit ist. Das Leben in der Migration fordert von ihr ein hohes Engagement nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch außerhalb dessen. Die Bewältigung dieser vielfältigen Aufgaben stellt für sie eine neue Herausforderung dar und zeigt den bedeutenden Einfluss der außerbetrieblichen Dimensionen bei der Gestaltung des betrieblichen Integrationsprozesses.

Der Einfluss von außerbetrieblichen Dimensionen auf den betrieblichen Integrationsprozess

Im Fall von Ramona B. ist der Verbleib in der Einrichtung mit dem sozialen Integrationsprozess ihres Sohnes eng verzahnt. Dessen Bedeutung zeigt sich in Ramonas Erzählung, die sich hauptsächlich mit den Problemen ihres Sohnes in Deutschland beschäftigt.

„Erste Schulleitung Schule hat gesagt in die sechste Klasse aufnehmen. ‚Warum in die sechste Klasse‘ und hat etwas gesagt, was mir nicht gefallen hat. ‚Sie kommen nach Deutschland und nach einem Monat möchten Sie Mercedes kaufen?‘ Egal er kann oder nicht. Ja ich habe schon Mercedes [lachend]. Aber so eine Attitude ja, sehr schlimm. Was möchten Sie? Willst du ins Gymnasium gehen? Und eine andere Lehrerin hat mir gesagt [seufzend] ‚Ich hoffe du kannst Schule wechseln, aber weißt du, Gymnasium hier ist nur für Deutsche.‘“ (Z. 382–390)

Da das gesamte Migrationsprojekt von dem Gedanken getragen war, in Deutschland bessere Zukunftschancen für ihren Sohn vorzufinden, ist Ramona von den Schwierigkeiten, die ihr schon bei der Schulsuche begegnen, überrascht. Es ist für Ramona unverständlich, warum ihr Sohn, der eine deutschsprachige Schule in Rumänien besucht und dort gute Schulleistungen erbracht hatte, nicht mit den gleichaltrigen Schülern im Gymnasium

eingeschult werden sollte. Die ausschließende und daher diskriminierende Haltung der Schulleitung, die Ramona in dem oben ausgeführten Zitat beschreibt, richtet sich ihrer Meinung nach nicht nur gegen ihren Sohn und sie, sondern gegen Migranten im Allgemeinen: „weißt du Gymnasium hier ist nur für Deutsche“.

„Ich hat gesagt nein, wir suchen andere Schule. Nicht gefunden [...]. Ich gehe nach Hause mit dem Kind. Ich sage ‚Nein du bleibst ruhig [wir suchen] bis wir finden, aber wann, ich weiß nicht.“ (Z. 458–461)

Die Schwierigkeiten und Diskriminierungserfahrungen, die Ramona bei der Suche nach einer geeigneten Schule für den Sohn erfährt, belasten Ramona so sehr, dass sie bereit ist, ihr Migrationsprojekt aufzugeben und mit ihrem Sohn zurück nach Rumänien zu gehen.

„Er war hier nur eine Woche in der Schule. Er sagte ‚Nein ich will nicht hier bleiben, ich will nach Hause. Mir gefällt es hier nicht. Ich will nach Hause.‘ Jeden Tag zehn Worte ‚Ich will nach Hause‘ und ‚Was machst du Mama? Ich will nach Hause, ich will nach Hause, mit gefällt es hier nicht. Warum sind wir nach Deutschland gekommen.?’“ (Z. 560–564)

Ramonas Rückkehrabsichten werden durch die Verzweiflung des Sohnes noch verstärkt. Er verlangt von seiner Mutter eine Erklärung für die Migration nach Deutschland, die aus seiner Sicht unverständlich erscheint und geht so weit, einen autonomen Rückkehrversuch zu starten, der aber am Flughafen endete.

„Ich will nach Hause. Auch ich will nach Hause. Auch für mich ist sehr schwer. Alles Leben ist dort, alles. Aber ich kam hier mit einem Ziel. Denke muss hier bleiben. Nicht nach zwei Wochen oder einem Monat [gehen]. Hier ein Jahr oder zwei Jahre bleiben. Ist gut noch bleiben, aber wenn nicht gut okay dann nach Hause gehen [lacht kurz] [...]. Ist gut hier bleiben und leben hier. Ist nicht gut dann nach Hause gehen. Er sagt ‚Ich bin jetzt 13 Jahre. Schnell werde ich 14 Jahre. Ich habe dort Freundin, Freund ich habe dort meine Kollegen, Kollegin und alles und hier kenne ich niemanden. Und in meiner Schule sind sie nicht Deutsch nur Türkisch.‘ [lacht leicht] Und ich sage ‚Ja und?‘ ‚Und du willst ich lerne Deutsch und du willst ich lebe wie Deutsche, aber ich lebe in Schule sechs oder acht Stunden nur mit Türkisch.“ (Z. 645–659)

Ramonas Erzählung verdeutlicht nicht nur ihre Verzweiflung, sondern auch die Verzweiflung ihres Sohnes. Das Migrationsprojekt scheint den Sohn aus seinen gewohnten Lebensumständen herausgerissen zu haben. Er erscheint in Ramonas Erzählung hilflos und trauernd über die Entscheidung seiner Mutter, die Familie nach Deutschland gebracht zu haben. Er unterstreicht die Diskre-

panz, die zwischen der Vorstellung seiner Mutter und der tatsächlichen schulischen Situation herrscht. Obwohl die Mutter für ihren Sohn einen Gymnasialbesuch als notwendig für sein Fortkommen ansieht, wurde er letztendlich in eine Gesamtschule mit einem hohen Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund eingeschult. Die Enttäuschung, die Ramona bezüglich der Einschulung ihres Sohnes erlebt, lässt sie resigniert resümieren: „Ich dachte in Deutschland ist besser für mein Kind für Zukunft“. Obwohl ihr das Leben in Deutschland schwer fällt, ist sie jedoch zunächst nicht bereit, nach Rumänien zurückzukehren, sondern möchte mindestens ein paar Jahre in Deutschland bleiben.

Soziale Integrationsprobleme und unsicherer Verbleib: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Ramonas betrieblicher Integrationsprozess verlangt ihr sowohl einen individuellen Anpassungs- und Lernprozess als auch einen familiären sozialen Integrationsprozess ab.

Im Arbeitsalltag ist Ramona gezwungen, ihre Arbeitsweise, die sich an die Arbeitsabläufe und das Anforderungsprofil im Krankenhaus anlehnt, zu revidieren, sich neue Arbeitsweisen anzueignen und sich an die neue Arbeitsorganisation anzupassen. Dies bedeutet, dass die Pflege Tätigkeit in der Altenpflegeeinrichtung für sie zwar eine weniger anstrengende Tätigkeit als im Herkunftsland darstellt, doch ist sie gezwungen, sich mit den neuen Herausforderungen des für sie zuerst so fremden, vor allem auf Körperpflege reduzierten Arbeitsfeldes auseinanderzusetzen.

Die Migration hat zwar ihre berufliche Situation erleichtert und finanziell verbessert, jedoch entspricht ihre Arbeit nicht ihrem ansozialisierten Berufsbild dadurch, dass sie keine Möglichkeit hat, auch ihre Kompetenzen im medizinnahen Pflegebereich zu praktizieren. Somit werden das Wegbleiben der Anerkennung der medizinnahen Fachlichkeitsanteile und die Notwendigkeit, sich neue Kompetenzen in der Arbeitspraxis anzueignen, von Ramona ambivalent erfahren. Obwohl sie die Bereitschaft zeigt, neue Kompetenzen zu erwerben, trauert sie zugleich den medizinnahen Anteilen der Pflege Tätigkeit nach: „Ich will noch so arbeiten“. Sie kritisiert außerdem die Arbeitsbedingungen in der Altenpflegeeinrichtung, die sie dazu zwingen, unter einem großen Zeitdruck zu arbeiten. Dies führt dazu, dass sie die „emotionale Arbeit“, die sie als einen wichtigen Teil des Berufsbildes betrachtet, vernachlässigen muss.

Zudem wird die Anpassung an den Betrieb durch die Sprachprobleme erschwert. Ramona fühlt sich alleine gelassen, da sie keine institutionelle Unterstützung beim Spracherwerb bekommt und somit auch die Anerkennung

ihres Abschlusses erschwert wird. Der berufliche Anpassungs- und Lernprozess wird zudem von den Problemen der sozialen Integration ihres Sohnes erschwert. Die Diskriminierungserfahrungen bei der Schulsuche führen sogar so weit, dass Ramona bereit ist, deswegen nach Rumänien zurückzukehren. Dieser Wunsch entspringt aus der Verzweiflung ihres Sohnes, der über die Schule klagt und einen – jedoch gescheiterten – Versuch startet, alleine nach Rumänien zurückzukehren. Zum Zeitpunkt des Interviews hofft Ramona noch auf die Möglichkeit eines Schulwechsels, um ihrem Sohn bessere Lernbedingungen zu verschaffen. Ansonsten ist ihr Verbleib im Betrieb und in Deutschland stark gefährdet.

2.3 Familialisierungsdruck im Arbeitsfeld ambulanter Pflege/häuslicher Intensivpflege

Die häusliche Intensivpflege ist ein Teil des ambulanten Pflegesektors. Sie wird durch besondere Formen der Arbeitsorganisation der Pflege charakterisiert. Der Arbeitsplatz der Pflegefachkraft in der häuslichen Intensivpflege ist nicht innerhalb eines Pflegebetriebs verortet, sondern die Arbeit findet im Haushalt der Patienten statt. Das Thema der betrieblichen Integration in der häuslichen Intensivpflege erscheint deswegen weitaus komplexer als im Krankenhaus und in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Zwei Felder der betrieblichen Integration werden hier sichtbar: der Arbeit gebende und Arbeit formal organisierende Betrieb und – davon gänzlich separiert – der mobile Arbeitsort im privaten Haushalt der Pflegebedürftigen. Die Beziehungen zum Betrieb und zu den Kollegen sind knapp und zeitlich begrenzt. Zudem generiert die Arbeitsorganisation in der häuslichen Intensivpflege besondere Formen und Dynamiken, die aus den Erzählungen der Interviewten rekonstruiert werden können. Eine wichtige Dynamik ist der Familialisierungsdruck auf die bezahlte Pflegearbeit, welcher aus der Privatheit des Arbeitsorts und aus der Präsenz der Familienangehörigen der Patienten entsteht (Kontos 2013, Kontos/Bonifacio 2016).

In den zur Präsentation ausgesuchten Falldarstellungen Bianka M. und Robbie S., beide aus Bosnien und Herzegowina, lassen sich kontrastive Dimensionen der betrieblichen Bindung rekonstruieren, die auf Geschlechterdifferenzen in der Bewältigung der Familialisierungsanforderungen des spezifischen Pflegefeldes hinweisen. Was die Frage von Exit oder Verbleib betrifft: Bianka M. plant, in der häuslichen Intensivpflege zu bleiben, während Robbie S. bereits ausgestiegen ist.

2.3.1 Akzeptanz der Belastungen und Verbleib – Bianka M.

Kurzporträt

Bianka M. ist 45 Jahre alt, verheiratet und Mutter von drei Kindern. Sie hat in Bosnien und Herzegowina eine vierjährige Ausbildung in der Krankenpflege abgeschlossen. Danach arbeitete sie zwei Jahre in einer privaten Arztpraxis, bevor sie eine Familienpause einlegte und über 10 Jahre zu Hause blieb. Im Jahr 2013 kehrte sie wieder ins Berufsleben zurück und arbeitete weiter in der gleichen Arztpraxis, wo sie diesmal für 18 Monate blieb. Sie suchte aktiv nach einer Pflegestelle in Deutschland und fand über das Internet einen potentiellen Arbeitgeber bosnischer Herkunft. Auf diesem Wege bekam sie eine Anstellung in der ambulanten Pflege mit dem Schwerpunkt der häuslichen Intensivpflege und migrierte im Frühjahr 2015 nach Deutschland. Seitdem arbeitet sie als Pflegehilfe und bemüht sich gleichzeitig mit der Unterstützung ihres Arbeitgebers um die formale Anerkennung ihres Berufsabschlusses. Bianka übersiedelte zuerst alleine nach Deutschland, bevor ihr ein halbes Jahr später ihr Mann und ihre Kinder folgten.

Prekäre Verhältnisse und Migrationsmotivation

„In Bosnien ist die finanzielle und politische Lage sehr, sehr schlecht und deswegen hab ich mich entschlossen nach Deutschland zu kommen. Dafür benötige ich eine B2 und einen Arbeitgeber. Dann hab ich das alles per Internet gefunden.“ (Z. 7–10)

„In Deutschland gefällt mir diese Freiheit, in Bosnien sind immer noch die Nationalisten an der Macht. Und die politische Lage ist immer noch sehr gespannt und ich wollte nicht, dass meine Kinder wieder einen Krieg erleben und das war auch ein Grund nach Deutschland zu kommen. Weil deutsche Grundgesetz ist doch sehr, sehr gut.“ (Z. 41–46)

Ebenso wie andere Interviewten unseres Samples beschreibt Bianka M. ihre Entscheidung, als Pflegefachkraft in Deutschland zu arbeiten, als eine Möglichkeit, der prekären sozioökonomischen Lage im Herkunftsland zu entkommen. Zudem, ähnlich wie bei den anderen Interviewten aus Bosnien und Herzegowina, spielt die unsichere politische Lage in Bosnien und Herzegowina eine wichtige Rolle in ihrer Entscheidung, ins Ausland arbeiten zu gehen. Es kann vermutet werden, dass Biankas Migrationsprojekt von Anfang an als Familienmigration geplant war, obwohl zuerst nur sie nach Deutschland übersiedelte. Denn gerade die politisch bedrohliche Lage scheint sie dazu veranlasst zu haben, sich nach einer Existenz in einem politisch stabilen Land zu sehnen, um somit bessere Zukunftschancen für ihre

Kinder zu ermöglichen. Es ist jedoch kein Zufall, dass Bianka sich für Deutschland entscheidet. Denn sie hatte schon einmal im Alter von 21 Jahren gemeinsam mit ihrer Schwester zwei Jahre bei ihrer Tante in Deutschland gelebt. Damals war sie zu Besuch bei ihrer Tante gewesen und war wegen des Kriegsausbruchs gezwungen, in Deutschland zu bleiben. Traumatisiert von den Kriegsgeschehnissen, erinnert sie sich ungern an die psychisch-emotional schwere Zeit:

„Ich habe tagsüber gearbeitet, nachts habe ich immer geweint, fast die ganze Nacht. Weil meine, viele Familienangehörige und Freunde geblieben sind und viele sind auch umgekommen und da findet man keine Ruhe und [...] du musst das alles verarbeiten was du gesehen hast. [...] Und dadurch waren wir alle traumatisiert.“ (Z. 243–253)

Leben und Arbeiten in Deutschland boten Bianka während des Krieges Sicherheit, obwohl dessen traumatische Auswirkungen sie nachts verfolgten. Als Bianka dann fast 20 Jahre später über Arbeitsmöglichkeiten in der Pflegebranche in Deutschland erfuhr, begann sie selbständig nach einem möglichen Arbeitgeber zu suchen. Gleichzeitig begann sie, ihre Deutschkenntnisse am Goethe-Institut aufzufrischen, um dann schließlich die B2-Prüfung vor der Einreise nach Deutschland absolvieren zu können.

„Am Anfang ging mir sehr schlecht. Zuerst also diese Zeit in Bosnien, bevor ich kam. Also ich musste nochmal die Sprache lernen und das mir stressig meine Kinder zu lassen, obwohl meine Mutter dabei war und der Mann, aber trotzdem, das fiel mir also seelisch sehr sehr schwer. Ich hatte in Bosnien eine eigene Wohnung und auch ein Haus und hier kam ich in eine Zimmer mit einem Mädchen und diese ganze Umstände, die Lebensumstände, das war alles neu, also das hat mir auch Stress gemacht.“ (Z. 13–19)

Die nach der Zusage der Arbeitsstelle in Deutschland angefangene Vorbereitungszeit gestaltete sich „stressig“. Bianka war gezwungen, innerhalb kurzer Zeit die Migration nach Deutschland vorzubereiten. Diese ging einher mit der Trennung von den Kindern und den familialen gewohnten Lebensumständen und führte schließlich zu einem quasi Single-Leben in einer Wohngemeinschaft des Pflegedienstleiters in Deutschland. Ihr Mann und die Kinder folgten ihr dann später, so dass die Familie eine gemeinsame Existenz in Deutschland aufbauen konnte. Die Familienmitglieder haben sich schnell eingelebt und der Ehemann hat innerhalb kurzer Zeit eine seiner Ausbildung entsprechende Arbeit gefunden.

Sprachprüfung und formale Anerkennung

Die von Bianka vor ihrer Migration absolvierte Sprachprüfung auf B2-Niveau ermöglichte ihr zunächst eine Zulassung als Pflegehilfe, so dass sie unmittelbar nach ihrer Ankunft im Pflegedienst im Schwerpunktbereich der häuslichen Intensivpflege tätig werden konnte. Der Pflegedienstleister übernahm die Organisation des Anerkennungsverfahrens mit den dazu benötigten Ausgleichsmaßnahmen und Prüfungen. Dies wiederum verpflichtete Bianka, nach erfolgter Anerkennung für zwei Jahre bei dem Pflegedienstleister im Arbeitsverhältnis zu bleiben. Im Fall eines früheren Ausscheidens hätte sie die Kosten, die durch das Anerkennungsverfahren entstanden sind, selber übernehmen müssen.

„Wenn ich komme, ich kann arbeiten, aber ich muss sofort beginnen mit der Anerkennung. Und das hat meine Firma noch für mich [...] Die machen das alles, die Schule gefunden und so was. Und dann bin ich also nach ein paar Monaten zur Schule, für vier Wochen gegangen also und (atmet aus) das war auch in Krankenhaus, also das ist ein großes Krankenhaus, da war ich zwei Wochen, das war mir auch schon stressig. Und diese Prüfung das dauert vier Stunden, da sind zwei Ärztinnen und die sitzen die ganze Zeit und man macht Pflege, Medikamente also alles und versorgt die Patienten. Das ist auch schon stressig, also wie jede Prüfung. [...] Das war für mich eine große Last, also als ich das bestanden habe, war ich sehr sehr erleichtert.“ (Z. 880–892)

„Die ganze Umstände, wenn man kommt und dazu noch Anerkennung macht und Sprache lernt und alles neu und alles viel zu viel.“ (Z. 967–969)

Bianka beschreibt hier ausführlich die mit der Berufstätigkeit parallel laufende Anerkennungsphase und weist evaluierend darauf hin, wie stressbeladen sie diese erlebt hat. Nicht nur die Migration in ein anderes Land und das Zurücklassen des Gewohnten sowie der eigenen Familie, sondern auch das Einleben in das Neue, die Eingewöhnung an das permanente sprachliche und fachliche Lernen neben der Berufstätigkeit führt zu einer Lebenssituation, in der Bianka psychisch und physisch überlastet ist. Zum Zeitpunkt des Interviews bereitet sie sich auf die letzte Prüfung vor. Mit einem erfolgreichen Bestehen der Prüfung hätte sie dann die Anforderungen der formalen Anerkennung erfüllt und würde durch den Erhalt des Status der anerkannten Pflegefachkraft eine Gehaltserhöhung bekommen.

Fachlichkeit und Arbeitsorganisation

Der Übergang in das Arbeitsfeld der Pflege in Deutschland gestaltet sich für Bianka genauso stressbeladen wie das Bewerbungs- und Anerkennungsverfahren. In ihrer Erzählung weist sie auf ihre Ängste und fachliche Unsicherheiten hin, die sie am Anfang beunruhigten. Diese Unsicherheit ist auf den

Einstieg in den besonderen Pflegesektor der häuslichen Intensivpflege und auf ihre Unsicherheit, nach einer langen Berufspause wieder in die Pflege einzusteigen, zurückzuführen: „Ob ich das alles schaffe, weil es sind viele Jahre vergangen“. Nach einer fünftägigen begleiteten Einführungsphase wird sie in der häuslichen Intensivpflege eingesetzt, wo von ihr andere Kompetenzen als in ihren vorherigen Beschäftigungen abverlangt werden. Vor allem muss Bianka nun auch Körperpflege tätigen, die in Bosnien und Herzegowina eine Aufgabe der Familienangehörigen der Patienten war. Das selbstverständliche Können solcher von ihr geforderten Aufgaben quittiert sie mit der Anmerkung: „Also das weiß man auch ohne eine Ausbildung, sollte jede Frau wissen“. Hier naturalisiert sie ihre professionellen Kompetenzen, indem sie diese zum „weiblichen Arbeitsvermögen“ (Beck-Gernsheim/Ostner 1978) erklärt. Die Körperpflege wird damit in ihrer Tätigkeit zu einem Kompetenzfeld, das ihr keine Probleme bereitet. Jedoch stellt die häusliche Intensivpflege andere, neue Herausforderungen dar, die Bianka zu bewältigen hat.

Eine solche Herausforderung ist das Einleben in die spezifische Arbeitsorganisation der häuslichen Intensivpflege, die in zwölfstündigen Schichten und fünftägigem Rhythmus im privaten Haushalt stattfindet. In ihrer Narration gibt Bianka der Schilderung ihrer Anfangsschwierigkeiten viel Raum, vor allem der Probleme, die ihr die Arbeit in der Nachtschicht bereiteten.

„Ich dachte, ich werde verrückt, weil mit dem Schlafen hat es überhaupt nicht geklappt. Wenn ich Nachtdienst hatte, ich kam nach Hause, ich kann nicht einschlafen, weil ich noch nie tagsüber geschlafen habe. Ich konnte nicht am Tag einschlafen. Dann war ich schlecht konzentriert. Ich weiß, bei der ersten Patientin, ich konnte die Adresse nicht finden, also, ein Tag, dann der Nächste, dann der übernächste. Ich habe immer wieder gesucht. Ich finde heute, aber morgen kann ich [lacht] schon wieder nicht finden. Ich dachte, meine Intelligenz hat mich völlig [lacht] verlassen, ich funktionierte nicht. Ich hatte dann größte Sorge, wegen diesem gesundheitlichen, psychischen Zustand, die Leute nicht richtig zu versorgen. Dann hab ich besonders aufgepasst bei der Medikamentengabe, da hab ich erstmal bis zehn gezählt, mich richtig konzentriert und dann geguckt, welche Medikamente, welche Dosis und sowas und dann drei mal überprüft, weil ich an mir gemerkt habe, dass ich ein bisschen aus den Schienen geraten war. Ja und ich hab kein Fehler gemacht, Gott sei Dank.“ (Z. 1029–1044)

Bianka thematisiert die physisch und psychisch belastende Übergangsphase in die häusliche Intensivpflege, die sie als eine drohende körperliche und seelische Zusammenbruchsfahr erlebt. Die als Folge des Nachtdienstes entstandenen Schlafstörungen und Schlaflosigkeit bedrohen das kompetente Ausüben ihrer beruflichen Tätigkeit. Um diese problematische Situation zu

bewältigen und ihre Aufgaben erledigen zu können, entwickelt sie Techniken der Konzentration und Selbstkontrolle, beispielsweise eine langsame Vorgehensweise und mehrfache Prüfung, um keinen Pflegefehler zu machen. In ihrer Vorsicht spiegelt sich das Bewusstsein der besonderen Verantwortung wider, die sie als alleinarbeitende Pflegerin einer Patientin im privaten Haushalt hat. Wie belastend diese Verantwortung sein kann, zeigt sie mit der Schilderung einer Notfallsituation, in der es ihr nicht erlaubt war, einen Notfalldienst anzurufen, da dies in der Patientenverfügung explizit untersagt war.

„Und vor einem Monat, meine Patientin hatte einen Puls von über 200. Also da soll man schon einen Notarzt anrufen. Aber ich weiß auch, sie hat eine Patientenverfügung, heißt das, glaub ich. Das ist, es gibt Leute, die schwer krank sind und die möchten kein Notarzt und die unterschreiben, entweder die Kranke oder Familienangehörige der Vertreter, dass keine Notarzt gerufen wird. Ich wusste das schon, aber, ich habe mich dann entschlossen, die Patientin hochzulagern, also das heißt Oberkörper hoch und ein bisschen Beine auch nach oben und dann wieder Blutdruck messen und dann die Firma anrufen und sehen was ich habe, natürlich Medikamente sofort gegeben, noch verstärkt, für die Pulssenkung. Inzwischen war das besser, bis ich das alles gemacht habe. Ich habe wieder mal gemessen, war in Ordnung. Dann habe ich auch nicht angerufen.“ (Z. 1209–1220)

Die Arbeit, die Bianka hier leistet, um die Patientin zu retten, weist auf die enorme psychische Belastung und die fachlichen Herausforderungen hin. Sie ist als Pflegerin mit der Frage über Leben und Tod konfrontiert. Wegen der Patientenverfügung befindet sie sich in einem Dilemma, die Patientin ohne jegliche Hilfe zu lassen (so ihr Verständnis vom Willen der Patientin) oder ihr mit den beschränkten Mitteln, die sie in der Situation hat, das Leben zu retten.

In den Notfallsituationen ist Bianka auf sich alleine gestellt, kann jedoch über Telefonkontakt bei ihrem Arbeitgeber Rat holen. Diese Möglichkeit nimmt sie als Entlastung von der enormen Verantwortung wahr.

Die Wichtigkeit der Verantwortung in diesem Arbeitssektor unterstreicht sie mit dem Beispiel über die Schwierigkeiten eines Kollegen diese Verantwortung um Leben und Tod zu ertragen.

„Und da war auch kurz ein Mann, der konnte das alles nicht ertragen, der konnte nicht aushalten. Der hatte Angst vor diesen Beatmungsgeräten. Weil er meinte, es kann passieren, dass er das nicht richtig anschließen kann und der Patient stirbt. Und er ist immer von dem Arbeitsplatz gekommen, so schweißgebadet und unter Angstzustand und dann am Ende wollte er nicht mehr, also der hat gesagt, diese Patienten sind sehr schwer krank, ich kann das nicht se-

hen, ich kann diese Verantwortung nicht übernehmen. Ich habe versucht, mit ihm zu reden, also das ist alles nicht so schlimm, wie das am Anfang aussieht. Weil ich hatte auch Angst, bei der Komapatientin, dass sie mir vielleicht mal runterfällt, weil ich sie vom Bett ins Rollstuhl bringen muss und dann an dieses Fahrrad anschließen. Aber das ist nie vorgekommen. Am Anfang hatte ich auch die Panik, also mit der Zeit lernt man das alles ein bisschen besser.“ (Z. 352–365)

Das hier dargestellte Beispiel von Biankas Kollegen, der die hohe Verantwortung der Pflegearbeit in der häuslichen Intensivpflege nicht aushalten konnte, unterstreicht Biankas Ausdauer und Fähigkeit, sich an die Herausforderungen der häuslichen Intensivpflege anzupassen. Trotz ihrer anfänglichen Ängste hat Bianka einen reflexiven und vertrauensvollen Umgang mit ihren Patienten entwickelt und ist in der Lage, auch mit komplizierten Fällen umzugehen. Dies weist darauf hin, dass nicht nur Fachlichkeit von den Pflegefachkräften verlangt wird, sondern auch eine Anpassung an die besonderen Herausforderungen der häuslichen Intensivpflege notwendig ist. Diese Anpassung findet meistens als ein selbstgeleiteter Lernprozess statt, wie Bianka betont: „Also mit der Zeit lernt man das alles ein bisschen besser.“

Es bleibt offen, inwieweit Bianka, nachdem sie aus der Gemeinschaftsunterkunft ausgezogen ist, die Möglichkeit hat, sich über Arbeitserfahrungen mit ihren Kollegen auszutauschen. Der einzige tägliche Kontakt zu ihnen besteht beim Schichtwechsel, der aber kaum Raum und Zeit für die Reflexion der Geschehnisse der Schicht anbietet, sondern sich auf die zügige Weitergabe der Aufgaben beschränkt. Als einzigen Moment der Bildung einer kollegialen Zugehörigkeit als Pflegende erwähnt Bianka die jährliche Feier des Arbeitgebers, zu der alle Pflegekräfte des Pflegedienstleisters eingeladen sind. Welchen Stellenwert die bosnische Herkunft des Arbeitgebers und der neu migrierten Pflegefachkräfte für die Kommunikation und den Austausch hat, bleibt jedoch offen. Bianka weist in ihrer Erzählung jedoch darauf hin, dass Bosnisch die Sprache unter den Kollegen sei, während die deutsche Sprache in Kontakt mit Patienten benutzt werde.

Empathisches und fürsorgliches Arbeitsethos vs. professionelle Distanz

Als Pflegekraft zu arbeiten bedeutet für Bianka, ihren Traumberuf auszuüben. Denn in ihrer Erzählung weist sie darauf hin, dass sie schon immer gern helfen wollte.

„Ich wollte das schon immer. Ja, das gefiel mir. Das war für mich immer so human sowas zu arbeiten, also so menschlich [...] ich hatte immer so ein Mitleid, also vielleicht auch eine zu große Empathie, also das kostet mich oft. Und viel-

leicht deswegen, weil die Leute in Not, denen möchte ich immer so gerne helfen und mich um sie kümmern. Ich liebe Menschen und auch Kinder [...] Ich habe es gerne, wenn Leute glücklich sind.“ (Z. 88–101)

Das Bedürfnis, anderen zu helfen, begründet Bianka mit ihrer hilfsbereiten und empathischen Lebenseinstellung, die von der Liebe den Menschen und Kindern gegenüber geprägt ist. In dieser Einstellung kulminiert Biankas Bereitschaft, anderen zu dienen und sie glücklich zu machen. Diese Einstellung lässt sich auch in ihrem Umgang mit den Patienten rekonstruieren, denn sie geht mit ihnen respektvoll und fürsorglich um. Dementsprechend arbeitet Bianka patientenbezogen und versteht Pflege als „Emotionsarbeit“ (Hochschild 1979). Dies zeigt sich in der mütterlichen Sorge um die jungen bosnischen Pflegefachkräfte in ihrer Wohngemeinschaft ebenso wie in ihrem Umgang mit den Patienten. Sie tröstet die jungen Kolleginnen, kümmert sich um das Wohl ihrer Patienten über das im Rahmen ihrer Tätigkeit Erforderliche hinaus. Jedoch werden ihre emotionale Hingabe und ihr empathisches Mitgefühl von den Patienten sowie ihren eigenen Ansprüchen an die Arbeit herausgefordert.

„Ja, obwohl die Frau, die ist auch ein bisschen dement [...] ich sage, es war gut, es war eigentlich nicht gut. Jetzt, ich habe mich geändert, aber die ersten Tage, wenn ich zu ihr kam – oft, um zu sehen wie es ihr geht, dann schimpfte sie ‚Du lässt mich nicht in Ruhe, ich habe kein Ruhe von dir‘ dann komme ich nicht eine Stunde lang. Dann schimpft sie wieder ‚Ja, du passt auf mich nicht auf, wo bist du denn?‘ Ich habe am Anfang auch geweint, also ich wusste nicht, wie ich mich verhalten soll. Und dann habe ich ihr gesagt, ‚Ja bitte, dann rufen Sie die Firma an und sagen, dass Sie mich nicht möchten.‘ Und das hat sie nicht gemacht. Also sie hat auch gewusst, dass das nur ihr Wutausbruch war, dass ich daran nicht Schuld habe. [...] Dann ist sie gut gelaunt, hat auch sehr schlechte Tage und schimpft nur. Aber also ich versuche da professionell zu sein, also das nicht mehr zu Herz nehmen und zu leiden darunter was sie spricht und immer nett zu sein, also das müssen wir, Pflegepersonal sein, egal wie der Patient. [...] Und auch wenn man was sagen soll, dann auf eine gute und nette Art.“ (Z. 522–552)

Bianka kommt in ein Arbeitsfeld, mit dem sie aus ihrer Krankenhauserfahrung nicht vertraut ist, das Arbeitsfeld der Pflege von dementen alten Menschen. Sie weist darauf hin, wie das Pflegeverhältnis zwischen der dementen Patientin und der Pflegenden immer wieder neu ausgehandelt werden muss. Die Pflegekraft muss nicht nur die Grenzen der Patientin, sondern auch ihre eigenen Grenzen kennenlernen. Biankas emphatisches Arbeitsethos wird im oben dargestellten Beispiel stark herausgefordert. Sie reagiert verletzt auf die

Wutausbrüche der Patientin und versucht danach, eine Strategie der Distanzierung zu entwickeln, die es ihr aber ermöglicht, weiterhin höflich mit der Patientin umzugehen. Sie betrachtet solche Distanzierung und intellektuelle Auseinandersetzung als eine professionelle Vorgehensweise. Das Professionalitätsverständnis, das Bianka hier darlegt, basiert auf einer distanzierten Haltung im Sinne eines Selbstschutzes. „Nicht mehr zu Herz nehmen“ fordert Bianka in einer selbst-reflexiven Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und einer Rationalisierung ihres auf Empathie basierenden Arbeitsethos. Die Notwendigkeit solcher Grenzziehungsarbeit entsteht aus dem Bedürfnis, die im Raum des Privathaushaltes stattfindende Pflegetätigkeit ohne Angst vor emotionalen Verletzungen sowie vor Pflegefehlern ausüben zu können. Sie betreibt damit das Management ihrer eigenen Emotionen im Kontext der Arbeit (Hochschild 1983).

„Mit der Zeit man bindet sich irgendwie an die Leute, also man kommt nah zu dem Menschen, also am Anfang hatte ich auch ein bisschen Angst vor ihr. Also das ist auch doof, aber als ich sie nicht kannte, ich wusste nicht, also ich habe fast einen toten Menschen, also ich habe nur den Körper. [...] Und manchmal auch jetzt letzter Zeit ist sie wach und guckt, aber damals waren die Augen die ganze Zeit zu und das war mir auch so irgendwie, wie mit einem Toten zu sein. Aber jetzt hab ich mich an sie ganz gewöhnt und auf eine Art auch emotional gebunden, wissen Sie? [...] Und ich glaube es ist viel besser, wenn man nicht so viel wechselt. Es ist für sie und für mich besser, wenn ich da bin, also nicht immer eine neue Person kommt. Weil das ist für die Angehörige auch eine Umstellung, wenn jemand Fremdes Zuhause, nach Hause kommt.“ (Z. 468–484)

Das Management der eigenen Emotionen schließt nicht eine emotionale Bindung an die Patienten aus. Eine Folge der beschriebenen Lernprozesse ist auch die emotionale Bindung an die Patientin. Die Tätigkeit in der häuslichen Intensivpflege ist meistens eine von der Umwelt isolierte Arbeit, in der die Pflegekraft mit der Patientin oder dem Patient 12 Stunden alleine verbringt. Eine solche intensive, zeitlich und räumlich fokussierte Pflegearbeit ermöglicht nicht nur eine intensive Pflegearbeit, sondern auch, die Patientin oder den Patienten besser kennenzulernen. In Biankas Fall hat dies sogar zur Entstehung einer emotionalen Bindung zur Patientin geführt. In der Fähigkeit, sich an die Patienten zu binden, kommt die Fürsorglichkeit und Empathie als Teile ihres Arbeitsethos zum Ausdruck. Die emotionale Bindung ist jedoch durch die Schwere des Gesundheitszustands der Patienten herausgefordert.

„Zum Beispiel gestern Nacht: diese Beatmungsgerät [räuspert sich], das ist eine Maske und die muss man so fest machen, da dieser Teil hier ist aus Silikon und wenn man das zu fest macht, dann ist das unangenehm für sie und wenn das zu locker ist, dann piepst dieses Gerät. Dann meint wieder, es ist zu fest. Ich mach dann locker, dann piepst der Gerät und wir machen das manchmal stundenlang [lacht] Und ich sage ‚Bitte entscheiden Sie sich, entweder der Gerät piepst, oder das muss fest sein.‘ Sie wird schon endlich müde davon mich ständig hin und her zu [...] oder manchmal bei Windeln dann, wenn man ihr die Windeln anmacht, dann sagt sie ‚Ah, noch ein bisschen links ziehen, noch ein bisschen rechts, links, rechts‘. Dann macht man links-rechts, obwohl man manchmal überhaupt nichts macht, sie sagt ‚Jaja, das ist in Ordnung‘. Dann sieht man, es geht nicht darum, dass das unbequem ist, sondern sie will nur ein bisschen Stress machen. Aber man soll das auch als Krankheit verstehen und nehmen so wie das ist.“ (Z. 554–575)

Biankas Mitgefühl mit ihrer Patientin geht so weit, dass sie erstmal bereit ist, den Wunsch der Patientin zu erfüllen, wie die oben dargestellten Beispiele über das Windelwechseln und das Anpassen des Atmungsgerätes zeigen. Andererseits lässt sich hier auch eine Dynamik der symbolischen Machtkämpfe (Bourdieu 1983) im Verhältnis zwischen Patientin und Pflegerin erkennen. Bianka deutet die Unentschiedenheit der Patientin zwar als Schikane, entwickelt dennoch eine empathische Lesart, die es ihr ermöglicht, solches Verhalten als Teil der Krankheit der Patientin zu deuten und nicht persönlich zu nehmen.

Die Familialisierungsstruktur des Arbeitsverhältnisses zwingt Bianka, sich mit dem anwesenden Angehörigen der Patienten auseinanderzusetzen. Zu dem Ehemann einer Koma-Patientin entsteht eine ambivalente Beziehung.

„Also der Mann lebt alleine. Wir müssen nicht, aber wir machen auch die Wäsche und kochen auch für ihn. Wir sind da zwölf Stunden z.B. die Patientin wird morgens gepflegt, die Grundpflege, Medikamentengabe und danach bekommt sie Schienen, das ist also gegen Kontraktur und dann liegt sie eine Stunde, da hat man die Stunde frei, man kann was kochen, also man kann die Küche benutzen und das ist für beide Seiten gut, auch für den Mann von ihr und auch für uns. Ja, dass wir nicht nur Fast Food essen. Mit der Zeit, also das nervt manchmal, wenn er bis zu drei, vier morgens sitzt. Aber manchmal unterhalten wir uns auch ganz gut.“ (Z. 397–406)

Die Anwesenheit des Ehemannes bringt Bianka dazu, seine tagtäglichen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Obwohl sie nicht für sein Wohl zuständig ist, entscheidet sie sich, ihm beim Kochen und bei der Wäsche zu helfen und macht dadurch Hausarbeit für alle, nicht nur für die Patientin. Das gemeinsame Kochen begründet sie mit der Möglichkeit, auch für sich selbst ein or-

dentliches Essen anstatt „Fast Food“ zu haben. Die Arbeit in den Privaträumen der Patientin und im familiären Kontext evoziert eine familienähnliche Konstellation, in der sie sich nicht nur für die Patientin, sondern auch für deren Mann zuständig fühlt. In ihrer Erzählung wird also der Familialisierungsdruck auf die bezahlte Pflegearbeit sichtbar. Durch die Familialisierung ihrer Arbeit wird die Pflegekraft in die Rolle der Zuständigen für das Wohl aller Familienmitglieder versetzt. Scheinbar ist es dieses Entgegenkommen von Bianka, das letztendlich auch den Ehemann der Patientin ermutigt, Biankas Gesellschaft, in etwas ruhigeren Stunden in Anspruch nehmen zu wollen. Da er alleine mit seiner im Koma liegenden Frau wohnt, ist er wahrscheinlich froh, in der pflegenden Person eine Gesprächspartnerin zu haben. Bianca äußert sich sehr ambivalent hierzu. Einerseits erwähnt sie, dass es „nachts schon langweilig ist“ und dass sie sich manchmal auch ganz gut mit dem Ehemann unterhalten kann. Manchmal findet sie jedoch die Ansprüche des Ehemannes, ihm Gesellschaft zu leisten, als „nicht so angenehm“. Einerseits entsteht das unangenehme Gefühl aus Biankas Bedürfnis heraus, sich in den ruhigen Nachtstunden während der Schlafzeit der Patientin etwas auszuruhen, andererseits versucht Bianka, die sexuellen Andeutungen des Mannes zu verschweigen, und spricht darüber erst nach dem Ausschalten des Aufnahmegepärs. Es scheint, dass sie es als ihre Verantwortung sieht, die sexuellen Annäherungsversuche abzuwehren. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Bianka sich zwar nicht über die Familialisierung ihrer Pflegearbeit beklagt, jedoch ihr Unbehagen über einige ihrer Auswirkungen äußert.

Der Einfluss von außerbetrieblichen Dimensionen auf den betrieblichen Integrationsprozess und die biographische Planung

Obwohl Bianka nicht darüber spricht, ob ihr Migrationsprojekt auf einen permanenten Aufenthalt angelegt ist, deuten alle Hinweise in ihrem Handlungsschema darauf hin. Nach ihrer Migration nach Deutschland hat sie ein halbes Jahr später ihre Familie nach Deutschland geholt. Es sind aber nicht nur finanzielle Gründe, die darauf hindeuten, dass Bianka und ihre Familie das Migrationsprojekt auf lange Zeit angelegt haben. Vielmehr scheint auch die unsichere politische Lage in Bosnien und Herzegowina Bianka und ihre Familie dazu zu bringen, in Deutschland zu bleiben.

„Vielleicht wenn sich mal die Lage in Bosnien ändert. Wenn die Nationalisten weg von der Szene sind, dann vielleicht wieder, weil ich liebe meine Land und es ist schön auch, aber jetzt ist eine Hölle die letzte Jahre. Ja. Also unter diesen Umständen möchte ich nicht nach Hause wieder.“ (Z. 1345–1348)

Die von äußerlichen Faktoren verhinderte Rückkehr erscheint nun schon zum zweiten Mal in Biankas Erzählung. Das erste Mal konnte sie wegen des Krieges nicht zurückkehren, diesmal scheint ihr die Rückkehr in das von „Nationalisten“ beherrschte Nachkriegs-Bosnien und Herzegowina undenkbar.

Unterstützend für die Sozialintegration und den Verbleib in Deutschland und im Betrieb wirken auch die ethnischen und familiären Netzwerke. Bianka war es gelungen, eine Wohnung für die gesamte Familie in einem Haus, in dem ihr Onkel wohnt, zu organisieren. Diese Nähe schätzt sie als eine Möglichkeit, bei Bedarf auf die familiären Netzwerke für die Betreuung ihrer kleinen Tochter zurückzugreifen.

Bianka steht im Moment des Interviews kurz vor der formalen Anerkennung ihres Pflegeabschlusses. Dies bewegt Bianka dazu, eine Bilanzierung ihres Lebens zu ziehen.

„Ich möchte erst einmal nach der Anerkennung mich ein bisschen erholen. Die letzten zwei Jahre waren für mich sehr stressig. Also ich möchte so zwei, drei Monate gar nichts tun und danach vielleicht noch, nochmal eine Weiterbildung in Richtung z. B. Diabetes oder sowas. (Z. 284–288)

„Ich werde weiter arbeiten, die zwei, drei Monate, aber nicht lernen und nichts unternehmen sonst.“ (Z. 297–298)

Bianka weist darauf hin, dass die letzten zwei Jahre für sie eine enorme Belastung dargestellt hätten. Um ihre finanzielle Lage zu verbessern, war sie gezwungen, während ihrer freien Tage bei einem anderen Pflegedienstleister zu arbeiten. Zudem musste sie für die Anerkennung eine Pflegeschule besuchen und Prüfungen ablegen. In dieser Zeit kam auch ihre Familie nach Deutschland, was von ihr wiederum viele organisatorische Erledigungen wie z. B. die Wohnungssuche und die Beschulung der Kinder abverlangte. In ihrer Reflexion weist sie darauf hin, dass sie an die Grenze ihrer Kräfte gekommen sei und nun auf eine weniger stressige Lebensphase hoffe: „einfach ein bisschen Ruhe“. Als einen Ausweg sieht sie die Möglichkeit, weniger arbeiten zu müssen und somit auch Zeit für ihre Hobbys zu haben. Mit diesem Wunsch zeichnet sich eine Kehrtwende in Biankas Lebenseinstellung ab. Ihr professionelles Pflegeverständnis, das auf Empathie im Sinne der „Sorge um die Anderen“ basierte, erweitert sich nun um die Dimension der „Sorge um sich selbst“. Dies betrachtet sie als notwendige Voraussetzung für die Fortsetzung der Pfliegetätigkeit im Bereich der häuslichen Intensivpflege.

Zwischen Emotionalität und professioneller Distanz – Verbleib: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Getrieben durch die sozioökonomisch und politisch unsichere Lage in Bosnien und Herzegowina hat Bianka nach beruflichen Möglichkeiten und Zukunftschancen für sich und ihre Familie in Deutschland gesucht. Bei der Arbeitssuche in Deutschland hat sie große Eigeninitiative entfaltet. Ähnlich wie Mili M. ist sie von den Jugoslawien-Kriegen traumatisiert und fürchtet sich vor einem neuen Krieg im Herkunftsland. Bei der Verwirklichung der Migration konnte Bianka auf ihre biographischen und sozialen Ressourcen zurückgreifen. Da sie durch ihren früheren Deutschland-Aufenthalt schon Deutschkenntnisse sowie ein familiäres Netzwerk in Deutschland hatte, gestaltete sich die autonome Migration mit Nachzug der Familie leicht. Die Präsenz der bosnischen Unternehmer in der ambulanten Pflege bot Bianka zudem die Möglichkeit, dort Arbeit zu finden und dadurch von dieser ethnischen Nische zu profitieren.

Da Bianka das Sprachzertifikat im Deutschen auf B2-Niveau bereits erhalten hatte, bekam sie vorerst die Zulassung in den Pflegemarkt, konnte jedoch als Nicht-EU-Bürgerin bis zur formalen Anerkennung ihres Ausbildungsabschlusses nur als Pflegehilfe arbeiten. Ihr Arbeitgeber hatte die Organisation der formalen Anerkennungsprozedur übernommen, Bianka aber zugleich vertraglich verpflichtet, zwei Jahre nach der Anerkennung bei ihm tätig zu sein.

Die Anfangsphase ihrer Pflegetätigkeit in der häuslichen Intensivpflege stellte Bianka vor neue Herausforderungen. Nicht nur die neue Arbeitsumgebung, sondern auch eine fast zehnjährige Familienpause ließen Bianka selbst an ihrer Professionalität zweifeln. Da sie nach einer kurzen fünftägigen Einführungsphase selbständig ihre Arbeitsaufgaben bei zwei Patientinnen in zwei verschiedenen Privathaushalten erledigen musste, war sie gezwungen, ihre Unsicherheiten zu überwinden. Jedoch kann festgehalten werden, dass die Anpassung an den beruflichen Alltag in der häuslichen Intensivpflege ihr nicht nur einen fachlichen, sondern einen ganzheitlichen selbstgesteuerten Lernprozess abverlangte. Dieser ist Ausdruck einer biographischen Bewältigungsstrategie, die es ermöglicht, mit den komplexen fachlichen, physischen und psychisch-emotionalen Anforderungen der Pflegetätigkeit im privaten Bereich umzugehen und somit die Antizipation des möglichen Scheiterns an den Aufgaben zu bewältigen. Dies erforderte von Bianka Grenzziehungsarbeit, die es ihr ermöglichte, eine Balance von emotionaler Nähe und professioneller Distanz zu ihren Patientinnen und deren Angehörigen zu finden. Dennoch war Bianka sowohl psychisch als auch physisch durch die stressbe-

ladene Pfl egetätigkeit belastet. Sie hoffte auf eine baldige formale Anerkennung ihres Abschlusses und die Möglichkeit, danach weniger arbeiten zu müssen. Denn aus finanziellen Gründen war sie gezwungen, neben ihrer Tätigkeit in der häuslichen Intensivpflege und dem Lernen für die Anerkennungsprüfung eine weitere Pflegestelle zu bedienen. Die mehr als zwei Jahre dauernde mehrfache Belastung von Lernen, Arbeiten in mehr als einer Arbeitsstelle und gleichzeitigem Erledigen der Familienpflichten brachte Bianca an die Grenze der Erschöpfung. Das für die Anerkennungsprüfung erforderliche fachliche Lernen, das sie in die Rolle einer Schülerin zurückversetzte, hat in ihrem Fall zu einem permanenten Prüfungsstress neben der Berufstätigkeit geführt. Nach der Anerkennung des Abschlusszeugnisses möchte sie nun den Arbeitsalltag normalisieren, indem sie nur noch in einer Stelle arbeitet und nicht mehr dem Lernen nachgeht. Die häusliche Intensivpflege ermöglicht Bianca das Ideal, eine emotionale Pflege auszuüben, obwohl sie in ihrer Erzählung auch die Härten und insbesondere die Herausforderungen der Pflegearbeit in diesem Kontext verdeutlicht. Als Härte in diesem Bereich bezeichnet sie z. B. die alleinige Verantwortung für schwer kranke Menschen und demonstriert den Konflikt zwischen ihrer Pflegeethik der Erhaltung von Leben und der Patientenverfügung, die das Hinzuziehen eines Notarztes untersagt.

In Biankas Fall lässt sich eine geschlechtsspezifische Dimension im Umgang mit Exit und Verbleib im Sektor der häuslichen Intensivpflege feststellen. Sie sieht Anteile der Pflegearbeit als „natürliche“ Kompetenz des „weiblichen Arbeitsvermögens“ (Beck-Gernsheim/Ostner 1978, Ostner 1991) und trauert nicht, wie andere Interviewte, dem Verlust von Anteilen früherer beruflicher Tätigkeit im Herkunftsland nach. Bianca akzeptiert die Familialisierung der häuslichen Intensivpflege. Was die Kommunikationswünsche und sexuellen Annäherungsversuche des Ehemanns der Patientin betrifft, bringt sie ihr Unbehagen darüber zum Ausdruck, scheint aber allein sich selbst für deren Abwehr als verantwortlich zu betrachten. Trotz Ambivalenzen plant Bianca nicht, den Pflegebetrieb zu verlassen. Ihre Erzählung deutet jedoch darauf hin, dass sie nicht nur auf die Verbesserung der eigenen Lebensqualität, sondern auch auf die Qualitätsverbesserung der Pflege und der Beziehung zu den Patienten Wert legt. Dabei unterstreicht sie die Bedeutung einer kontinuierlicheren Beziehung zu den Patienten, die durch eine längerfristige Zuständigkeit, als dies zurzeit der Fall ist, herzustellen wäre.

2.3.2 Ablehnung der Belastungen und Exit – Robbie S.

Kurzporträt

Robbie S. ist 32 Jahre alt, verheiratet und Vater eines Kleinkindes. Er hat in Bosnien und Herzegowina eine Ausbildung als Krankenpfleger abgeschlossen. Danach konnte er in seinem Beruf keine Arbeitsstelle finden und musste 10 Jahre lang fachfremd arbeiten, bis er über eine Anzeige erfuhr, dass in Deutschland Pflegefachkräfte gesucht werden. Über einen längeren Zeitraum hinweg hat er daraufhin versucht, einen Weg zu finden, um nach Deutschland zu kommen, was zunächst nicht einfach war, weil das Anwerbeabkommen mit Bosnien und Herzegowina noch nicht ratifiziert war. Über den Kontakt zu Menschen aus Bosnien in Deutschland, die in der häuslichen Intensivpflege engagiert waren, ist es ihm schließlich gelungen, in diesem Bereich eine Anstellung zu bekommen und nach Deutschland zu gehen. Nachdem er die Anerkennung seines Pflegeabschlusses erhielt, wechselte er in ein Krankenhaus.

Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet Robbie bereits seit zwei Wochen im Krankenhaus. Das Interview bezieht sich insbesondere auf die Dreijahresphase, in der er in der häuslichen Intensivpflege gearbeitet hat, und gibt Auskunft über die Mobilitätsstrukturen der neu migrierten Pflegefachkräfte innerhalb des Pflegesektors, insbesondere von der häuslichen Intensivpflege zum Krankenhaus.

Die komplizierte Migration aus einem Drittstaat und Ankommen in Deutschland

Robbies Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen, ist intrinsisch. Es war die Erfahrung der Pflege seines geliebten Großvaters, die ihm einst die Idee dieses Berufes eröffnet hatte. Er wollte durch diesen Beruf „helfen“. Ein Thema, das er in seiner Erzählung immer wieder starkmacht, sind die enormen Schwierigkeiten, nach absolvierter Ausbildung einen Arbeitsplatz im erlernten Beruf zu finden. Er berichtet beispielsweise darüber, dass man Zuständige bestechen müsse, um angestellt zu werden, und bringt damit die moralische Krise im Herkunftsland in den Vordergrund. So hat er jahrelang, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen, in unterschiedlichen fachfremden Bereichen arbeiten müssen. Damit umreißt er die sozialen und ökonomischen Bedingungen für seine Motivation, das Land zu verlassen, da er dort keine Arbeitsstelle in seinem Beruf fand und sich ungerecht behandelt fühlte. Die Migration nach Deutschland erschien ihm als die einzige Möglichkeit, im erlernten Beruf zu arbeiten, und als die Chance für einen biographischen und beruflichen Neuanfang.

Robbies Haupterzählung dreht sich um seine Migration in den deutschen Pflegesektor – nachgezeichnet als ein komplizierter Pfad mit einer Reihe von Suchaktionen und als Ergebnis großer Anstrengung und zielgerichteten Handelns. Er beschreibt detailliert seine vielen Aktivitäten, um Zufälle zu nutzen und in einem „Trial and Error“-Prozess Hindernisse zu überwinden und sein Ziel zu erreichen. Es geht dabei um das benötigte Visum, um als Drittstaatler in Deutschland zu arbeiten, und um die Anstrengung, sich über weite Strecken eigenständig die deutsche Sprache beizubringen. Robbie zeigt, wie er wendig nach Alternativen (z. B. in Österreich) gesucht hat, um in einem undurchsichtigen Feld von Chancen und Barrieren durch Aktivität und Initiative seine Position zu verbessern und sein Ziel zu erreichen. Seine Suche und seine Bemühungen wurden durch die Präsenz anderer bosnischer Pfleger im Sektor der häuslichen Intensivpflege in Deutschland erleichtert.

Robbie stellt das Ankommen in Deutschland als durch den Arbeitgeber einigermaßen gut unterstützt dar. Er bekommt zehn Tage frei, um sich in der Stadt zurecht zu finden und darf sechs Monate lang im Betriebswohnheim wohnen, bis er eine Wohnung gefunden hat. Das Zusammenwohnen mit anderen neu migrierten Pflegefachkräften scheint für ihn eine angenehme soziale Erfahrung gewesen zu sein, die das Gefühl der Fremdheit in der Migration milderte, obgleich praktische Schwierigkeiten bei der Erledigung von Alltagsroutinen ihn dann letztlich veranlassten, vorzeitig eine eigene Wohnung zu suchen.

Obwohl Robbie zur Zeit der Migration bereits verheiratet war, spricht er nicht von seiner Frau als Beteiligte im Migrationsentscheidungsprozess. Über die Migration als Familienmigration spricht er erst nach einer Frage der Interviewerin. Seine schwangere Frau sei im Rahmen der Familienzusammenführung vier Monate nach ihm nach Deutschland gekommen. Erst im Kontext der Überlegungen, in eine größere Wohnung zu ziehen, erwähnt Robbie eine gemeinsame Entscheidung: „Wir haben entschieden wir bleiben in diese Wohnung“. Die Frau arbeitet nicht, weil sie noch Deutsch lernt. Diese Situation scheint er als eine Belastung zu empfinden: „Ich muss mich um alles kümmern, weil sie kein Deutsch spricht“. Er spricht dabei nicht über die familiären Verpflichtungen seiner Frau wie beispielsweise die Versorgung des kleinen Kindes.

Die Familialisierung der bezahlten Arbeit im Kontext der häuslichen Intensivpflege

Die Pflegearbeit in der häuslichen Intensivpflege unterscheidet sich von der Pflegearbeit im Krankenhaus, für die Robbie ausgebildet worden ist. Sie ist

durch eine Arbeitsorganisation charakterisiert, die er aus seinem Herkunftsland und seiner Ausbildung nicht kannte. Er musste sich also besonders bemühen, um das alte Wissen zu mobilisieren und neues anzueignen. Insbesondere die Arbeit im Privathaushalt, die Isolation am Arbeitsplatz, den Umgang nur mit der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen erwähnt er als zentrale und zugleich problematische Aspekte der Arbeitsorganisation in diesem Sektor.

In langen Passagen geht er auf die besondere Struktur und die strukturellen Konflikte der Pflegearbeit in diesem Sektor ein. Ein wichtiges Thema dabei ist der Familialisierungsdruck auf die bezahlte Pflegearbeit und die daraus entstehenden Konsequenzen für die Position der Pflegefachkraft im beruflichen Alltag.

„Es gibt sehr viele besondere Situationen bei den Patienten. Besonders die schon lange Zuhause sind, sie sind sehr anspruchsvoll, ich würde manchmal sagen, respektlos gegen uns. Das ist meine Erfahrung, weil ich hab manchmal das Gefühl, dass die denken, dass man ein Sklave ist. Dass man alles machen muss. Aber es ist sehr unangenehm, du kommst jemandem nach Hause und man muss sich einfach anpassen, in jedem Haus ist etwas anders geregelt, also jeder hat seine eigenen Regeln, wie was gemacht wird, wo was steht und alles. Das ist bisschen, nicht bisschen, das ist ganz schwierig. Zum Beispiel ‚Mach die Gardine zu‘ und sowas. Also ich weiß nicht, ich bin so ein Mensch, wenn so ein kranker Mann mir sagt ‚Mach die Gardine zu‘, ich mach’s. Ich kann’s nicht sagen, ‚Das ist nicht meine Arbeit, das ist nicht meine Pflicht das zu machen‘. Manche Kollegen haben schon gesagt, ‚Ich muss nicht die Gardine zu machen.‘ Ich muss das nicht machen. Aber ich habe es immer gemacht, weil wie gesagt, ich bin einfach so, dass ich kann nicht sagen, ‚ich will das nicht‘ oder ‚ich kann das nicht‘, weil der Mann ist krank, der liegt vielleicht die letzten zwei, drei Jahren im Bett. Der funktioniert nicht wie normale Menschen. Die meisten dieser Patienten sind schon depressiv, Anti-Depressiva bekommen und sowas. Also das muss man schon verstehen. Und auch die Familie ist ganz unter Druck. Also das beeinflusst die ganze Familie. Also keiner von denen hat ein normales Leben. Weil ich hab schon viel erlebt, also die Streitigkeiten, Schlägereien und alles im Haus, also das kriegt man alles mit. Und das ist auch das Schwierige in diesem Bereich. Und auch mit Patienten, die manchmal schreien, also ich zieh ihm zum Beispiel Socken an und ich fass ihn vielleicht bisschen grober an oder irgendwas, dann ‚Ah!‘ schreit der ‚was machst du?‘ (imitiert) oder ‚aufpassen!‘ oder sowas und dann du bist schon, es ist nicht so leicht. Und bei, wie gesagt, bei vielen Patienten ist es so. Man muss sehr flexibel sein, um das zu machen.“ (Z. 605 -634)

Das Thema, das Robbie hier entfaltet, ist die Verdrängung der Rechte der Arbeitskraft, die durch die Mißachtung der pflegerischen Professionalität durch die Patienten zum Ausdruck kommt. Robbie gibt sich allmählich in eine

sukzessiv drastischere Darstellung des Verhältnisses zu dem Patienten. Erst spricht er von Patienten, die „anspruchsvoll“ seien, dann seien sie „respektlos gegen uns“. Hier spricht Robbie als Teil des Kollektivs der Pflegenden, die unter denselben Bedingungen arbeiten. Schließlich präzisiert er die Haltung der zu pflegenden Personen mit dem – allerdings vorsichtigen – Einsatz der Metapher der „Sklaverei“. Er spezifiziert den Sklaven-Charakter der Arbeit als über die berufliche Rolle hinausgehende, allumfassende Arbeitsforderungen „dass man alles machen muss“. Er fährt fort mit einer Evaluation „Aber das ist sehr unangenehm“, und versucht zu explizieren, was das Unangenehme daran ist, indem er auf die besonderen Regelungen und Gewohnheiten in jedem Haushalt hinweist. Die Pflegefachkraft gerät bei jeder neuen Patientin, bei jedem neuen Patient in ein neues familiäres Feld mit eigenen Regeln, die befolgt werden müssen. Die Pflegefachkraft hat überaus flexibel zu sein und sich immer wieder aufs Neue an die jeweiligen familiären Verhältnisse anzupassen. Die Ausdrucksweise „Das ist bisschen, nicht bisschen, das ist ganz schwierig“ zeigt, dass er zwischen einer normalisierenden und einer dramatisierenden Selbstpräsentation hin und her schwankt; er entscheidet sich aber letzten Endes für die dramatisierende Darstellung.

Er expliziert seine Arbeitserfahrung in der häuslichen Intensivpflege als ein Sklavenverhältnis vor dem Hintergrund der jeweils besonderen Regeln, die jede Patientenfamilie aufstellt. Er macht klar, dass die Dominanz der Familienregeln gegenüber den formal beruflichen „Arbeitsregeln“, die bezahlte Arbeit nicht nur „familialisiert“, sondern auch feudalisiert, indem sie zu einem vormodernen „Diener“-Arbeitsverhältnis degradiert. Der Arbeitnehmer würde vom Klienten quasi „besessen“. Die Patienten würden eine Art vormoderner „Sklavenarbeit“²⁶ erwarten. Sie scheinen unwillig zu sein, die Arbeit der Pflegekraft als mit bestimmten Rechten, Pflichten und Aufgaben ausgestattet, anzuerkennen. Die Forderungen der zu pflegenden Person würde sehr häufig die Grenzen des Pflegearbeitsverhältnisses überschreiten und auch Dienstleistungen der Alltagsbewältigung umfassen. Die Pflegefachkraft fühlt sich dadurch entprofessionalisiert und zu einem „Dienstmädchen/Sklaven“ degradiert. Die in dieser Konstruktion aufkommende „Feudalisierung“ bezieht sich auf die soziale Ebene der Beziehung zum Klienten und nicht auf den formalen rechtlichen Rahmen des Vertrags (Arbeitszeit, Versicherung, Urlaub etc.) und die Beziehung zum Arbeitgeber.

26 Das Konzept der „domestic slavery“ wurde bereits in der Diskussion ähnlicher Arbeitsverhältnisse (vgl. Sassen 1991, Ehrenreich/Hochschild 2004) im Bereich der Haushaltsarbeit von Bridget Anderson (2000) eingeführt.

Robbie bezieht sich auf das Kollektiv der Pflegefachkräfte und setzt sich von jenen Pflegefachkräften ab, die sich weigern, den unpassenden Wünschen der Patienten Folge zu leisten. Er möchte stattdessen einfühlsam sein und bringt die „Respektlosigkeit“ der Patienten in Verbindung mit deren schwieriger Situation. Es scheint Teil seiner professionellen Pflegeethik zu sein, für die unpassenden Verhaltensweisen der Patienten Verständnis aufzubringen. Dieses Verständnis ist eine Methode, die Gefühle in der Konfliktsituation zu kontrollieren.

Robbie thematisiert auch die Konflikte innerhalb der Familie der Patientin/des Patienten, die unter den Belastungen und dem Stress der Erkrankung des Familienmitgliedes entstehen. Die Pflegearbeit in diesem Sektor findet dadurch gelegentlich in einem Feld von heftigen Streitereien statt. Hinzu kommen Aggressionen seitens der zu pflegenden Person. Unter den Bedingungen des durch die Krankheit verursachten Stresses würden die Patienten häufig Verhaltensweisen und Ansprüche entwickeln, die von der Pflegefachkraft als respektlos und anmaßend erfahren würden. Um die aufkommenden Probleme zu verstehen, führt er diese auf die psychischen Folgen der Pflegebedürftigkeit zurück. Dieser Umgang mit dem Konflikt kann als eine Form von Emotionsmanagement betrachtet werden (vgl. Hochschild 1979, 1983).

Robbie schließt diese Interviewpassage mit der Schlussfolgerung, dass sich die Pflegefachkraft an die Ausnahmesituation des kranken Menschen anpassen und die Belastungen der sozialen Beziehungen um ihn bzw. sie herum ertragen sollte. Er sieht keine Möglichkeit, diese Arbeitsbedingungen zu ändern. Vielmehr scheint er es als Teil seiner professionellen Ethik zu sehen, dass er für die respektlosen Verhaltensweisen der Patienten Verständnis aufbringen und seine eigenen Emotionen kontrollieren sollte (vgl. Hochschild 1979).

Die Familialisierung der Arbeit als Hintergrund für Kompetenzkämpfe mit den Familienangehörigen

In seiner Erzählung bringt Robbie den Aspekt der Fachlichkeit zum Ausdruck.

„Wenn so was passiert, dass jemand krank wird und dass Pflegedienst Zuhause kommt, am Anfang hat die Familie keine Ahnung was Inhalation ist oder was Absauggerät ist oder irgendwas. Und dann, die lernen das mit der Zeit auch, die lernen auch die Geräte kennen und alles. Ja und nach sechs Monate ungefähr, die werden mir, die sagen mir, wie, was gemacht wird. Zum Beispiel. Und dann nach sechs Monate, die wissen besser als ich, was gemacht wird. Und das ist auch bisschen, weil die haben das zum ersten Mal gesehen, da und nach sechs Monaten, sie wissen besser, wie das gemacht wird. Von mir

zum Beispiel sie sagen ‚Ja, das kannst du nicht so machen, das wird so gemacht‘ oder ‚Dieser Kollege hat das so gemacht, jetzt musst du auch so machen‘, zum Beispiel. Also die mischen sich einfach ein und versuchen zu sagen, was also, wie und wie und wo was gemacht wird und ich weiß nicht, aber ich finde das nicht so schön, weil ich hab das gelernt, auch hier, ich lerne immer noch und dann kommt jemand, der versucht mir zu sagen, wie was gemacht wird, also das ist auch eine von Sachen, die mir gestört hat. Aber wirklich.“ (Z. 716–733)

Die Aushandlung von Professionalität wird auch in diesem Kontext zu einem konfliktträchtigen Thema, jedoch in einer anderen Konstellation, als dies im Krankenhaus zum Thema gemacht wird (siehe Abschnitt 4.1.). Robbie beschreibt den Prozess einer informellen „Selbst-Professionalisierung“ der Familienangehörigen, die am Anfang der Pflegebedürftigkeit ihres Angehörigen kein Wissen über die medizinischen Geräte gehabt, sich jedoch über deren Funktionsweise informiert hätten und der Pflegefachkraft sagen würden, „wie, was gemacht wird“. Die Fachkompetenz werde von den Familienangehörigen für sich in Anspruch genommen. Sie mischten sich ein, erhoben eigens formulierte Ansprüche richtiger Pflege und begründeten diese Ansprüche mit ihren Beobachtungen der Pflegefachkräfte bei der Arbeit. Sie stellten sich dar, als hätten sie sich das berufliche Wissen der Pflegefachkräfte durch Beobachtung „angeeignet“. Robbie zeigt deutlich sein Unbehagen gegenüber dem Prozess der „Selbst-Professionalisierung“ der Familienangehörigen. Denn dieser Prozess findet auf Kosten seiner eigenen Professionalität statt.

Weiter beschreibt er die ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien.

„Manchmal akzeptiere ich, was die sagen, und dann später mache ich das, wie ich das immer gemacht habe. Manchmal bin ich gut gelaunt und es kommt rein, es geht raus und ich mach’s wie die, zum Beispiel wie die Frau von diesem Patienten gesagt hat. Ist mir egal. Ich mach, weil ich muss ihre Wünsche respektieren. Ich schreib es in die Dokumentation auf, das ist gemacht worden, nach Wunsch des Patienten oder nach Wunsch der Angehörigen. Zum Beispiel ich hatte einen, es ist schon passiert bei diesem Patient, vor zwei Monaten. Also es gibt Wechseldruckmatratzen. Wo die Leute, die also bettlägerig sind. [...] Und das ist eine Matratze, wo die Luft so pff-pff (pfeift) so macht und also auf diesen Wechseldruckmatratzen, braucht man keine Lagerungsmittel, also kein Kissen gar nichts, weil das ist schon alles so unten geregelt. Und diese Familie, die habt also mit Krankenkasse zwei Jahre gekämpft, dass sie diese Matratze bekommen und als sie diese Matratze bekommen haben, wir haben den Patienten so früher mit Kissen gelagert, aber da – auf der Matratze zum Beispiel braucht man nur ein Kissen, ansonsten unten ist Wechsel-

druckmatratze und macht alles, was gemacht werden soll. Nee, die haben entschieden, wir sollen unter ganzen Körper alles mit, nur Kissen drunter legen. [...] Also wir haben zwei Jahre gekämpft, dass sie diese Matratze bekommen, dann die haben Matratze einfach sinnlos genutzt, das ist ein Beispiel. Wenn die Angehörige einfach was Sinnloses machen. Aber ich glaube, das ist auch der Grund, weil diese Krankheit und alles beeinflusst einfach alle in Haus. Es ist nicht so leicht also wieder das Leben in Griff zu bekommen, einfach damit zu leben. Es ist schwer, weil, bei diesem Patient, er hatte drei Sohne, musste immer jemand zu Hause bleiben [...] Und es gab schon Ärger und alles, die haben sich gestritten, weil jemand musste immer da sein. Ist bisschen schwer.“ (Z. 737–773)

Robbie versucht, eine Balance zu finden zwischen den Wünschen der Familie und dem, was er für pflegerisch sinnvoll hält. Es scheint, dass er doch so tut, als ob er die Wünsche umsetzt, tut es aber nicht. Er scheint also in einem Dilemma zu stecken, das er aber mit der Aussage „ist mir egal“ abtun möchte. Er betont jedoch, dass er die Wünsche der Familienangehörigen „respektieren“ müsse. Die Lösung des Dilemmas, wenn er gegen sein Fachwissen handeln muss, ist, dies in der Dokumentation niederzuschreiben.

Er gibt detailliert Auskunft über die Erfahrung der Kompetenzabsprechung durch die „selbst-professionalisierten“ Familienangehörigen, indem er die – vom professionellen Standpunkt aus – Irrationalität ihrer Wünsche am Beispiel der Nutzung der Wechseldruckmatratze beschreibt. Auch diese negative Erfahrung versucht er mit einem analytischen Blick auf die Beteiligten zu verstehen. Er verdeutlicht, wie die Familie unter der schweren Krankheit des Angehörigen aus den Fugen gerät, in Konflikte verwickelt wird und die Pflegefachkraft in diese Konflikte mit hineinzieht. Jedoch wird es auch offensichtlich, dass der Kompetenzanspruch der Familie und ihre damit zusammenhängende „Selbst-Professionalisierung“ mit den Dynamiken der Familialisierung der bezahlten Pflegearbeit, die die Pflegefachkraft zu einer Art Dienstmädchen degradiert und „ent-professionalisiert“, zusammenhängen.

Weitere belastende Dimensionen der Arbeitsorganisation in der häuslichen Intensivpflege

Außer über den Familialisierungsdruck auf die Pflegearbeit und den damit zusammenhängenden Kompetenzanspruch der Familie sowie die Missachtung der formalen Pflegerrolle gibt Robbie Auskunft über weitere belastende Aspekte der Arbeitsorganisation, insbesondere im Kontext der Begründung seiner Exit-Strategie.

Häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes

„Also ich weiß nie wo ich bin und wo ich in den nächsten drei Monaten bin. Das ist auch Problem, zum Beispiel deswegen hab ich auch entschieden, ich geh ins Krankenhaus, weil, wenn ich im Krankenhaus bin, ich bin da. Und ich bin immer an einem Ort. Das ist auch ein Nachteil. Aber es gibt auch Vorteile. Man arbeitet im Zwölf-Stunden-Dienst, hee (stöhnt) durchschnittlich 16 Dienste im Monat, weil man sammelt bisschen schneller Stunden. Dann hat man viel frei. Das ist auch Vorteil. Das ist zum Beispiel das Gute in diesem Bereich. Aber es gibt auch viele Nachteile.“ (Z. 665–673)

Der Wechsel von Patient zu Patient, d. h. von Haushalt zu Haushalt, wird zu einem Nachteil, der Robbie letztlich veranlasst, die Arbeit in der häuslichen Intensivpflege zu verlassen. Denn der häufige Wechsel enthält die Anforderung der immer wieder neuen Anpassung an die spezifischen „Regeln“, die die jeweilige Familie für den Umgang mit dem kranken Familienmitglied und dessen Pflege entwickelt hat. Dadurch entstehen immer wieder andere Bedingungen von Familialisierung der Pflegearbeit, auf die Rücksicht genommen werden muss.

Das Problem der isolierten Arbeit

„Also ich hab entschieden, dass ich unbedingt ins Krankenhaus gehen möchte. Oder Klinik oder sowas, wo man also acht Stunden Dienst hat, nicht zwölf Stunden. Wo ich mit Kollegen in Team arbeiten kann, wo ich mit den Kollegen und Patienten kommunizieren kann. Weil ich hab mich so schlecht in den letzten paar Monaten im Pflegedienst, in diesem also Intensivpflege zu Hause gefühlt. Ich hatte Gefühl, dass ich also depressiv werde. Weil ich hab monatelang zwölf Stunden täglich mit niemandem geredet. Deswegen hab ich mich entschieden, ich muss woanders gehen, wo ich mit den Leuten kommunizieren kann, weil ich weiß nicht, ich hab mich einfach schlecht, es hatte einfach einen schlechten Einfluss auf mich.“ (Z. 992–1002)

Robbie berichtet in einem evaluativen Vergleich von den Unterschieden der Arbeit in der häuslichen Intensivpflege und im Krankenhaus, das er nun seit zwei Wochen kennenlernt. Er gibt damit Informationen über das gewünschte Arbeitsverhältnis und über seine „Ansprüche an die Arbeit“ (Hürtgen/Voswinkel 2015). Robbie zählt dabei Strukturelemente auf, die die Arbeit in der häuslichen Intensivpflege von der Pflegearbeit in anderen Gesundheitsinstitutionen unterscheidet. Diese sind Teamarbeit, Kommunikation sowohl mit Kollegen als auch mit Patienten sowie der Acht-Stunden-Arbeitstag.

Der lange Arbeitstag (12 Stunden) erhält seine Bedeutung erst über die besonderen Bedingungen kommunikativer Armut des Arbeitsfeldes. In der

häuslichen Intensivpflege ist der Patient für die Pflegefachkraft in vielen Fällen kein Kommunikationspartner. Die Situation des ständigen Zusammenseins mit einem Menschen in der tiefen Krise des körperlichen Verfalls ohne weitere kommunikative Kompensation, und das zwölf Stunden pro Tag, hat Robbie selbst krank, nämlich depressiv, gemacht. Er berichtet von seiner Leidenserfahrung: „Weil ich hab monatelang zwölf Stunden täglich mit niemandem geredet“. Die Alternative sieht Robbie in einer Arbeit im Team im Krankenhaus und mit Patienten, die kommunikationsfähig sind.

„Nichtstun“ in der häuslichen Intensivpflege und die „befreiende“ Hektik des Krankenhauses

„Also erste paar Dienste, also erste Woche war ganz muss ich sagen schwierig, weil zum Beispiel in diesem, was ich früher gemacht habe, das war zwölf Stunden Dienst und von diesen zwölf Stunden hatte ich also, aktive Arbeit gab es vielleicht vier Stunden. Den Rest hat man nicht so viel zu tun. Also ich meine physisch oder sowas. Man kann sitzen, Dokumentation schreiben, aber Arbeit ist vier Stunden. Und ich hab auch bemerkt, dass ich faul geworden bin, ich hab zugenommen und alles, ja, es hat mir nicht gefallen.“ (Z. 1033–1040)

Robbie kommt auch auf einen eher unerwarteten Aspekt der Arbeit in der häuslichen Intensivpflege. Der lange Arbeitstag ohne zeitausfüllende Aufgaben sei extrem belastend. Es ist der Kontrast zwischen der Arbeit im Krankenhaus und der Arbeit in der häuslichen Intensivpflege, der Robbie motiviert, das lange Nichtstun als einen weiteren belastenden Faktor zu erwähnen. Er scheint am liebsten diesen Aspekt verdrängen zu wollen, weil er nicht an seine Arbeitsethik anknüpfen kann. Auf die Frage der Interviewerin, wie er die Arbeit im Krankenhaus erfahren hat, beschreibt Robbie, wie er am Anfang Schwierigkeiten hatte, das hektische Programm zu absolvieren. In der häuslichen Intensivpflege war der 12-Stunden-Tag nur zu einem Drittel mit aktiven Aufgaben gefüllt. Die restliche Zeit war eine Art Bereitschaftsdienst, währenddessen er zwar die Dokumentation schreiben müsse, die er aber im Sitzen erledige. Diese Art von Arbeitsorganisation habe einen schlechten Einfluss auf ihn und seinen Körper. Er sei „faul geworden“ und habe „zugenommen“. Die Tatsache, dass dies Teil der Antwort auf die Frage nach den Erfahrungen mit seiner neuen Stelle ist, zeigt, dass die Folgen des langen Nichtstuns für Robbie ein wichtiger Grund war, ins Krankenhaus zu wechseln.

Nachdem Robbie die Situation des langen Nichtstuns in der häuslichen Pflege beschrieben hat, wechselt er zu der heutigen Arbeitsstelle im Krankenhaus.

„Und erste Woche in Krankenhaus war ganz anstrengend. Ich musste also früher aufstehen [...] und dann also acht Stunden in Bewegung, das war also physisch ganz anstrengend, aber nach diese Woche also jetzt zweite Woche ist ganz schön.“ (Z. 1040–1044)

Die häusliche Intensivpflege mit dem langen, körperlich schädlichen Nichtstun steht im Kontrast zur Acht-Stunden-Arbeit im Krankenhaus, die Robbie als „acht Stunden in Bewegung“ beschreibt. Der Wechsel ins Krankenhaus stellt somit eine Normalisierung der Arbeit dar, in Form eines „normal“ hektischen Acht-Stunden-Arbeitstages mitsamt der Aktivitäten, die ihn physisch fordern, was er als eine erhebliche Verbesserung erfährt.

Wenig Chancen für Lernen und Selbstentwicklung

„Ganz, ganz unterschiedliche Sachen, ganz unterschiedliche, also in diesen 15 Tagen hab ich so viel gesehen, ich hab in zwei Jahre in Pflegedienst nicht so viel gesehen, was ich in diesen 15 Tagen gesehen habe. Ich hab mich in diesem Pflegebereich zu Hause gefühlt, als ob ich inkompetent bin, also ich lerne gar nichts jeden Tag ist das Gleiche. Also wenn ich morgens zur Arbeit gehe, ich weiß genau was ich mache, ich weiß genau was mich erwartet und das ist auch langfristig keine Lösung also. Aber das hier in Krankenhaus, also jeden Tag ist was anderes, also jeden Tag, wir haben zum Beispiel heute drei Leute werden entlassen und vier Leute werden aufgenommen. Also es ist schon ganz, ganz, ganz viel los. Und verschiedene Operationen, verschiedene Fälle, also verschiedene Untersuchungen. Morgens zum Beispiel Visite mit Ärzten, da kann schon man viel, viel lernen.“ (Z. 1107–1118)

Lernen und Selbstentwicklung erscheinen in der Erzählung als Elemente einer befriedigenden Arbeitsorganisation, die in der intensiven häuslichen Pflege fehlt haben. Robbie beschreibt den neuen Arbeitsplatz im Krankenhaus als den absoluten Kontrast zur häuslichen Intensivpflege, als einen Arbeitsplatz, der Lernen fordert und Selbstentwicklung ermöglicht. Die Arbeit in der häuslichen Intensivpflege war aufgrund der immer gleichbleibenden Aufgaben eher eine unbewegliche, statische Situation der Konfrontation mit einem einzigen Krankheitsbild und dadurch eine Situation des Nicht-Lernens und des Verlustes von Kompetenzen.

Zeitlich begrenzter Austausch mit den Kollegen beim Schichtwechsel und die Ambivalenz im Verhältnis zu den Vorgesetzten

Ein wichtiger Aspekt der Arbeitsorganisation in der häuslichen Intensivpflege ist, wie bereits erwähnt, die isolierte Arbeit. Kontakt zu den Kollegen findet nur innerhalb der 15-minütigen Schichtübergabe statt. Aus der Erzählung wird ersichtlich, dass Robbie während seiner Tätigkeit in der häuslichen

Intensivpflege zu manchen Kollegen auch privaten Kontakt hatte. Zudem wird das Verhältnis zu den Vorgesetzten ambivalent dargestellt.

„Und mit meinen Chefs, am Anfang war ein bisschen öfters, ich habe ein bisschen mehr Hilfe gebraucht. Bisschen mehr also beraten zu werden. Die mussten das eigentlich alles erklären, ich musste alle meine Dokumente und ich musste nicht, aber sie haben uns das angeboten, dass sie alle Unterlagen für Anerkennung schicken, weil das dann schneller geht, weil, wie gesagt, ich bin hierhergekommen, ich hab keine Ahnung wie was funktioniert, wo was ist, also das haben die gemacht und die haben uns dann auch die Anerkennung, die Schule und alles bezahlt, für uns. Aber die haben uns dafür nach der Anerkennung verpflichtet, zwei Jahre bleiben zu müssen. Also in dem Fall, dass ich zum Beispiel heute habe ich meine Anerkennung, meine Urkunde bekommen. Ich hab an dem Tag gekündigt, ich muss 2.400 Euro bezahlen. Also zwei Jahre jeden Monat 100 Euro. [...] Aber ich hab's gemacht trotzdem, weil ich konnte einfach nicht mehr. Ich war, es war mir ein bisschen, so ich konnte einfach das nicht mehr arbeiten. Ja wie gesagt, die haben uns dann das so organisiert, deswegen hab ich ein bisschen mehr Kontakt am Anfang mit den Chefs gehabt. Aber später war das nicht so nicht so intensiv, nach Bedarf. Weil die haben auch in diesem Pflegedienst zwei Pflegedienstleiter und die haben dann mit uns bisschen mehr Kontakt gehabt. Also Chefs waren einfach da, wenn es um irgendwas Besonderes geht oder wenn man so ein Problem hat oder irgendwas, was wir nicht mit Pflegedienstleiter lösen können dann waren die Chefs da. Ansonsten, ja. Also das Verhältnis allgemein mit Chefs und Pflegedienst war ganz in Ordnung, kann nichts Schlimmes sagen weil es war ganz, ganz, ganz in Ordnung.“ (Z. 826–864)

Der Kontakt zum Einrichtungsleiter wird in diesem Zusammenhang zwar als hilfreich eingeführt, auch im Zusammenhang mit der Anerkennungsprozedur und der Übernahme der anfallenden Kosten für die Sprachschule. Sein fehlendes Wissen über den Anerkennungsprozess würde sonst die Prozedur verlängern. Jedoch wird das Verhältnis zu dem Einrichtungsleiter und anderen Vorgesetzten durch die Modalitäten des Arbeitsvertrages überschattet, der die neu migrierten Pflegefachkräfte unter Androhungen von Strafzahlungen zwei Jahre lang nach erreichter Anerkennung des Pflegeabschlusses an den Betrieb bindet. Das Verhältnis wird ambivalent beschrieben: Die Vorgesetzten seien für ihn da gewesen, wenn er ein Problem hatte, das die Dienstleiter nicht lösen konnten. Doch die Tatsache der vertraglichen Bindung an den Betrieb durch Straf gelder verleiht dem Verhältnis zum Betrieb einen Zwangscharakter. Robbie erklärt, dass er trotz Strafzahlungen nicht mehr beim Pflegedienst habe bleiben können, er habe weg gemusst, sobald er die Anerkennung erhalten habe. Jedoch schließt er die Passage mit einer Mäßigung seiner Klage gegen die Vorgesetzten ab. Das Verhältnis zu ihnen sei

„ganz in Ordnung“ gewesen. Es scheint, dass er sich seiner „ethnischen Loyalität“ verpflichtet fühlt und das eben gezeichnete negative Bild wieder in Ordnung bringen möchte. Er beendet die belastende Arbeit in der häuslichen Intensivpflege, sobald er dies kann, d. h., nachdem er die Anerkennung seines Pflegeabschlusses erhalten hat und sich für einen Arbeitsplatz im Krankenhaus bewerben kann.

Außerbetriebliche Faktoren der betrieblichen Integration: Die restriktiven aufenthaltsrechtlichen Regelungen als Grund für den Verbleib im Betrieb

Das Verbleiben im Betrieb und das Nicht-Wechseln zu einem anderen haben wir eingangs als einen Grobindikator betrieblicher Integration betrachtet, ungeachtet der (Un)Zufriedenheit mit der Arbeit. In diesem Sinne können die aufenthaltsrechtlichen Barrieren, mit denen Migranten aus Drittstaaten in den ersten zwei Jahren nach Einwanderung beim Wechsel der Arbeitsstelle konfrontiert sind, als außerbetriebliche Faktoren, die die Pflegefachkraft an den Betrieb binden, betrachtet werden. Betriebliche Integration wird somit auf eine negative Art und Weise aufrechterhalten.

Robbie erklärt, dass für Migranten aus Drittstaaten der Wechsel der Arbeitsstelle in den ersten zwei Jahren schwierig sei, weil die Arbeitserlaubnis in dieser Phase an die Arbeit beim selben Arbeitgeber gekoppelt sei. Ein Wechsel des Arbeitgebers erfordert Rücksprache mit der Zentralen Arbeitsvermittlung, die die Arbeitserlaubnisse erteilt. Dies, zusammen mit der gesetzlichen Kündigungsfrist, macht den Wechsel zu einem langwierigen Prozess und erschwert damit die Verhandlungen mit einem neuen Arbeitgeber. Erst nach der Anerkennung des Pflegeabschlusses und dem Erhalt einer unbefristeten Arbeitserlaubnis ist für Migranten aus Drittstaaten ein reibungsloser Wechsel zu einem anderen Betrieb möglich.

Betriebliche Integration und biographische Planung

Die isolierte Arbeit im familiären Umfeld des Patienten versetzt die Pflegefachkraft von einem betrieblichen in ein familiäres Umfeld. Die Regeln der formalen Arbeit werden durch die Regeln der Familie durchkreuzt. Dadurch wird eine Integration in die Familie punktuell erzwungen, insbesondere wenn die Familie die Pflegefachkraft in die familiären Konflikte hineinzieht und/oder ihr die berufliche Pflegekompetenz abspricht. Diese familialisierende und „feudalisierende“ Integrationsdynamik widerspricht jedoch Robbies beruflichem Selbstbild und wird nur in Anbetracht eines baldigen Exits durchgehalten. Die Familialisierung der Pflegefachkraft wird begleitet von

der isolierten Arbeit und ihrer Abkoppelung vom Pflegebetrieb. Kollegen erscheinen nicht als Kontrahenten in der Aushandlung von Fachlichkeit, da die Arbeit ohne die Zusammenarbeit mit ihnen stattfindet. Der Kontakt mit ihnen ist nur innerhalb der kurzen Zeit der Übergabebesprechung möglich. Jedoch findet hier, gefördert durch die weitgehend ethnische Homogenität des Betriebes soziale Interaktion in der Freizeit statt. Konfliktuös ist das Verhältnis zur Einrichtungsleitung, nicht wegen differenter Verständnisses von Fachlichkeit, sondern wegen der die Handlungsfreiheit einschränkenden Bindungsklausel des Arbeitsvertrages.

Robbie entwickelt und verwirklicht Pläne für den Wechsel zu einer anderen Arbeitsstelle außerhalb der häuslichen Intensivpflege. Er kündigt und bewirbt sich erfolgreich in Krankenhäusern. Auch aus der radikal verbesserten Position im Krankenhaus heraus hat Robbie Pläne und Wünsche für die Zukunft, die einen erneuten Arbeitsplatzwechsel bedeuten könnten.

„Ich hab natürlich Wünsche, also wie gesagt [...] ich müsste auch ein Eigentumswohnung kaufen, oder Haus ich weiß nicht genau. Aber in dem Fall müsste ich also bestimmt woanders ziehen, weil hier es ist nicht machbar. Also ich hab auch die Möglichkeit, also dieser Freund, der arbeitet auch in eine Klinik, in anderer Stadt, der hat mir auch angeboten, ich könnte auch da gehen. Aber im Moment wollte ich das nicht machen, ich wollte lieber jetzt noch hier bleiben, ich weiß nicht, noch ein bisschen und dann vielleicht, in der Zukunft. Ich möchte auch Weiterbildung machen, also ich weiß nicht, was genau, ich kann mich noch nicht entscheiden, aber ich werde bestimmt was, aber im Pflegebereich, nicht was anderes. Weil ich bin schon 32, also ich hab keine Zeit jetzt was anders zu machen, dann da mich weiterzubilden. Also Weiterbildung unbedingt, aber im Pflegebereich. Aber das weiß ich noch nicht genau. Oder das ist immer noch mein Wunsch, ich möchte gerne in OP arbeiten. Also das ist was mir echt gefällt. Ich wollte auch gleich in die OP gehen, aber ohne OP-Ausbildung geht nicht. Deswegen habe ich entschieden, ich gehe dann lieber in die Chirurgie, das ist auch ähnlich. Dann kann ich Erfahrung sammeln und dann vielleicht nach zwei, drei, vier Jahren kann ich vielleicht für die OP konkurrieren oder sowas. Also ich hab schon darüber nachgedacht, mal sehen, was passiert.“ (Z. 1419–1440)

Bezüglich seiner Wünsche für die Zukunft benennt Robbie als erstes das Wohnungseigentum. Er verbindet Wohnungseigentum jedoch mit einem Umzug in eine andere Stadt und damit auch mit einem erneuten Arbeitsplatzwechsel. Er erwähnt, dass er darüber bereits mit einem Freund gesprochen habe, der ihm Informationen über eine Klinik in einer anderen Stadt gegeben habe. In dieser Stadt wäre der Wohnungskauf leichter. Die Wohnungsmarktsituation in der Region erwirkt also den Drang, den derzeitigen

Betrieb trotz Zufriedenheit zu verlassen. Er nimmt dennoch von einem Umzug Abstand, weil er „noch hier bleiben“ wolle. Der Themenwechsel vom Umzug in eine andere Stadt auf die Frage einer Weiterbildung wirft etwas Licht auf die Motive des Verbleibs und der Entscheidung gegen die schnelle Realisierung des Wohnungskaufs. Möglicherweise sieht Robbie in seiner jetzigen Einrichtung gute Chancen für eine Weiterbildung und beteuert gleichzeitig, dass diese Weiterbildung innerhalb des Pflegeberufs sein sollte. Die Idee, dass er im Alter von 32 Jahren bereits zu alt wäre, um sich beruflich umzuorientieren, scheint der Grund zu sein, der ihn im Pflegebereich hält. Das bedeutet, dass er durchaus diesen Bereich verlassen würde, wenn er sein Alter nicht als ein Problem sehen würde. Sehr zögernd formuliert er seinen Wunsch nach einer Weiterbildung für die Pflege im OP-Bereich.

Exit und Einstieg ins Krankenhaus: betriebliche Integration im Kontext der biographischen Gesamtgestalt

Betrachten wir die biographische Gesamtgestalt des Interviews, so hat Robbie im Vorfeld der Migration und vor dem Hintergrund von Erfahrungen von Ausschluss und ungerechter Behandlung im Herkunftsland bei seinem Versuch, einen Pflegearbeitsplatz in Deutschland zu finden, Hartnäckigkeit und Willen gezeigt. Ähnlich wie im Fall Antonios sind es die Vernetzungen hierzulande, die es ihm ermöglicht haben, in seinem Beruf in Deutschland tätig zu werden. Dennoch, anders als Antonios, der auf vorhandene familiäre und freundschaftliche Netzwerke zurückgreifen konnte, hat Robbie die benötigten Netzwerke mit Akteuren im Pflegefeld in Deutschland mit Hilfe der gemeinsamen ethnischen Herkunft selbst herstellen müssen. Seine Migration nach Deutschland ist eine autonome Migration, die die Barrieren des deutschen Arbeitsmarktes für Pflegefachkräfte aus Drittstaaten zu überwinden hatte.

Robbies berufliche Identität basiert zunächst auf einer intrinsischen Motivation für den Pflegeberuf. Jedoch leidet er bei seiner Pflegearbeit in der häuslichen Intensivpflege unter der Nähe zu nur einem Patienten und unter der spezifischen Arbeitsorganisation, die die bezahlte Pflegearbeit familiarisiert und im sozialen Sinne „feudalisiert“. Das Arbeitsverhältnis wird unter dem Druck der Familialisierung zu einem „vormodernen“ Arbeitsverhältnis, das Raum für Anerkennungsverweigerung schafft. Aus der Familialisierung der bezahlten Arbeit erfolgt, dass er mit der massiven Entwertung seiner beruflichen Kompetenz seitens der Familienangehörigen konfrontiert wird und in die unter ihnen aufkommenden stressbedingten Konflikte hineingezogen wird. Es sind hier nicht die „etablierten“ Kollegen, die Kompetenz-

entwertungen gegenüber dem neu Hinzukommenden formulieren, wie beispielsweise im Krankenhaus. Es sind die Familienangehörigen der zu pflegenden Person, die diese Rolle in einem Selbstprofessionalisierungsprozess übernehmen, der im Zuge der Pflegebegleitung des Familienangehörigen in Gang gesetzt wird. Somit verschieben sich hier die Strukturen der Entwertung der Fachlichkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte.

Sein Funktionieren unter den belastenden Arbeitsbedingungen ist anscheinend auch seiner Hartnäckigkeit und seinem Willen zu verdanken, seinen biographischen Plan zu verwirklichen, nämlich in seinem Beruf zu arbeiten, aber vor allem seine Lebensbedingungen zu verbessern. Im Interview stellt er sich als ein sich selbst Voranbringender dar und erzählt kaum über seine mit ihm migrierte Familie. Trotz einiger Vorteile für die Pflegefachkraft, nämlich Bündelung der Arbeitszeit und dadurch Erhöhung der Anzahl der freien Tage, belastet die Arbeitsorganisation Robbie psychisch und physisch. Er beklagt die einsame Arbeit und äußert sich trotzdem hier und da als Teil eines Kollektivs der Kollegen. Es scheint, dass unter den bosnischen Pflegefachkräften Freizeitkontakte und Austausch über die Arbeit stattfinden. Er kündigt, sobald er die formale Anerkennung seines Pflegeabschlusses erhält, d. h., sobald er die Statuspassage „Ankommen im Status der anerkannten Pflegefachkraft“ abgeschlossen hat. Er wechselt in das Krankenhaus über, wo er die erhofften konträren Bedingungen vorfindet: hohe Arbeitsdichte, Teamarbeit, wechselnde Patienten sowie Beständigkeit des Arbeitsplatzes.

Robbie sieht seine Zukunft in Deutschland, da sein Herkunftsland noch in der heftigen Nachkriegskrise steckt und keine Besserung in Sicht scheint. Sein Wunsch ist es deswegen, eine Wohnung oder ein Haus zu kaufen, wofür er einen weiteren Arbeitsplatzwechsel in Betracht zieht, da er glaubt, in einer anderen Stadt diesen Traum eher verwirklichen zu können. Er hat zwar praktische Schritte in diese Richtung unternommen, nämlich eine bestimmte Stadt und ein bestimmtes Krankenhaus ins Auge gefasst, scheint jedoch in einem Dilemma zu stecken, da er in der jetzigen Stelle die Chance sieht, sich für den gewünschten Beruf des OP-Pflegers zu qualifizieren. Robbie scheint an seinen Beruf nicht mehr emotional gebunden zu sein. Er würde sich gerne umorientieren, wenn er sich mit seinen 32 Jahren nicht bereits zu alt dafür halten würde. Aus diesem Grund verbleibt er im Pflegebereich und hat den Wunsch, im OP-Bereich zu arbeiten, wozu er aber erst eine Weiterbildung benötigt. Damit zeigt er sich aufstiegsorientiert – wenn auch innerhalb des Pflegesektors. Er möchte sich zu einem Bereich hinbewegen, der technikbetont ist und weniger mit der genuinen pflegerischen Körper- und Patientenarbeit zu tun hat. Ähnlich wie Antonios zeigt er, wie attraktiv der technikdo-

minierte und „Care-Arbeit“-freie OP-Bereich für männliche Pflegefachkräfte ist.

Dieser Fall zeigt, dass die häusliche Intensivpflege für autonom neu migrierte Pflegefachkräfte aus Drittstaaten ein Eingangstor in den Pflegesektor in Deutschland ist. Die Integration im familiären Arbeitskontext, die Arbeit und Kommunikation mit der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen findet unter heteronomen Bedingungen statt, was die Flexibilität der Pflegefachkraft immer wieder herausfordert. Zumindest für Robbie scheint die Exit-Strategie eine Notwendigkeit geworden zu sein. Er ist sogar bereit, auch die vertraglich festgelegten Straf gelder zu bezahlen, um den Arbeitsplatz so bald wie möglich zu verlassen.

3 Schlussfolgerungen aus den biographischen Fallanalysen

In diesem Abschnitt präsentieren wir Schlussfolgerungen aus den biographischen Fallanalysen. Dabei beziehen wir uns nicht nur auf die zuvor dargestellten exemplarischen Fälle, die das Typische des betrieblichen Integrationsprozesses darstellen, sondern auch auf die Analyseergebnisse aus dem Gesamt sample der 17 biographisch-narrativen Interviews (siehe Anhang, Gesamttabelle, Seite 167 ff.). Da jeder einzelne Fall Auskunft über das Verhältnis von Individuellem und Allgemeinem und somit Hinweise auf das Allgemeine im Besonderen gibt (vgl. Rosenthal 2008: 75), wurden letztendlich Typen hinsichtlich des in der Biographie eingebetteten betrieblichen Integrationsprozesses gebildet. Eine Typenbildung im gestalttheoretisch-strukturalistischen Sinne bedeutet, dass die Konstitutionsregeln des Typus rekonstruiert werden (ebd.: 76). Demnach werden dann strukturell ähnliche aber auch unterschiedliche Einzelfälle miteinander verglichen (Glaser/Strauss 1967), um eine theoretische Verallgemeinerung zu ermöglichen. Ein zentrales Ergebnis war die Entdeckung der Grundstruktur der ambivalenten Anpassung in allen Interviews. Dies zeigt sich in der verbreiteten Erfahrung der verweiger ten elementaren und fachlichen Anerkennung, in vielen Fällen in einer Art von Trauer um den Verlust von akademisch-medizinnahen Fachlichkeitsanteilen, in der Unmöglichkeit, das Pflegeideal zu praktizieren oder sich beruflich weiterzuentwickeln.

Die dargestellten Fallanalysen repräsentieren Ausprägungen der Struktur der ambivalenten Anpassung entlang der Dimension der Betriebsbindung, wie sie in dem Grobindikator Exit vs. Verbleib zum Ausdruck kommt. Es hat sich gezeigt, dass in den drei unterschiedlich strukturierten Gesundheitsarbeitsfeldern unterschiedliche Handlungstypen rekonstruiert wurden. Das

Krankenhaus, in dem Teamarbeit am ehesten stattfindet, ist durch die Figuration von Etablierten und Außenseitern charakterisiert. Hier lassen sich drei typische Umgangsformen mit den Problemen der betrieblichen Integration erkennen: 1) Leiden und Verbleib, 2) Kampf und Exit sowie 3) Aufnahme des Neuen und Pflegearbeit als Moratorium. In den Altenpflegeeinrichtungen, wo die Pflege eher in Einzelarbeit durchgeführt wird, wurde die Struktur des Widerspruchs zwischen Fürsorgeideal und Zeitdruckzwängen rekonstruiert. Diese Struktur diskutieren wir in zwei typischen Ausprägungen: 1) Enttäuschung und Verbleib sowie 2) Engagement für die Familie und unsicherer Verbleib. Im Bereich der häuslichen Intensivpflege haben wir die Struktur des Familialisierungsdrucks in der Pflegearbeit herausgearbeitet. Hier zeichnen sich ein geschlechterdifferenter Umgang entlang der 1) Akzeptanz oder 2) Ablehnung der Belastungen der familialisierten Pflegearbeit und eine entsprechend differente Orientierung auf Exit oder Verbleib ab.

Außer der Grundstruktur der ambivalenten Anpassung wurde die Statuspassage „von der arbeitssuchenden Pflegefachkraft im Herkunftsland zu einer formal anerkannten Pflegefachkraft in Deutschland“ als biographische Struktur herausgearbeitet. Statuspassagen sind als biographische Prozesse (Hoerning 1977, 1978) zu verstehen, die durch verschiedene formelle und informelle Stadien und Übergänge, Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen gekennzeichnet sind. In der folgenden zusammenfassenden Diskussion richtet sich der Fokus auf die Erläuterung der Stationen der hier zur Diskussion stehenden Statuspassage: Migrationsprozess, Übergang in die jeweilige Pflegeeinrichtung und formale Anerkennungsprozedur der im Ausland erworbenen Pflegeabschlusszeugnisse. Dabei erläutern wir die Spannungsfelder und Konfliktpotentiale, die sich in der Anfangszeit im Betrieb aufbauen.

Migrationsentscheidung im Nexus prekärer Arbeitsverhältnisse im Herkunftsland und Pflegefachkräftemangel in Deutschland

Unsere Interviewanalyse weist darauf hin, dass die prekäre sozioökonomische Lage in den Herkunftsländern die neu migrierten Pflegefachkräfte dazu veranlasst, nach besseren Berufschancen im Ausland zu suchen.²⁷ Da der in Deutschland herrschende Pflegefachkräftemangel in den Herkunftsländern der Interviewten bekannt gemacht und in manchen Ländern auch aktive An-

27 Im Allgemeinen ist die Arbeitsmigration eine Strategie, begrenzten Möglichkeiten und sozioökonomisch unsicheren Lagen im Herkunftsland zu entfliehen beziehungsweise sie zu überwinden. Dementsprechend beeinflusst die Vorstellung von besserem Leben/besseren Zukunftsperspektiven in der Migration die Migrationsentscheidung (vgl. Hoffmann-Riem 1994).

werbung betrieben wird, ergibt sich hieraus eine attraktive Möglichkeit der Arbeitsmigration.²⁸

Da jedoch nicht jeder Mensch, der sich in einer sozial prekären Lage befindet, Mobilitätsbereitschaft zeigt und bereit ist, im Ausland Arbeit zu suchen, stellt sich die Frage nach weiteren Faktoren, die die Migration begünstigen. Die Interviewanalyse zeigt, dass bestimmte biographische Erfahrungen, wie etwa Migrationserfahrungen und familiäre Migrationsmuster sowie transnationale familiäre Netzwerke die Mobilitätsbereitschaft begünstigen und die Migrationsentscheidung beeinflussen.

Unsere Analyse hat zudem gezeigt, dass es die unterschiedlichen Wahrnehmungen der sozioökonomischen Krisen im Herkunftsland sind, die die Temporalität des Migrationsprojektes bedingen. Ob eine baldige Verbesserung der Situation erwartet wird, wie etwa von den portugiesischen und spanischen Interviewten, oder im Gegenteil die Krise als diffus unbegrenzt erlebt wird, wie dies am Beispiel der Interviewten aus Bosnien und Herzegowina, aus Griechenland, aber auch aus den Transformationsländern Osteuropas festgestellt wurde, ist für die Gestaltung der Migration als temporär oder permanent von hoher Relevanz.

Die neuere Migration in den Pflegesektor als familiales Projekt

Unsere Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei den neu migrierten Pflegefachkräften weitgehend nicht um eine individuelle, sondern um eine Familienmigration handelt. In mehreren Interviews wird die Migrationsentscheidung als ein Prozess der intersubjektiven Kommunikation und Abwägung von Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Aushandlung von Interessen zwischen den Familienmitgliedern bzw. den Partnern dargestellt, so dass die letztendliche Entscheidung, nach Deutschland zu gehen, meist zusammen mit der Familie oder der Partnerin bzw. mit dem Partner getroffen wurde. Demensprechend erfolgt die Migration nach Deutsch-

28 Netzwerke, offizielle Informationskanäle, Vermittlungs- und Anwerbeagenturen, staatliche Institutionen, die über Arbeitsmöglichkeiten im Ausland informieren, beispielsweise durch Öffentlichkeitsarbeit von Konsulaten und Botschaften vermitteln Wissen über die Arbeitschancen in Deutschland. Auch die über Massenmedien und andere Kommunikationskanäle entstandenen Imaginationen vom Anwerbeland/Migrationsland und die strategisch entworfenen Bilder innerhalb des Anwerbungsprozesses verbreiten ein „Versprechen“ über gute Arbeit, guten Verdienst und ein besseres Leben (Hoffmann-Riem 1994). Imaginationen und wahrgenommene „Versprechen“ formen die Motivationen zur Auswanderung, bilden die Grundlage für Erwartungen, wie auch für in Konfrontation mit der Realität entstehende Enttäuschungen und beeinflussen damit auf lange Sicht sowohl den sozialen als auch den betrieblichen Integrationsprozess sowohl positiv als auch negativ.

land als ein gemeinsames Projekt, wobei die Familie und die Partnerin bzw. der Partner oft mit einer zeitlichen Verzögerung der vorher nach Deutschland migrierten Pflegefachkraft folgten. Wie die Experteninterviews zeigen, wird die Familieneinbettung der Pflegefachkräftemigration von Arbeitgebern und Anwerbeorganisationen oftmals ausgeblendet. Die soziale Integration der Familienangehörigen ist wiederum für die betriebliche Integration nicht unwesentlich. Sie beeinflusst – wie wir gezeigt haben – sowohl direkt als auch indirekt die Bleibe- oder Rückkehrabsichten, die Betriebsbindung und damit letztendlich die betriebliche Integration.

Das Ineinandergreifen von autonomer Migration und Migration durch Anwerbung

Die am Anfang unserer Forschung vermutete Polarität einer autonomen, von den Pflegefachkräften selbst initiierten Migration und einer durch die Anwerbungsprozedur begleiteten Migration hat sich nicht bestätigt. Es hat sich eher gezeigt, dass sich diese Migrationsformen überlappen können. Beispielsweise sind es häufig aktiv nach Migrationschancen Suchende, die den Weg zu den Anwerbeaktionen finden.

Zudem unterscheiden sich die Migrationsprozesse in Bezug auf den Zugang zu unterschiedlichen Pflegesektoren (Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege/häusliche Intensivpflege). Altenpflegeeinrichtungen greifen seltener, ambulante Pflegeeinrichtungen kaum auf Anwerbeprogramme zurück. So spielten im Bereich der ambulanten Pflege/häuslichen Intensivpflege und der Altenpflegeeinrichtungen die transnationalen ethnischen sozialen Netzwerke in diesen Pflegesektoren eine wichtige Rolle bei der autonomen Migration, bei der Arbeitssuche sowie bei der Arbeitsvermittlung. In vielen Fällen wurde auf die Möglichkeiten der neuen Kommunikationsmittel, wie beispielsweise auf das Internet, bei der Arbeitssuche zurückgegriffen, da sie den Zugang zu wichtigen Informationen und einen schnellen Kontakt zum potentiellen Arbeitgeber über große Distanzen hinweg ermöglichen.

Anwerbung, formaler Anerkennungsprozess und betriebliche Integration

Die Stationen der Statuspassage „Ankommen im Status einer anerkannten Pflegefachkraft“ sind mit erheblichen Unsicherheiten verbunden: Zum einen das Bestehen der Auswahlkriterien des Anwerbeprozesses – und für die Migranten aus Drittstaaten der Erhalt des Visums – und zum anderen das Bestehen der mit unterschiedlichen Prüfungen umrahmten formalen staatlichen Anerkennung des Pflegeabschlusses.

Aus der Perspektive der interviewten Pflegefachkräfte gestaltete sich der Anwerbeprozess unter einem hohen Zeitdruck – beispielsweise bei der Entscheidung zur Teilnahme an der Anwerbeprozedur – und verlangte hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit schon im Vorfeld. Der Zeitdruck vermischte sich anschließend mit einem hohen Leistungsdruck seitens der Vermittlungsagenturen und der zukünftigen Arbeitgeber in Bezug auf das Erlernen der sowohl für die Pflegepraxis als auch für die formale Anerkennung benötigten deutschen Sprache auf dem Zertifikatsniveau B1 oder B2.

Während die angeworbenen Pflegefachkräfte durch das Anwerbeprogramm nicht nur Hilfe bei der Erledigung bürokratischer Formalitäten der Anerkennung des Pflegeabschlusszeugnisses, sondern auch finanzielle Unterstützung für den Deutschkurs erhielten, waren manche der autonom Migrierten beim Anerkennungsprozess auf sich allein gestellt. Unterschiede bei der Hilfestellung zum Anerkennungsprozess konnten wir auch zwischen den Pflegeeinrichtungen feststellen: Während Krankenhäuser bei Anerkennungsverfahren und Spracherwerb Hilfeleistung anboten, gab es in den Altenpflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Pflege/häuslichen Intensivpflege weniger Hilfestellungen. Das Vorhandensein bzw. das Fehlen solcher Angebote beeinflusste wiederum erheblich den Prozess der formalen Anerkennung der Pflegeabschlusszeugnisse. Damit funktionierte das Anwerbeprogramm unterstützend und ermöglichte eine schnellere formale Anerkennung, während die formale Anerkennung bei den autonom Migrierten – insbesondere bei den Drittstaatlern, die für die formale Anerkennung Auflagen erfüllen müssen – oft einen unsicheren Prozess darstellte. Die autonom migrierten Interviewten betonten in diesem Zusammenhang ihre Machtlosigkeit den Institutionen gegenüber sowie die Unsicherheit und Angst, die formale Anerkennung möglicherweise nicht zu bekommen. Das Bemühen um zusätzliche notwendige Unterlagen und Zeugnisse aus dem Herkunftsland sowie der Besuch von Deutschkursen stellen Zeit- und Geldinvestitionen dar, ohne den erfolgreichen Ausgang des Anerkennungsverfahrens zu garantieren. Darüber hinaus verlangt diese Situation das Aushalten eines hohen Maßes an Unsicherheit, da die Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis sowie die Möglichkeit, als Pflegefachkraft zu arbeiten, von der formalen Anerkennung abhängen. Die Anstellung als Pflegehilfe während des laufenden Anerkennungsprozesses bedeutet, unter Qualifikation und dementsprechend auch mit einer niedrigeren Vergütung zu arbeiten. Die Unsicherheit der Statuspassage ist stärker für die Nicht-EU-Pflegefachkräfte gegeben, weil sie in der Regel auch fachliche und nicht nur sprachliche Prüfungen ablegen müssen.

Die Analyse hat gezeigt, dass die Aufnahme in die Anwerbeprozedur von den Angeworbenen als subjektiv ermächtigend erlebt wurde. Denn sie wurden unter mehreren Kandidaten ausgewählt und damit in ihren Kompetenzen bestätigt. Die formale Anerkennungsprozedur hatte wiederum durch die Entwertung der akademischen Qualifikation und insbesondere für die autonom migrierten Pflegefachkräfte wegen der Unsicherheit und Offenheit der Prozedur wiederum frustrierende und entmächtigende Wirkungen.

Spannungsfelder und Konfliktpotentiale

Im Interviewmaterial konnten wir zwei verschiedene Spannungsfelder und Konfliktpotentiale rekonstruieren. Zum einen die reflexive Auseinandersetzung mit der erlebten Diskrepanz zwischen mitgebrachten und erwarteten fachlichen Kenntnissen und Kompetenzen und zum anderen die konflikthafte Interaktionen im Arbeitsalltag.

Die formale Anerkennung der Abschlüsse als paradoxe Anerkennungs- und Entwertungserfahrung zugleich

Unsere Forschung zeigt, dass die formale Anerkennung der Bildungsabschlüsse für die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte eine paradoxe Erfahrung darstellt. Auf der einen Seite ist die Anerkennung des Abschlusses die Voraussetzung dafür, dass sie in der deutschen Pflegebranche von der Position der Pflegehelferin bzw. des Pflegehelfers, die sie anfangs einnehmen müssen, auf die Position der Pflegefachkraft aufsteigen können. Damit können sie nicht nur in der Arbeitsorganisation mehr Verantwortung übernehmen, sondern auch ein höheres Gehalt beziehen. Auf der anderen Seite wird die durch den formalen Anerkennungsprozess stattfindende Gleichstellung des im Ausland erworbenen akademischen Pflegeabschlusses mit dem Abschluss deutscher Ausbildungsinstitutionen als eine de facto formale Abwertung erlebt.²⁹

Auf der Grundlage der Interviews scheint die akademische und medizinisch ausgerichtete Ausbildung der neu migrierten Pflegefachkräfte in der Praxis keine Würdigung zu erhalten. Bei der Anwerbung und Anerkennung des Abschlusses findet eher ein Prozess der Abwertung des „kulturellen Kapitals“ (Bourdieu 1983) statt. Zugleich stellt die in Deutschland verlangte Grundpflege keinen beruflichen Verantwortungsbereich der Pflegefachkräfte im Herkunftsland dar. Diese Arbeit gehört in den meisten Fällen zum Zustän-

29 Vgl. „kulturelles Kapital“ (Bourdieu 1983) und dessen Abwertung in der Migration (Nohl et al. 2010).

digkeitsbereich von Pflegehilfskräften oder Angehörigen der Patienten. Diese Anforderungsdiskrepanz verlangt von der neu migrierten Pflegefachkraft eine Auseinandersetzung mit der Verschiebung des Berufsbildes von einer pflegerisch-„medizinischen“ zur ausschließlich pflegerischen Tätigkeit und führt oft zu einem Gefühl der verweigten Anerkennung, da die vorherigen medizinnahen Arbeitserfahrungen im Arbeitskontext nicht anerkannt werden. Somit entsteht eine Diskrepanz zwischen dem professionellen Selbstbild und dem früheren Verantwortungsbereich auf der einen Seite und den tatsächlichen Tätigkeiten und Erwartungen im Betrieb auf der anderen Seite. Diese Diskrepanz führt in den Interviews immer wieder zu einem permanenten wertenden transnationalen Vergleich der Qualifizierungsinhalte und der Pflegepraxis im Herkunftsland mit der in Deutschland üblichen und zu einer Art „Trauerarbeit“ (Glaser/Strauss 1974) über den „Verlust“ von Anteilen beruflicher Identität. Eine Ausnahme bilden die im OP-Bereich Arbeitenden, die den Verlust von akademischen Fachlichkeitsanteilen nicht thematisieren. Denn in diesem Arbeitsbereich unterscheidet sich die Arbeit in Deutschland nicht von der im Herkunftsland. In diesem Bereich ist die Arbeit technikorientiert und das Prinzip der körper- und kommunikationsbezogenen Grundpflege findet hier keine Anwendung. Insgesamt verlangt die Anpassung an die Betriebspraxis einerseits das „Umlernen“ von eigenen erworbenen Kenntnissen und Kompetenzen; andererseits sind die neu migrierten Pflegefachkräfte mit der Erwartung der Anwendung von bereits vorhandenen Kenntnissen in der Praxis konfrontiert. Dies führt gelegentlich zu widersprüchlichen Kommunikationsinhalten in der kollegialen Interaktion.

Bezüglich der Anpassung an die Anforderungen im Betrieb und der Verarbeitung der Ausblendung der medizinnahen Anteile der beruflichen Identität wurde festgestellt, dass für den Umgang mit der Entwertung der akademischen und medizinnahen Fachlichkeitsanteile, die Berufserfahrung von Bedeutung ist. Es scheint diesbezüglich einen signifikanten Unterschied zwischen „jüngeren/weniger Berufserfahrenen“ und „Berufserfahrenen“ zu geben. Während die erfahrenen neu migrierten Pflegefachkräfte die erforderliche Anpassungsleistung als Autonomieverlust bezüglich der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und somit als eine Schwächung ihrer Fachlichkeit deuteten, wurde die angeforderte Anpassung von jüngeren/weniger Berufserfahrenen als ein positiver Lernprozess dargestellt. Die jüngeren und weniger Berufserfahrenen waren bereit, ihre Fachlichkeit durch das Lernen von Neuem zu erweitern. Jedoch wird die Pflegearbeit von den Jüngeren/weniger Berufserfahrenen als eine Art „Moratorium“ (Erikson 1966) erlebt, als eine offene Orientierungs- und Übergangsphase, in der sie sich mit einer beruflichen

Neuorientierung auseinandersetzen können. Die Zukunft bleibt offen für anchlussfähige Weiterbildungen oder berufliche Umorientierungen.

Konflikte der Fachlichkeitsaushandlung und ihre Interpretation

Die Analyse der biographisch-narrativen Interviews hat gezeigt, dass die Gleichstellung der akademischen Pflegeabschlüsse mit dem Ausbildungsabschluss der Einheimischen sowie die Diskrepanz zwischen akademischer Berufsidentität und hiesiger Pflegepraxis erhebliche Konfliktpotentiale beinhaltet. In den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsbetriebe, dem Krankenhaus, der Altenpflegeeinrichtung und der ambulanten Pflege/häuslichen Intensivpflege wird Professionalität im Pflegealltag, nämlich das Verständnis der Beteiligten darüber, was Pflegearbeit ist, wie sie gemacht wird, wer das Sagen hat, wessen Arbeit mehr wert ist usw., zu einem zentralen Aushandlungs- und Konfliktthema. Dies stellt eine Herausforderung für die Gestaltung der interaktiven alltäglichen Arbeitsabläufe dar und fordert zugleich die institutionellen Strukturen heraus.³⁰

Zudem bestehen Unterschiede zwischen dem Krankenhaus, der Altenpflegeeinrichtung und der ambulanten Pflege/häuslichen Intensivpflege, die strukturell angelegt sind. Die Arbeit im Krankenhaus erfordert Teamarbeit und beinhaltet somit auch mehr Interaktion mit den Kollegen, während dies in der Arbeit in der Altenpflegeeinrichtung weniger der Fall ist. Demgegenüber findet die Arbeit in der ambulanten Pflege/häuslichen Intensivpflege als isolierte Einzelarbeit statt.

Obwohl die meisten Interviewten zunächst ein positives Bild von ihrer Einrichtung und den Arbeitsbedingungen zu liefern versuchten, thematisierten sie jedoch auch problematische Erfahrungen der Missachtung und Respektlosigkeit. Im Folgenden möchten wir den Blick auf die Spannungsverhältnisse, die den betrieblichen Integrationsprozess erschweren, richten.

Im Krankenhaus

Die Interviews weisen darauf hin, dass es immer wieder Konflikte zwischen den „Etablierten“ und den neu migrierten Pflegefachkräften bezüglich der Wissenskommunikation auftauchen. Solche Konflikte entstehen, weil das für die Arbeitsorganisation notwendige Wissen von den Etablierten zurückgehalten, bzw. nicht verständlich erklärt wird. Das bedeutet, dass die Anpassungsarbeit, die von den neu migrierten Pflegefachkräften verlangt wird,

30 Zu diesem Thema ist in den letzten Jahren die Frage der interkulturellen Öffnung der Institutionen breit diskutiert worden. Siehe dazu zum Beispiel Vanderheiden/Mayer (2014).

durch das Zurückhalten von Wissen und wegen der nicht ausreichenden Einführung in die alltäglichen Arbeitsabläufe erschwert wird. Für die neu migrierten Pflegefachkräfte entstehen hieraus Unsicherheiten, die das Konfliktpotential im beruflichen Alltag erhöhen.

Die neu Migrierten betrachten das Zurückhalten des notwendigen Wissens als Missachtung ihrer Person und ihrer Fachlichkeit. Ein solches Verhalten beeinflusst den Arbeitsalltag und die Teamarbeit negativ. Die Integration in den Betrieb wird dadurch erschwert, dass die „Etablierten“ wenig Engagement für eine Zusammenarbeit zeigen. Das Nicht-Kommunizieren und das Wissen-nicht-Weitergeben festigt die Hierarchie zwischen den „Etablierten“ und den neu Hinzugekommenen.

Die meisten Interviewten berichten, dass die Einführung in die Arbeitsabläufe von der arbeitgebenden Einrichtung gleich bei Ankunft organisiert worden sei. Sie erwähnen in diesem Zusammenhang „Willkommensaktionen“, Mentoring-Angebote und Einführungshilfen, die das Ankommen der neu migrierten Pflegefachkräfte in der Einrichtung erleichtern sollten. Da diese Hilfen meistens nur für begrenzte Zeit vorgesehen waren, wurden die neu migrierten Pflegefachkräfte jedoch ziemlich bald in ihren Verantwortungsbereichen alleine gelassen. Sie berichten über das Gefühl, dass die institutionellen Unterstützungsstrukturen allzu früh entfallen seien. Statt weiterer Unterstützung wird von ihnen eine schnelle Anpassung an die betrieblichen Abläufe erwartet.

Insgesamt sind Konfliktsituationen als symbolische Kämpfe um die Macht der „Etablierten“ gegenüber den neu Hinzugekommenen zu deuten. Wiederannäherungsversuche der „Etablierten“ zeigen, dass das von den neu migrierten Pflegefachkräften erfahrene unkollegiale Verhalten der symbolischen Bestätigung von Machtungleichheit diene. Zudem können die symbolischen Grenzziehungen von Geschlechterkämpfen durchdrungen sein, wie wir dies am Beispiel des OP-Pflegers aufgezeigt haben. Es ging dabei darum, den neuen männlichen Kollegen in einem frauendominierten Team in die Schranken zu weisen.

Die Sprachkompetenz erscheint in den meisten Interviews als Macht, als Hierarchisierungs- und Distinktionsmittel zwischen den neu migrierten Pflegefachkräften und den „Etablierten“. Sie verdeutlicht die hierarchisch höher geordneten Positionen von „Etablierten“ auf der einen Seite im Verhältnis zu den zu „Schülern“ und „Lernenden“ degradierten neu migrierten Pflegefachkräften auf der anderen Seite. In den alltäglichen Interaktions- und Arbeitsorganisationsprozessen werden die neu Migrierten aufgrund ihrer unvollständigen Deutschkenntnisse zu „Außenseitern“ gemacht. Die als „unfreundlich“

bezeichnete Haltung der „Etablierten“ – die von manchen Interviewten als „die Deutschen“ identifiziert werden, obwohl auch Migranten aus früheren Einwanderungen dabei sind – wird moniert. Manche Handlungs- und Kommunikationspraktiken werden als herabwürdigend erlebt, und von einigen Interviewten, als eindeutiger Ausdruck rassistischer Haltungen gedeutet. Andere zeigen eine unsichere Haltung im Hinblick auf die Interpretation des Verhaltens der Etablierten und äußern den Verdacht auf Rassismus. Neu migrierte Pflegefachkräfte thematisieren auch verschiedene materiell benachteiligende Behandlungen und Diskriminierungserfahrungen in ihrem Berufsalltag, etwa was die Besoldung oder Urlaubszuteilung betrifft.

Andererseits stiftet die den neu migrierten Pflegefachkräften zugeschriebene Minoritäts- bzw. Außenseiterposition unter ihnen Gemeinschaft. Die geteilten Ausschlusserfahrungen der mit mangelnden Sprachkenntnissen ausgestatteten „Anderen“ scheinen eine Grundlage für gegenseitiges Verstehen im Arbeitsalltag und für eine Gruppenbildung zu liefern. Dementsprechend wird die gegebene ethnische Vielfalt des Betriebes als Unterstützungsstruktur erlebt (vgl. auch Batnitsky/McDowell 2011). Dies ermöglicht – trotz der nicht perfekten Sprachkenntnisse der Beteiligten – gegenseitiges Verstehen, Kompensation für verweigerte Anerkennung von den „Etablierten“ und eine gemeinsame reflexive Auseinandersetzung mit Fremdheits- und Diskriminierungserfahrungen. In diesem Kontext wird „normative Arbeit“ (Dubet 2008) geleistet, indem Erfahrungen vor dem Hintergrund von Gerechtigkeitsüberlegungen kommentiert und ausgetauscht werden.

In der Altenpflegeeinrichtung

Im Vergleich zu den Interviewten aus den Krankenhäusern berichten jene aus den Altenpflegeeinrichtungen weniger von Konflikten mit Kollegen, sondern eher von empfundenen Fachlichkeitsdiskrepanzen. So wird der Verlust der medizinischen Anteile der Fachlichkeit in der tagtäglichen Pflegearbeit als schmerzhaft erlebt. Zudem wird die Anstellung als Pflegehilfskraft, die teilweise mit Aufgaben einer Pflegefachkraft betraut wird, als ungerecht, doch als eine notwendige Übergangsphase in den Status der anerkannten Pflegefachkraft erlebt.

Der Zeitmangel führt in der Altenpflege, wo meistens eine große Anzahl von Bewohnern pro Pflegekraft vorgesehen ist, zu einer auf die Grundpflege reduzierten Pflegepraxis, die kaum Zeit für die „emotionale Arbeit“ (Hochschild 1979) zulässt. Gerade die Verunmöglichung der emotionalen Arbeit in der Pflege wird von den neu migrierten Pflegefachkräften als belastend empfunden, denn sie betonen die Zentralität der Kommunikation und emotiona-

len Zuwendung für ihr professionelles Selbstverständnis. Die knappen Organisationsressourcen in den Altenpflegeeinrichtungen führen zudem zur Intensivierung der Arbeit und zu hoher körperlicher Belastung und daraus entstehenden Gesundheitsproblemen. Da die Pflegearbeit in der Altenpflegeeinrichtung meist individuell und bewohnerorientiert stattfindet, ermöglicht sie wenig Austausch und gegenseitige Hilfe unter den Pflegenden. Somit scheint sich in der Pflegepraxis der neu migrierten Pflegefachkräfte eine Art von Trauer um den Verlust der medizinischen Anteile der Fachlichkeit mit der Trauer um den Verlust der Emotionalität in der Pflegepraxis zu vermischen.

In der häuslichen Intensivpflege

Die häusliche Intensivpflege stellt ein besonderes Arbeitsfeld dar, da dort die Pflegearbeit im Haushalt der zu pflegenden Person stattfindet. Durch die Überlappung von privater und öffentlicher Sphäre gerät die bezahlte Pflegearbeit unter Familialisierungsdruck (Kontos 2013, Kontos/Bonifacio 2015). Bezüglich des Umgangs mit dieser Struktur lassen sich zwei auf Geschlechterdifferenz bauende Typen erkennen. Der Typus der Akzeptanz (1) zeigt, wie der Familialisierungsdruck seitens der Familie der Pflegepatientin von der Pflegerin akzeptiert und angenommen wird, während der Typus der Ablehnung (2) verdeutlicht, wie der Pfleger den Familialisierungsdruck als Grenzverletzung und Missachtung seiner Professionalität erfährt. Was den Konflikt um die Fachlichkeit betrifft, findet dieser hier als Auseinandersetzung mit den Familienangehörigen statt, die, infolge eines Selbstprofessionalisierungsprozesses, der Pflegefachkraft gelegentlich die Kompetenz absprechen und besser zu wissen glauben, wie gute Pflege zu leisten sei.

Außerbetriebliche Faktoren der betrieblichen Integration und der Betriebsbindung

Unsere Forschung zeigt, dass die betriebliche Integration und Bindung nicht alleine aus den innerbetrieblichen Machtstrukturen zu erklären ist, sondern auch von anderen, im Betrieb nicht unbedingt sichtbaren, außerbetrieblichen Faktoren abhängt.

Die soziale Integration der mitmigrierten Familienangehörigen erweist sich in den Erzählungen als ein wichtiger Faktor für die Entscheidung der Pflegefachkraft, im Betrieb zu bleiben oder in das Herkunftsland zurückzukehren. Schulische Probleme der Kinder oder Arbeitslosigkeit des Ehemannes motivieren manche zur Rückkehr. Gleichzeitig ist es die Zufriedenheit mit der Betreuung des heranwachsenden Kindes durch lokale Sozialarbeits-

rinnen, was eine andere Pflegefachkraft motiviert, trotz Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen beim Arbeitgeber zu bleiben. Es ist der Wunsch, eine Wohnung oder ein Haus zu kaufen, der einige dazu bewegt, einen Umzug in eine andere Stadt zu erwägen und damit den Betrieb zu verlassen, obwohl Zufriedenheit mit dem Betrieb vorliegt. Aber auch die familiären Verhältnisse im Herkunftsland können die Bleibe- oder Exit-Absichten beeinflussen und somit einen indirekten Einfluss auf die betriebliche Bindung haben. Beispielsweise kann die Haltung der Eltern im Herkunftsland trotz hoher Unzufriedenheit und des Rückkehrwunsches der Pflegefachkraft für den Verbleib im Betrieb entscheidend sein. Der Verbleib ist dann ein familiärer Auftrag, den die Pflegekraft zu erfüllen hat. Auch die sozioökonomische und politische Lage im Herkunftsland kann ausschlaggebend, nicht nur für den Verbleib, sondern auch für die Rückkehr sein.

Umgang mit den Spannungsfeldern und Konflikten am Arbeitsplatz – Bewältigungsstrategien, pragmatische Integration und Exit

Wie oben dargestellt, lassen sich in den biographisch-narrativen Interviews reflexive Auseinandersetzungen mit dem Übergang in den Pflegesektor und in den formal anerkannten Status der Pflegefachkraft in Deutschland und mit den damit einhergehenden Anerkennungs-, Missachtungs- und Entwertungserfahrungen rekonstruieren. Dementsprechend wurden nicht nur Konfliktpotentiale und Konflikte, sondern auch verschiedene Bewältigungsstrategien in Bezug auf die Anforderungen der „Anpassung“ an fachliche, betriebliche und arbeitsbezogene Abläufe herausgearbeitet. Obwohl die Verteidigung eigener Professionalität in den „Nebenschauplätzen“ der Arbeit, beispielsweise in der Gruppe der neu migrierten Pflegefachkräfte oder der ethnischen Gruppe stattzufinden scheint, wurden auch im Arbeitsprozess Bewältigungsstrategien bezüglich der Diskrepanz der beruflichen Identität und der Berufspraxis sichtbar. Zudem fanden häufiger informelle Aushandlungen der Tätigkeiten und des Verantwortungsbereichs (beispielsweise Aushandlungen mit Ärzten über die Ausführung medizinischer Tätigkeiten, wie Kanüle legen, u. Ä.) statt, die die Möglichkeit boten, Anteile der medizinnahen Fachlichkeit wieder zu praktizieren. Andere berichten von der Erfahrung einer imaginären Umkehrung der Wissenshierarchie, da sie in manchen Situationen die Rolle übernehmen, neuen Ärzten Informationen über Arbeitsabläufe geben zu müssen. Manche Interviewten haben den offenen Konflikt nicht gescheut und sich an Vorgesetzte gewandt. In Fragen der materiellen Benachteiligung, wie in Bezug auf das Gehalt oder die Urlaubsplanung, haben sich auch einige wenige Interviewte an den Betriebsrat/Personalrat ge-

wandt. Einige, insbesondere die jüngeren Pflegefachkräfte, reagierten wiederum auf das Konfliktpotential und auf die Anpassungsanforderungen mit der Entwicklung einer Lernstrategie des intensiven, systematischen Lernens und Umlernens. Über die individuellen Bewältigungsstrategien hinaus lassen sich Vergemeinschaftungstendenzen der neu Migrierten, insbesondere in den Krankenhäusern und durch den Rekurs der Interviewten auf kollektive Diskurse feststellen. In diesem Kontext finden auch eine Thematisierung und ein Austausch bezüglich der Ungerechtigkeit des Erfahrenen im Sinne einer individuellen und kollektiven normativen Arbeit statt (Dubet 2008), beispielsweise über die Gleichstellung der faktisch ungleichen Bildungsabschlüsse. Diese Vergemeinschaftungsprozesse, die der Gruppe der neu Migrierten soziale Kohärenz verleihen, können als ein, wenn auch minimaler Machtzuwachs der neu Migrierten im Betrieb betrachtet werden. Denn in der Figuration von „Etablierten und Außenseitern“ ist es gerade die soziale Kohärenz der Etablierten, die diesen gewisse Machtpositionen verleiht (Elias/Scotson 1990).

Trotz der vorhandenen Konfliktpotentiale bewirkt die Notwendigkeit der alltäglichen praktischen Zusammenarbeit eine „pragmatische Integration“ (vgl. Schmidt 2006) in den Betrieb. Die neu migrierten Pflegefachkräfte versuchen, trotz vielfältiger Probleme, die Arbeitskooperation aufrechtzuerhalten. Diese pragmatische Integration ist dennoch fragil, weil sie häufig nur durch die Idee eines baldigen Arbeitsplatzwechsels aufrechterhalten wird. Die Suche nach weiteren außerbetrieblichen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen findet jedoch eher innerhalb als außerhalb des Pflegesektors statt. Ob die Pflegefachkräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken können (Afentakis/Maier 2014) ist eine Frage, die nicht nur quantitativ zu beantworten ist. Denn die Analyseergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl eine formale als auch eine informelle Anerkennung der beruflichen Kompetenzen der neu migrierten Pflegefachkräfte, die Unterstützung ihrer Lern- und Aufstiegsorientierung, die Berücksichtigung der außerbetrieblichen Integrationsfaktoren sowie die Schaffung einer anerkennenden und diskriminierungsfreien Arbeitsatmosphäre notwendig sind, um sie langfristig an den Betrieb binden zu können.

4 Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2014):** Können Pflegefachkräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: *Wirtschaft und Statistik* März 14: 173–180.
- Anderson, B. (2000):** *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labor.* London: Zed Books.
- Apitzsch, U./Siouti, I. (2008):** Transnationale Biographien. In: Homfeldt, H.-G./Schröer, W./Schweppe, C. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Transnationalität.* Weinheim: Juventa: 97–111.
- Batnitzky, A./McDowell, L. (2011):** Migration, nursing, institutional discrimination and emotional/affective labour: ethnicity and labour stratification in the UK National Health Service. In: *Social & Cultural Geography* 12 (2): 181–201.
- Beck-Gernsheim, E./Ostner, I. (1978):** Frauen verändern Berufe nicht? Ein theoretischer Ansatz zur Problematik von Frau und Beruf. In: *Soziale Welt* 29: 257–287.
- Bourdieu, P. (1999):** *Die Regeln der Kunst. Genese und Struktur des literarischen Feldes,* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1993):** *Soziologische Fragen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1983):** Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten. Sonderband 2 der Sozialen Welt.* Göttingen: 183–198.
- Brubaker, R. (2001):** The Return of Assimilation? Changing Perspectives on Immigration and its Sequels in France, Germany and the United States. In: *Ethnic and Racial Studies* 24 (4): 531–548.
- Dausien, B. (2000):** „Biographie“ als rekonstruktiver Zugang zu „Geschlecht“. Perspektiven der Biographieforschung. In: Lemmermöhe, D./Fischer, D./Schlüter, A. (Hrsg.): *Lesarten des Geschlechts. Zur Dekonstruktionsdebatte in der erziehungswissenschaftlichen Geschlechterforschung.* Opladen: Leske + Budrich: 216–249.
- Dausien, B. (1996):** *Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten.* Bremen: Donat Verlag.
- Dausien, B. (1992):** Leben für andere oder eigenes Leben? Überlegungen zur Bedeutung der Geschlechterdifferenz in der biographischen Forschung. In: Alheit, P./Dausien, B./Hanses, A./Scheuermann, A.: *Biographische Konstruktionen. Beiträge zur Biographieforschung. Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts „Arbeit und Bildung“,* Band 19. Bremen: Universität Bremen: 37–70.
- Davis, M. Z./Kramer, M./Strauss, A. L. (1975):** *Nurses in practice.* St. Louis: C. V. Mosby.
- Dubet, F. (2008):** *Ungerechtigkeiten – Zum subjektiven Ungerechtigkeitsempfinden am Arbeitsplatz.* Hamburg: Hamburger Ed.
- Ehrenreich, B./Hochschild, A. R. (2004):** *Global Women. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy.* New York: Metropolitan Books.
- Elias, N./Scotson, J. L. (1990):** *Etablierte und Außenseiter.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (1966):** *Identität und Lebenszyklus: drei Aufsätze.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Esser, H. (2004):** Welche Alternativen zur „Assimilation“ gibt es eigentlich? In: Bade, K./Bommes, M. (Hrsg.): *Migration – Integration – Bildung. Grundfragen und Problembereiche.* IMIS-Beiträge (23): 41–60.
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967):** *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York: Aldine.

- Glaser, B./Strauss, A. (1974):** Interaktion mit Sterbenden: Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gomolla, M./Radtke, F.-O. (2002):** Institutionelle Diskriminierung: die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. Opladen: Leske + Budrich.
- Hochschild, A. R. (1983):** The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (1979):** Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. In: American Journal of Sociology 85 (3): 551–575.
- Hoerning, E. M. (1977):** Antizipatorische Sozialisation. Statuspassagen bei Erwachsenen am Beispiel des zweiten Bildungsweges. Vertikale Mobilität und Probleme der Statusinkonsistenz. Berlin: Freie Universität.
- Hoerning, E. M. (1978):** Zweiter Bildungsweg – eine Statuspassage? In: Kohli, M. (Hrsg.): Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt/Neuwied: Luchterhand: 251–266.
- Hoffmann-Riem, C. (1994):** Elementare Phänomene der Lebenssituation: Ausschnitte aus einem Jahrzehnt soziologischen Arbeitens. Weinheim: Dt. Studien-Verlag.
- Hoffmann-Riem, C. (1980):** Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32: 339–372.
- Honneth, A. (1992):** Kampf um Anerkennung: zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hürtgen, S./Voswinkel, S. (2014):** Nichtnormale Normalität? Anspruchslagen aus der Arbeitnehmermitte. Berlin: Sigma.
- Inowlocki, L./Riemann, G. (2012):** Exploring European „Potential Space“: A Study of the Biographies of Former Foreign Exchange Students. In: Miller, R./Day, G. (Hrsg.): The Evolution of European Identities: Biographical Approaches. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan: 129–149.
- Kontos, M. (2017):** Integrationsdiskurs und migrantische Biographie. In: Sozialer Sinn 18 (1): 93–130.
- Kontos, M. (2013):** Negotiating Social Citizenship Rights of Migrant Domestic Workers: The Right to Family Reunification and Family Life in Policies and Debates. In: Journal of Ethnic and Migration Studies 39 (3): 409–424.
- Kontos, M./Bonifacio, G. T. (2015):** Introduction: Domestic and Care Work of Migrant Women and the Right to Family Life. In: Dies. (Hrsg.): Migrant Domestic Workers and Family Life – International Perspectives. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan: 1–24.
- Mecheril, P. (2003):** Prekäre Verhältnisse. Über natio-ethno-kulturelle (Mehrfach-)Zugehörigkeit. Münster: Waxmann.
- Mecheril, P./Thomas-Olalde, O./Melter, C./Arens, S./Romaner, E. (2013):** Migrationsforschung als Kritik? Erkundung eines epistemischen Anliegens in 57 Schritten. In: Dies. (Hrsg.): Migrationsforschung als Kritik? Spielräume kritischer Migrationsforschung: Wiesbaden: Springer VS: 7–55.
- Mückenberger, U. (1986):** Zur Rolle des Normalarbeitsverhältnisses bei der sozialstaatlichen Umverteilung von Risiken. In: Prokla 16 (64): 31–45.
- Müller, H.-P. (2005):** Handeln und Struktur. Pierre Bourdieus Praxeologie. In: Colliot-Thélène, C./Bourdieu, P. (Hrsg.): Pierre Bourdieu Deutsch-französische Perspektiven. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 21–42.

- Nohl, A.-M./Schittenhelm, K./Schmidtke, O./Weiß, A. (Hrsg.) (2010):** Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwandererinnen auf dem Arbeitsmarkt. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ostner, I. (1991):** „Weibliches Arbeitsvermögen“ und soziale Differenzierung. In: *Leviathan* 19 (2): 192–207.
- Pries, L. (1998):** Transnationale Soziale Räume. In: Beck, U. (Hrsg.): *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 55–86.
- Rosenthal, G. (2008):** Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 2., korrigierte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Sander, K. (2009):** Profession und Geschlecht im Krankenhaus: soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. Konstanz: UVK-Verlag.
- Sassen, S. (1991):** *The global city*. New York, London, Tokyo. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schmidt, W. (2006):** Pragmatische Zusammenarbeit. Kollegialität und Differenz bei Beschäftigten deutscher und ausländischer Herkunft in Industriebetrieben. In: *Zeitschrift für Soziologie* 35 (6): 465–484.
- Schroeter, K. R. (2006):** Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schütze, F. (1984):** Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M./Günther, R. (Hrsg.): *Biographie und soziale Wirklichkeit: Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart: Metzler: 78–117.
- Schütze, F. (1983):** Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis* 13 (3): 283–293.
- Schütze, F. (1981):** Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J./Pfeifenberger, A./Stolberg, M. (Hrsg.): *Biographie in Handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung: 67–156.
- Vanderheiden, E./Mayer, C.-H. (2014):** *Handbuch Interkulturelle Öffnung: Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Velho, A. (2015):** Alltagsrassismus erfahren: Prozesse der Subjektbildung – Potenziale der Transformation. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Voswinkel, S. (2005):** Reziprozität und Anerkennung in Arbeitsbeziehungen. In: Adloff, F./Mau, S. (Hrsg.): *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität*. Frankfurt am Main und New York: Campus: 237–256.

5 Anhang: Übersicht der Interviews mit neu migrierten Pflegefachkräften

	Anne K.	Antonios N.	Maria S.	Sofia P.
Alter	27	36	30	27
Nationalität	Polen	Griechenland	Portugal	Portugal
Einrichtung	Krankenhaus	Krankenhaus	Krankenhaus	Krankenhaus
Ausbildung	5-jähriges Studium der Krankenpflege (MA) und öffentlichen Gesundheit (MA)	4-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jähriges Studium der Krankenpflege
Berufserfahrung vor Migration/ Beschäftigung/ Arbeitslosigkeit	3-monatige Tätigkeit im Krankenhaus	7-jährige Tätigkeit im Krankenhaus	1,5-jährige Tätigkeit im Krankenhaus, prekäre Beschäftigung in der Pflege, mehrmals Arbeitslosigkeit	2-jährige Pflege Tätigkeit in zwei Ambulanzkliniken, gleichzeitig prekäre Beschäftigung
Familienmigration	ja	ja	ja	Familienzusammenführung geplant
Angeworben/ autonom	gemischt	gemischt	angeworben	gemischt

	Mili M.	Aurelia H.	Jasmina K.	Robbie S.
Alter	48	24	27	32
Nationalität	Bosnien-Herzegowina	Albanien	Bosnien-Herzegowina	Bosnien-Herzegowina
Einrichtung	Altenpflegeeinrichtung	Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung	Altenpflegeeinrichtung	häusliche Intensivpflege/ Krankenhaus
Ausbildung	4-jährige Ausbildung in der Krankenpflege	3-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jährige Ausbildung in der Krankenpflege, danach 3-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jährige Ausbildung in der Krankenpflege
Berufserfahrung vor Migration/ Beschäftigung/ Arbeitslosigkeit	6-monatige Praktikumsphase im Krankenhaus, häusliche Pflege, fachfremde Arbeit	unbezahlte Tätigkeit im Krankenhaus, fachfremde Arbeit	1-jähriges Praktikum, 8-monatige Tätigkeit im Krankenhaus, danach prekäre Beschäftigung im Pflegebereich	12 Jahre fachfremde Arbeit
Familienmigration	nein	nein	ja	ja
Angeworben/ autonom	autonom	autonom	autonom	gemischt

Name	Karlo D.	Olivia G.	Alin J.	Bianka M.
Alter	35	25	28	45
Nationalität	Bosnien-Herzegowina	Spanien	Philippinen	Bosnien-Herzegowina
Einrichtung	Krankenhaus/häusliche Intensivpflege	Krankenhaus	Krankenhaus	häusliche Intensivpflege
Ausbildung	4-jährige Ausbildung in der Krankenpflege	4-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jährige Ausbildung in der Krankenpflege
Berufserfahrung vor Migration/ Beschäftigung/ Arbeitslosigkeit	10-jährige Tätigkeit im Krankenhaus	5-monatige Tätigkeit im Krankenhaus	Tätigkeit im privaten Krankenhaus, fachfremde Nebentätigkeit	2-jährige Arbeit in einer ärztlichen Privatpraxis, 10 Jahre Hausfrau
Familienmigration	nein	nein	nein	ja
Angeworben/ autonom	autonom	autonom	autonom	autonom

Name	Engelbert W.	Ramona B.	Cristina S.	Irina P.	Nimani M.
Alter	48	36	28	42	45
Nationalität	Tschechien	Rumänien	Portugal	Serbien	Kosovo
Einrichtung	Krankenhaus	Altenpflege- einrichtung	Krankenhaus	Krankenhaus	Altenpflege- einrichtung
Ausbildung	3-jährige Pflege- ausbildung	3-jährige Aus- bildung in der Krankenpflege	4-jähriges Studium der Krankenpflege	4-jährige Aus- bildung in der Krankenpflege, 3-jähriges Pflegestudium	2-jährige Ausbildung in der Krankenpflege
Berufserfahrung vor Migration/ Beschäftigung/ Arbeitslosigkeit	langjährige Tätig- keit im Rettungs- dienst und in einer Kurklinik	8-jährige Pflege- tätigkeit in einem Hospiz, 1 Jahr im Krankenhaus	fachfremde Arbeit	Tätigkeit im Krankenhaus	fachfremde Arbeit
Familienmigration	ja	ja	nein	nein	nein
Angeworben/ autonom	angeworben	gemischt	angeworben	angeworben	autonom

DIMENSIONEN UND SPANNUNGSFELDER BETRIEBLICHER INTEGRATION AUF GLOBALISIERTEN PFLEGEARBEITSMÄRKTEN. DAS BEISPIEL DEUTSCHLAND

Sigrid Rand, Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, Robert Pütz und
Christa Larsen

1 Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration	172
2 Fachlichkeit und Arbeitsorganisation	174
2.1 Perspektive neu migrierter Pflegefachkräfte	174
2.2 Perspektive etablierter Pflegefachkräfte	180
2.3 Zwischenfazit	186
3 Kulturalisierung von Konflikten	188
3.1 Perspektive neu migrierter Pflegefachkräfte	188
3.2 Perspektive etablierter Pflegefachkräfte	190
3.3 Zwischenfazit	192
4 Fazit und Ausblick	193
5 Literatur	196

1 Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration

Durch die national unterschiedlich organisierten Ausbildungsstrukturen und Gesundheitssysteme unterscheiden sich die Positionierung und Arbeitsorganisation der Pflege sowie die berufliche Identität der Pflegefachkräfte von Land zu Land (Wrede 2012, Kuhlmann et al. 2012). Mit der Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland (vgl. den [Beitrag von Rand/Pütz/Larsen](#) in diesem Band) sind die Belegschaften in der Pflege heterogener geworden. Im betrieblichen Kontext treffen verschiedene Berufsverständnisse aufeinander, die aus unterschiedlichen betrieblichen Sozialisationen entstanden sind. Dies erfordert auf betrieblicher Ebene erhebliche Anpassungsleistungen, die – wie unsere Analysen zeigen – hauptsächlich von den migrierten Pflegefachkräften erwartet werden, während die Gesundheitsorganisationen tendenziell eher unbeweglicher sind. Im Folgenden kontrastieren wir die Erfahrungen der neu migrierten Pflegefachkräfte (vgl. den [Beitrag von Kontos et al.](#) in diesem Band) mit denen ihrer beruflich in Deutschland sozialisierten Kollegen und Vorgesetzten, um Spannungsfelder der betrieblichen Integration zu identifizieren und darzulegen.

Die folgende Darstellung beruht auf 24 narrativen Interviews mit etablierten Pflegefachkräften³¹ und Vorgesetzten bzw. Experten aus dem betrieblichen Umfeld (z.B. Betriebsräte) sowie 17 biographisch-narrativen Interviews mit neu migrierten Pflegefachkräften. Sie erfolgt entlang der Dimensionen Arbeitsorganisation, Fachlichkeit und Kulturalisierung, da diese sich in den Interviews als die zentralen Konfliktebenen im Betrieb darstellen.

In den Interviews werden häufig Situationen geschildert, in denen – sei es zwischen Pflegefachkräften, zwischen Pflegefachkräften und Vorgesetzten oder zwischen Pflegefachkräften und Patienten, Altenheimbewohnern oder Angehörigen – unterschiedliche Vorstellungen von **Fachlichkeit** aufeinander treffen. Die hieraus erwachsenden Konflikte lassen sich auf Basis unserer Forschung in vier Bereiche ordnen:

- Fachliches Wissen und Können (Beherrschen und Anwenden von Pflege-techniken, Einsatz medizinischer Geräte und Heilmittel, Vorstellungen über Wundpflege und Hygiene usw.),
- Grundsätze ethischen Handelns (Sicherheit und Würde der Patienten bzw. Altenheimbewohnern, Umgang mit Tod usw.),

31 Wir bezeichnen „etablierte Pflegefachkräfte“ als Pflegefachkräfte, deren Pflegeausbildung und die damit verbundene berufliche Sozialisation in Deutschland stattgefunden haben.

- Kompetenzen, die es ermöglichen den beruflichen Alltag zu organisieren und Arbeitsaufgaben zu bewältigen (Empathie, Durchsetzungsvermögen, Sprachkompetenzen usw.),
- Rollenverständnis in der Organisation (Zusammenarbeit mit den Kollegen, Wahrnehmung der betrieblichen/beruflichen Hierarchien usw.).

Neben den unterschiedlichen Facetten des Fachlichkeitsverständnisses bildet die **Arbeitsorganisation** die zweite wesentliche Konfliktdimension betrieblicher Integration im Kontext globalisierter Arbeitsmärkte. Als relevant für die betriebliche Praxis erweisen sich hier oftmals Unterschiede in den nationalen Gesundheits- und Sozialsystemen, in denen die Pflegefachkräfte sozialisiert worden sind. Wie unsere Forschung zeigt, kommen viele angeworbene Pflegefachkräfte aus Ländern, in denen innerhalb der Pflegeeinrichtungen eine hohe Unabhängigkeit des Pflegebereiches existiert. Dies führt dazu, dass Pflegefachkräfte den Pflegeprozess autonom ohne direkte ärztliche Anordnung steuern. Im Vergleich ist Pflege in Deutschland durch eine hohe Autonomie und Definitionsmacht der Ärzteschaft bestimmt und dementsprechend fehlen im Tätigkeitsbereich der Pflege weitgehend Steuerungs- und Managementaufgaben. Zudem führen die Pflegefachkräfte dort ausschließlich Behandlungspflege durch und delegieren die Grundpflege an Hilfskräfte bzw. in den Verantwortungsbereich der Familie der Patienten. Dagegen werden in Deutschland sowohl Behandlungs- als auch Grundpflege von Fachkräften ausgeführt (Pavolini/Kuhlmann 2016, Kuhlmann et al. 2015: 291 ff.). Außerdem besteht in den meisten Ländern neben der Krankenpflege kein weiterer professioneller Pflegesektor, der mit der Altenpflege in Deutschland vergleichbar wäre.³² Entsprechend findet die Pflege alter Menschen oft als Laienpflege und in Verantwortung der Familie statt. Folglich treffen in Deutschland neu migrierte Pflegefachkräfte auf eine anders strukturierte Gesundheits- und Pflegebranche, in der sich auch die Tätigkeitszuschnitte von Pflegefachkräften von denen in ihrem Herkunftsland unterscheiden.

Zentrale Erkenntnis des Projektes ist, dass die konflikthafter Auseinandersetzungen, die aus dem Zusammenhang der Fachlichkeit und Arbeitsorganisation im Betrieb entstehen, selten als solche erkannt oder benannt und bearbeitet, sondern vielmehr als „kulturelle“ Konflikte wahrgenommen werden, so dass hier eine **Kulturalisierung** von Konflikten vorliegt (vgl. van Riems-

32 Nur wenige Länder Europas – darunter Deutschland, Österreich, Belgien und Schweden (Theobald et al. 2013) – definieren die Altenpflege als zweiten Bereich staatlicher Verantwortung.

dijk 2013, Batnitzky/McDowell 2011). Dies könnte darauf hinweisen, dass die Heterogenisierung der Belegschaften die Subjekte dazu verleitet, dem „Anderen“ mit „natio-ethno-kulturellen Zuschreibungen“ (Mecheril 2003) zu begegnen. Die damit entstehende Unterscheidung zwischen „Wir“ und „Nicht-Wir“ unter Verwendung eines homogenisierenden und essentialisierenden Kulturbegriffs setzt Prozesse der Kulturalisierung und Naturalisierung von Differenzen in Gang (Mecheril et al. 2013: 18). Die Konstruktion einer national etikettierten Kultur als „signifikative Regionalisierung“ (Werlen 1997) erweist sich dabei als alltägliche Praxis, an der Ein- oder Ausschluss aus sozialen Beziehungen festgemacht wird (Pütz 2003: 79).

So werden berufs- und arbeitsbezogene Unterschiede im Arbeitskontext entlang essentialistischer Kulturbegriffe über das vermeintliche „Wesen“ der Menschen in den verschiedenen Regionen erklärt und handhabbar gemacht und gleichzeitig in deutlichen Hierarchien von Kulturen, die von unterschiedlicher Wertigkeit sein sollen, eingeordnet. Die Praxis der Kulturalisierung von Unterschieden und verschiedenen Handlungsweisen und die dementsprechende Anrufung des migrantischen Subjekts als „Andere“ kann den betrieblichen Integrationsprozess von migrierten Pflegefachkräften erheblich beeinflussen. Denn durch die Kulturalisierung besteht die Gefahr, dass Hürden für die betriebliche Integration, die aus Missverständnissen und Spannungen in Bezug auf die Fachlichkeit, Arbeitsorganisation oder weitere Faktoren entstehen, nicht thematisiert, sondern sogar verleugnet werden.

2 Fachlichkeit und Arbeitsorganisation

2.1 Perspektive neu migrierter Pflegefachkräfte

Aus der Perspektive der neu migrierten Pflegefachkräfte konnten zwei verschiedene Konfliktdimensionen in Bezug auf Fachlichkeit und Arbeitsorganisation rekonstruiert werden: Einerseits berufsbiographische Konflikte der Entwertung der akademischen Fachlichkeit und andererseits symbolische Kämpfe zwischen etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften im Arbeitsalltag, die in den Beispielen „Informationszurückhaltung“ und „Deutschkenntnisse als Hierarchisierungsmittel“ zum Ausdruck kamen.

2.1.1 Entwertung der akademischen Fachlichkeit und ambivalente Positionierung

Insbesondere für die akademisch ausgebildeten Pflegefachkräfte stellte die formale Anerkennung ihrer Berufsabschlüsse in Deutschland eine ambivalente Erfahrung dar: Auf der einen Seite ist sie die formale Voraussetzung dafür, in die Position der Pflegefachkraft aufsteigen zu können, auf der anderen Seite wird sie von den neu migrierten Pflegefachkräften als ungerecht wahrgenommen. Denn die im formalen Anerkennungsprozess der Berufsabschlüsse stattfindende fachliche Gleichstellung des im Ausland erworbenen akademischen Pflegeabschlusses mit dem Abschluss im deutschen Ausbildungssystem stellt aus Sicht vieler neu migrierter Pflegefachkräfte eine Abwertung des im Ausland erworbenen akademischen Bildungsabschlusses sowie der beruflichen Erfahrungen dar, die im Sinne der Abwertung des „kulturellen Kapitals“ (Bourdieu 1983) verstanden werden kann. Die neu migrierten Pflegefachkräfte nehmen wahr, dass durch die Gleichsetzung ihres akademischen Abschlusses mit dem deutschen Ausbildungsabschluss die medizinischen Anteile ihrer Fachlichkeit als nicht relevant eingestuft werden.³³

Für die betroffenen Pflegefachkräfte stellt dies einen Verlust zentraler Anteile ihres Berufsbildes dar, die in der deutschen Pflegeausbildung und Pflegepraxis, welche die Behandlungs- und Grundpflege von Patienten und Altenheimbewohnern in den Vordergrund stellt, nicht vorgesehen ist. Hieraus entsteht eine Diskrepanz zwischen dem professionellen Selbstbild, das auf den Vorerfahrungen und dem Verständnis von Fachlichkeit im Herkunftsland beruht, und den tatsächlichen Tätigkeiten in der Pflege in Deutschland (siehe z. B. den Fall Maria S. im [Beitrag von Kontos et al.](#) in diesem Band). Die berufsbiographische Relevanz der Erfahrung der Entwertung der akademischen Abschlüsse wird darin sichtbar, dass das Thema auf verschiedenen Vergleichsdimensionen abgehandelt wird. Diese festgestellte Diskrepanz führt zu einer ständigen kritischen Reflexion über den größeren Verantwortungsbereich bezüglich medizinischer Entscheidungen im Herkunftsland. Die subjektive Verarbeitung dieser Diskrepanz zeigt sich in den biographischen Er-

33 Die hohe Autonomie der Pflege in den Herkunftsländern sieht neben den Management- und Steuerungsaufgaben auch die Möglichkeiten der eigenständigen Diagnose und Verordnung vor sowie das Durchführen von medizinischen Tätigkeiten wie bspw. das Legen einer Sonde vor. Diese Aufgaben entsprechen nicht dem Arbeitszuschnitt von Pflegefachkräften in Deutschland, sondern sind den Ärzten vorbehalten. Pflegefachkräfte aus dem Ausland dürfen, auch wenn sie Erfahrungen mit diesen Tätigkeiten haben, diese in Deutschland nur unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht durchführen.

zählungen als ein permanenter wertender Vergleich über die Ausbildungs- und Gesundheitssysteme der jeweiligen Länder, aber auch als Vergleich der eigenen Kompetenzen mit den Kompetenzen der in Deutschland sozialisierten Pflegefachkräfte. Zudem zeigt sich, dass dieses Thema im Kollektiv der neu migrierten Pflegefachkräfte reflektiert und normativ bearbeitet wird.

Dennoch haben wir einen signifikanten Unterschied zwischen „Berufserfahrenen“ und „weniger Berufserfahrenen“ in Bezug auf die Verarbeitung der Fachlichkeitsdiskrepanz und der Anpassung an die Anforderungen der Arbeit, festgestellt. Während die berufserfahrenen Pflegefachkräfte die erforderliche Anpassungsleistung als Autonomieverlust bezüglich der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und somit als eine Schwächung ihrer Fachlichkeit deuteten, wurde von weniger Berufserfahrenen die geforderte Anpassung als ein notwendiger, positiv besetzter Lernprozess dargestellt. Hier lassen sich zwei unterschiedliche Typen des Umgangs mit der Abwertung der beruflichen Identität feststellen: Während die berufserfahrenen Pflegefachkräfte dies als einen Verlust ihrer Fachlichkeit erfahren, sind die weniger berufserfahrenen Pflegefachkräfte eher bereit, ihre Fachlichkeit durch das Neu-Lernen neu zu definieren. Die weniger Berufserfahrenen sind offen für einen Wechsel sowie bereit einen weiteren Bildungsweg einzuschlagen. Für sie fungiert die Pflegearbeit in der aktuellen Arbeitsstelle in der Gesundheits- und Pflegebranche als eine Art Moratorium (Erikson 1966) im Sinne von einer Übergangsphase, die vor einer endgültigen beruflichen Festlegung Raum für Reflexions- und Suchprozesse bietet. Obgleich der Exit aus dem Betrieb zunächst nicht im Vordergrund steht, sind sie offen für das Neue und sehen die Arbeitserfahrung im Betrieb als gewinnbringend für ihre weitere berufliche Entwicklung auch außerhalb des Betriebes oder sogar des Pflegesektors an.

Emotionalität und Fachlichkeit

In reflexiver Auseinandersetzung mit dem Berufsverständnis und den Fachlichkeitserwartungen in verschiedenen Arbeitskontexten lassen sich in den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften auch weitgehende Reflexionen über die Bedeutung der Emotionalität in der Pflegetätigkeit finden. Die Ökonomisierung der Arbeit und der allgemeine Zeitmangel führen zu einer auf das Nötigste reduzierte Pflegepraxis, die kaum Zeit für die „emotionale Arbeit“ (Hochschild 1979) zulässt. Abgesehen von ihren akademischen oder nicht akademischen Qualifikationen, problematisieren die neu migrierten Pflegefachkräfte die aus den zeitlichen Zwängen verursachte Verunmöglichung der emotionalen Arbeit, da sie Kommunikation und emotionale Zu-

wendung als einen selbstverständlichen Teil ihres professionellen Selbstverständnisses in der Arbeit mit Menschen sehen. Im getackelten Arbeitsalltag in Deutschland stellt sich (auch) den neu migrierten Pflegefachkräften eher die Frage, inwieweit die emotionale Arbeit unter den zeitrestriktiven Arbeitsbedingungen mit der Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit zu vereinbaren ist.

2.1.2 Symbolische Kämpfe zwischen „Etablierten“ und „Außenseitern“

Im sozialen Feld der Gesundheits- und Pflegebranche, insbesondere in den Krankenhäusern, zeigen die Interviews die Dynamik der Figuration „Etablierte versus Außenseiter“, welche von Elias/Scotson (1993) zur Analyse von Machtungleichheitsverhältnissen in Migrationssituationen entwickelt wurde. Durch explizite oder implizite Ausschlusspraktiken werden neu Migrierte zu Außenseitern, die einer Gruppe von Etablierten gegenüberstehen. Die „Kämpfe“ zwischen den beruflich in Deutschland sozialisierten Pflegefachkräften als „Etablierte“ und den neu migrierten Pflegefachkräften als „Außenseiter“ zeigen sich im Arbeitsalltag als Kämpfe um die Wissens- und Kompetenzhoheit in dem Sinne, dass die Berufserfahrungen der neu migrierten Pflegefachkräfte nicht berücksichtigt werden, sondern die „Etablierten“ aus der Position des Besserwissenden argumentieren: „Du weißt das, aber hier in Deutschland (ist es anders)“ (vgl. den Fall Antonios im [Beitrag von Kontos et al.](#) in diesem Band). Dieser und ähnliche Konflikte weisen darauf hin, dass Konflikte die symbolische Grenze zwischen den Etablierten und Außenseitern im Sinne von Elias/Scotson (1993) nicht nur verdeutlichen, sondern zugleich auch bestätigen und festigen. Im Konflikt um die Verteidigung gewohnter Arbeitsabläufe geht es somit auch immer um den Kampf um Hierarchie, Macht und Autonomie.

Die symbolischen Machtkämpfe zwischen etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften zeigen sich zudem in Kommunikationsprozessen. Dies kommt darin zum Ausdruck, dass aus der Sicht der neu migrierten Pflegefachkräfte das für den Arbeitsprozess notwendige Wissen zurückgehalten bzw. nicht verständlich weitergegeben wird. In ihrer Wahrnehmung wird dadurch die Anpassung an die alltäglichen Arbeitsabläufe erheblich erschwert. Die neu migrierten Pflegefachkräfte deuten das Zurückhalten des für die Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation notwendigen Wissens als Missachtung seitens der „Etablierten“. Solches Verhalten wirkt kontraproduktiv auf die

notwendige Teamarbeit und erschwert die Zusammenarbeit im Arbeitsalltag, wie dies Sofia P. aus Spanien, beschäftigt im Krankenhaus, ausdrückt:

„Zum Beispiel zwei oder drei Leute haben eine Group, andere zwei oder drei Leute andere Group. Und dann sind wir gegangen [...] wir brauchen ein bisschen Hilfe und niemand hat [uns geholfen]. Am Anfang haben sie geholfen, erste Woche, zwei, aber später ich glaube haben keine Geduld gehabt für uns zu zeigen, oder sprechen [...] Jeden Monat habe ich ein bisschen gesehen und ein bisschen verstanden und dann habe ich gedacht ist besser ein bisschen wechseln und gucken, was passiert in andere Seite. Und andere Seite war nicht so gleich, in anderer Seite waren ein bisschen locker die Leute. Sprechen mehr, machen nicht so viel kleine Group und nicht... Sind nicht so... Ja, das passiert, zeitweise passiert da, wir sind nicht alle gleich.“

Die Distanzierung von etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften mittels Gruppenbildung erscheint hier als ein Begleitphänomen der Zunahme der ethnischen Heterogenität im Betrieb. Solche Distanzierung erschwert die Kommunikation und die Weitergabe von notwendigem Wissen. Zugleich scheint es aber die symbolische Grenze zwischen den etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften zu verdeutlichen und trägt zur Stabilisierung der Wissenshierarchie zwischen den etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften bei.

Deutschkenntnisse als Zugangskriterium und Ausschlussinstrument

Nicht nur die fachliche Qualifikation, sondern auch ausreichende Deutschkenntnisse werden für den beruflichen Einstieg in den deutschen Pflegesektor benötigt. Denn der Abschluss der Sprachprüfung auf dem Niveau von B2 bzw. B1 Pflege stellt eine Voraussetzung für die formale Anerkennung des Pflegeabschlusses und die Zulassung zum Beruf dar. Somit beinhalten die zertifizierten Deutschkenntnisse das Versprechen auf die Arbeitsmarktintegration auf Pflegefachkraftniveau.

Deutschkenntnisse scheinen den betrieblichen Integrationsprozess erheblich zu beeinflussen. Spätestens im betrieblichen Alltag zeigt sich, dass Pflegefachkräfte mit einer doppelten Sprachanforderung konfrontiert sind. Sie sind aufgefordert, Deutschkenntnisse im Sinne von Alltags- und Umgangssprache vorzuweisen, und müssen das fachliche Vokabular beherrschen. Das Interviewmaterial zeigt, dass trotz der bestandenen Sprachprüfungen auf B1- oder B2-Niveau viele der interviewten neu migrierten Pflegefachkräfte mit Sprach- und Verständigungsproblemen zu kämpfen hatten. Aber Deutschkenntnisse lassen sich nicht nur als individuelle Frage des Spracherwerbs deuten, sondern auch als wichtiger Aspekt, der soziale Beziehungen – nämlich Kommunikati-

on und Interaktion im sozialen Feld – auf verschiedenen Ebenen regelt. Denn Deutschkenntnisse fungieren als ein Distinktionsmittel zwischen etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften und verdeutlichen die hierarchisch-symbolischen Positionen von etablierten und den lernenden Pflegefachkräften im Arbeitsalltag. Dementsprechend werden die neu migrierten Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Deutschkenntnisse in den alltäglichen Interaktions- und Arbeitsorganisationsprozessen zu minorisierten Anderen und „Außenseitern“ (Elias/Scotson 1993). Die sprachliche Minoritätsposition, die den Pflegefachkräften zugeschrieben wird, fungiert wiederum als ein Bindeglied zwischen den neu migrierten Pflegefachkräften. Die gemeinsame Ausschlusserfahrung als die „Anderen“ und als die mit den mangelnden Sprachkenntnissen Ausgestatteten bildet eine gemeinsame Erfahrungsgrundlage für gegenseitiges Verstehen und für Gruppenbildung unter den neu migrierten Pflegefachkräften.

2.1.3 Konfliktbewältigungsstrategien: Fachliches Neu-Lernen, Exit und Emotionsmanagement

Die mehr oder weniger latenten oder manifesten Konflikte, die bei der Frage der Fachlichkeit und Arbeitsorganisation auftauchen, rufen auch Bewältigungsstrategien hervor. In den Interviews konnten wir unter anderem zwei konträre Bewältigungsstrategien feststellen: nämlich das anpassende Neu-Lernen und den Exit. Diese schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus.

Zum einen sind die neu migrierten Pflegefachkräfte gezwungen, sich mit den alltäglichen Anforderungen des Betriebs reflexiv auseinanderzusetzen, und müssen somit permanent gelernte/gewohnte Berufspraktiken und Vorgehensweisen überprüfen bzw. Neues dazulernen. Diese reflexive Auseinandersetzung erfordert von ihnen enorme Anpassungs- und Transferleistungen in Bezug auf ihre Fachlichkeit und die Arbeitsorganisation. Einige Interviewte setzten das Lernen offensiv und bewusst als eine Bewältigungsstrategie ein. Zum Beispiel entwickelte Anne K. während ihrer Tätigkeit in einem Krankenhaus aus der erlebten Unsicherheit sowie aus den von ihr wahrgenommenen Missachtungen und Verletzungen heraus die Bewältigungsstrategie des „Immer-wieder-Fragen-Stellens“:

„Ich habe immer alles gefragt, auch wenn diese Fragen ganz blöd waren, weil ich war hier neu und ich musste hier mich anpassen.“

Dabei begibt sie sich in die Rolle der Lernenden bzw. der Schülerin. Die biographische Bewältigungsstrategie des Lernens und des Immer-wieder-Fra-

gens ist somit eine subjektive Handlungsstrategie, die es ihr ermöglicht, die betrieblichen Arbeitsabläufe besser kennenzulernen. Die Integration in den Arbeitskontext und die Teilhabe an alltäglichen Interaktionen am Arbeitsplatz setzt intensive intersubjektive Kommunikationsprozesse voraus. Eine gelungene Kommunikation und Zusammenarbeit verlangen gegenseitiges Entgegenkommen sowie Verstehen zwischen neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften.

Eine gegenteilige Bewältigungsstrategie, die wiederum keine Lösung für die betriebliche Integration, sondern eher einen Ausweg aus den Konflikten im Betrieb darstellt, ist der Exit. Dies zeigt sich in konkreten Plänen, den Betrieb demnächst zu verlassen, oder in den Zukunftsplänen, die den Arbeitsplatzwechsel oder die Rückkehr ins Heimatland beinhalten. Nur in wenigen Fällen haben Interviewte die aufgetauchten Konflikte offensiv im Betrieb zur Sprache gebracht, beispielsweise gegenüber dem Betriebsrat oder den Vorgesetzten. Die meisten Interviewten versuchen die Konflikte mit Emotionsarbeit zu bewältigen, indem sie über die Hintergründe des Handelns der anderen nachdenken und auf kulturalisierende Erklärungen verzichten.

2.2 Perspektive etablierter Pflegefachkräfte

In den Interviews mit etablierten Pflegefachkräften werden in den Spannungsfeldern Fachlichkeit und Arbeitsorganisation mehrere Aspekte angesprochen, die im Kontext der betrieblichen Integration zu Missverständnissen und Auseinandersetzungen führen. Dabei handelt es sich um die Unterschiede in der Organisation der Ausbildung und Definition des Berufsbildes in den Herkunftsländern sowie um anders gelagerte Kompetenzen und Erfahrungen, die auf das Berufsverständnis und die Berufspraxis in Deutschland treffen. Viele der etablierten Pflegefachkräfte kennen diese Aspekte, wie das Interview mit einer Führungskraft im Krankenhaus beispielhaft verdeutlicht:

„Die machen natürlich eine andere Ausbildung wie wir hier, die haben teilweise alle den Bachelor in Portugal, Spanien und Griechenland. Und sind da auch einfach andere Sachen gewöhnt wie hier. Können nicht alle unbedingt ein Bett machen und wissen, wie ein Patient gewaschen wird. Sondern sind theoretisch super gut, teilweise. Teilweise aber praktisch null Erfahrung, weil die einfach in ihren Ländern nach der Ausbildung auch gar nicht als Krankenschwester arbeiten konnten. [...] Es ist ja eine examinierte Krankenschwester, die einen Bachelor hat, und ich zeige ihr, wie man ein Bett macht. Hm, ja, [lacht].“ (Lina S., Führungskraft (Station A), Krankenhaus I)

Dieser Interviewabschnitt weist darauf hin, dass das Wissen sowie die Erfahrungen und Kompetenzen der neu migrierten Pflegefachkräfte im neuen Arbeitskontext in Deutschland an Relevanz verlieren – ein Phänomen, das in der Literatur als De-Skilling (Csedő 2008, Moroşanu 2016) bekannt ist. Auf der Basis der Interviews mit den Kollegen und Vorgesetzten zeigt sich diese in drei Formen:

- Da die formale Anerkennung ihrer Qualifikationen sowie die Berufszulassung der neu migrierten Pflegefachkräfte zeitlich versetzt zum Arbeitsbeginn in Deutschland erfolgt, werden sie in der Übergangsphase als Pflegehelfer mit einem anderen Tätigkeitszuschnitt und deutlich niedrigerem Anforderungsniveau eingesetzt.
- In der Darstellung der Vorgesetzten/etablierten Pflegekräfte besitzt das theoretische Wissen ihrer neuen Kollegen aus dem Ausland wenig Relevanz für die Berufspraxis. In ihrer Wahrnehmung wurden dieses im Studium losgelöst vom berufsspezifischen Kontext erworben und in der Praxis nicht angewandt – anders als es in der beruflichen Ausbildung in Deutschland der Fall sei.
- Die fachliche Eignung zum Pflegeberuf bzw. die Leistungsfähigkeit von neu migrierten Pflegefachkräften werden an Kompetenzen gemessen, die von den etablierten Pflegefachkräften als zentral für den deutschen Pflegeberuf definiert werden (in der Regel bezieht sich dies auf einfache Tätigkeiten wie Betten machen und Körperpflege von Patienten und Altenheimbewohnern).

In der betrieblichen Praxis kann das im Anerkennungsverfahren verortete strukturelle De-Skilling und die am deutschen Berufsverständnis orientierte informelle Entwertung der Qualifikationen aus dem Ausland zur quasi-institutionalisierten Positionierung von neu migrierten Pflegefachkräften am unteren Ende der betrieblichen Hierarchie führen:

„Es ist quasi ein Schülerstatus hier, bei uns. Und so werden die auch behandelt. Wie gesagt, *mir* ist immer erst einmal wichtig, dass die ein gewisses Arbeits- und Sozialverhalten mitbringen. Der *Rest* ist mir erst einmal egal. [...] Ist blöd, aber ich sage das immer: wie in der Schule. Wenn das funktioniert, das Fachliche kriegen wir hin, die Sprache kriegen wir hin.“ (Lina S., Führungskraft (Station A), Krankenhaus I)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Vorgesetzte die betriebliche Integration der neu migrierten Pflegefachkräfte vorrangig als Re-Skilling (d. h. eine Neu-Ausrichtung von Skills, vgl. Csedó 2008) entlang des deutschen Berufsbildes definiert. Das Re-Skilling findet in diesem Beispiel über zwei Mechanismen statt:

- Die Pflegefachkräfte werden zu Schülern degradiert und sollen sich zunächst mit einfachen Tätigkeiten befassen.
- In der Einarbeitung wird der Fokus auf Sekundärtugenden wie das „richtige Arbeits- und Sozialverhalten“ gelegt.

Auf welche Weise das Re-Skilling organisiert werden kann, beschreibt ein Praxisanleiter und Mentor:

„Zuerst mal fangen wir an, einfach Körperpflege und Betten machen, das *ganz* einfache Zeug. Wenn das dann mit drin ist, dass sie dokumentieren werden, weil das ist ja auch ein wichtiges Handwerkszeug, was sie *müssen*. So und *dann* warten wir auf das Deutsch. Sozusagen. Verbandswechsel noch, also was man durch Sehen begreifen kann, das müssen wir halt zuerst machen. Durch Sehen und Handeln und das, wo man *verstehen* muss und reden muss, das kommt später. Und dann gibt's natürlich noch die individuellen Differenzen oder die Probleme, die man ausgleichen muss. Das ist dann bei jedem ein bisschen anders. Es gibt eine Einarbeitungsmappe, die dürfen sie lesen, aber das bringt nix, solange sie kein Deutsch können, das wie gesagt, wir haben das nur in Deutsch. Manche sind interessiert, manche nicht, das merkt man dann schon.“ (Michael M., Praxisanleiter/Mentor (Station A), Krankenhaus I)

Der Anleiter infantilisiert die neu migrierten Pflegefachkräfte und spricht ihnen indirekt die Autonomie ihrer Entscheidungen und ihres beruflichen Handelns ab. Im betrieblichen Kontext erfolgt keine Auseinandersetzung mit ihrer Fachlichkeit – stattdessen wird, wie das Interviewmaterial zeigt, ständig geprüft, ob sie dem auf Fleiß und Unterordnung ausgerichteten Bild von Leistungsbereitschaft gerecht werden. Wie schnell es ihnen gelingt, aus diesem Status herauszukommen, wird von ihren Vorgesetzten bzw. Kollegen bestimmt. Ein Praxisanleiter und Mentor begründet diese Vorgehensweise folgendermaßen:

„Also ein Jahr brauchen sie auf jeden Fall [für selbständiges Arbeiten]. Und auch nach einem Jahr ist [...] Also gut, es gibt Leute, wenn ich jetzt an die Griechin denke, die mag halt solche Aufgaben wie das Pflegen nicht, ja? Die mag eher dieses Verantwortungsvolle, Administrative. Die hat sich da natürlich auch viel eher reingedrängelt oder es versucht zumindest, ja? Aber die habe ich dann mit Absicht noch zappeln lassen, weil der hat das [...] Ja, man muss halt *alles* machen ja? Es *ist* halt so.“ (Michael M., Praxisanleiter/Mentor (Station A), Krankenhaus I)

Unter diesen Bedingungen können die Pflegefachkräfte aus dem Ausland ihr Wissen und ihre Kompetenzen, die sie aus dem Ausland mitgebracht haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit nur schwer aushandeln: In den „symbolischen Kämpfen“ der Interaktionsakteure (Bourdieu 1983) um die Deutungshoheit beim Fachlichkeitsverständnis und den Kämpfen um Anerkennung (Honneth 1994) stehen etablierten Pflegefachkräften deutlich höhere Machtressourcen zur Verfügung (vgl. Elias/Scotson 1993: 12 ff.). Sie nutzen diese, um sich in ihrer Fachlichkeit von der akademisch ausgerichteten Pflegeausbildung abzugrenzen – egal, ob diese in Deutschland oder im Ausland erworben wurde. Obwohl die Pflegefachkräfte aus dem Ausland in der inhaltlichen Ausrichtung ihres Studiums ihren Kollegen in Deutschland näherstehen, werden sie von diesen mit den Absolventen der Pflegestudiengänge in Deutschland verglichen, deren Studium eher am Pflegemanagement orientiert ist. Lediglich auf der Grundlage der akademischen Ausbildung schreiben die etablierten Pflegefachkräfte diesen beiden so unterschiedlichen Gruppen einen geringen Praxisbezug zu und drücken in der Folge ihre deutliche Geringschätzung der im Studium vermittelten Kompetenzen aus. Aus der Perspektive der etablierten Pflegefachkräfte und Vorgesetzten erscheint das Re-Skilling der neu migrierten Pflegefachkräfte zwingend erforderlich.

Der Bereich der Altenpflege weist hinsichtlich Fachlichkeit und Arbeitsorganisation Spezifika auf, deren Ursachen ebenfalls in der Ausbildung bzw. beruflicher Sozialisation liegen: Im europäischen Zusammenhang ist Altenpfleger nur in Deutschland und Österreich ein eigenständiger Beruf mit der dazugehörigen Ausbildung. Bei den Interviewten stehen neben den rechtlich-organisatorischen Besonderheiten der Arbeit im Altenheim die spezifischen Krankheitsbilder älterer Menschen und der Umgang mit älteren Altenheimbewohnern im Mittelpunkt des Fachlichkeitsverständnisses. Demensprechend deuten die etablierten Pflegefachkräfte das medizinnahere Pflegeverständnis der neu migrierten Pflegefachkräfte sowie ihre fehlenden Erfahrungen in der Altenpflege als Defizit in der Fachlichkeit (z. B. nicht ausreichende Kenntnisse der Alterskrankheiten) und sehen in ihrem Einsatz eine Zumutung für die Altenheimbewohner und Kollegen. Ähnlich wie die neu migrierten Pflegefachkräfte berichten auch die etablierten Pflegefachkräfte von dem zunehmenden Druck, ihr fachliches Handeln nach den Grundsätzen der Effizienz und (kurzfristigen) Effektivität ausrichten zu müssen. Der zunehmende Ökonomisierungsdruck in der Altenpflege macht es ihnen somit schwierig, im erforderlichen Maße auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen. Den einzigen Ausweg, Freiräume für „Emotionsarbeit“ (Etzioni 1969, Hochschild 1983) zu schaffen, sehen sie in ihrer Fachlichkeit,

die sie durch den Berufsabschluss als examinierter Altenpfleger erworben haben: Diese lässt sie in den Interviews immer wieder Öffnungen für professionelles Handeln erkennen, das sich an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert. Sektorenfremde Qualifikationen und Berufserfahrungen werden vor diesem Hintergrund als Hindernisse für die Emotionsarbeit gedeutet. So berichtet eine examinierte Altenpflegerin:

„Und unsere Kollegin [aus Polen], die wir oben haben, [...] wenn man sagt: ‚Okay, die kann nicht so gut Deutsch, aber die pflegt ganz toll, geht ganz toll mit den Bewohnern um.‘ Macht sie aber nicht. Wir haben einen Bewohner, der hat ein bisschen Parkinson und sie erkennt einfach nicht, dass der jetzt nicht einfach mal so locker mit ihr laufen kann. Die zieht da am Rollator, sag ich: ‚Hier, merkst du das nicht? Der kommt grad nicht über die Schwelle!‘ Oder sie will ihn immer hinsetzen auf einen Stuhl, und da sag ich: ‚Lass ihn alleine sich hinsetzen!‘ Ich nehme immer seine Hände, lege sie auf die Griffe, dass er spürt: ‚Da, ach da ist was.‘ Und dann setzt er sich auch in 30 Sekunden hin. Der braucht da einfach. Der muss das überwinden. Und die sieht das einfach nicht, ne? Also die ist [...] Ist sie Krankenschwester? Doch, die ist Krankenschwester in ihrem Land gewesen.“ (Evelin B., examinierte Altenpflegerin, Altenpflegeheim II)

In diesem Interviewabschnitt wird deutlich, dass neu migrierte Pflegefachkräfte daran gemessen werden, ob sie eine emotionale Bindung zu den Altenheimbewohnern aufbauen können und einen Blick für deren Bedürfnisse entwickeln. Zusätzlich schließt Emotionsarbeit, wie sie bei Etzioni (1969) oder Hochschild (1983) behandelt wurde, in der Wahrnehmung der Vorgesetzten und etablierten Pflegefachkräfte auch die Regulation der eigenen Gefühle und Affekte ein. Gerade diese Fähigkeit wird den Pflegefachkräften im Kontext der Altenpflege nicht zugestanden, wie das Interviewmaterial zeigt: Ihre Qualifikation und ihre beruflichen Erfahrungen werden für die Regulierung der eigenen Gefühle und Affekte im Sinne der Pflegeziele im Altenheim als hinderlich bewertet (z. B. Vernachlässigung der aktivierenden Pflegeziele durch eigene Ungeduld).

Gleichzeitig machen die Interviews mit Pflegefachkräften deutlich, dass Emotionsarbeit erst dann Anerkennung erfährt, wenn durch die entsprechende Qualifizierung die damit einhergehende Fachlichkeit untermauert wird. Der folgende Interviewabschnitt demonstriert, dass Emotionsarbeit, die ohne eine fachliche Untermauerung geleistet wird, den etablierten Kolleginnen sogar suspekt erscheinen kann:

„Der [Mitarbeiter aus Jordanien] kümmert sich dann anders um den [Bewohner]. [...] Der hat plötzlich eine Freundin immer was für den kochen lassen,

weil der einfach keinen Appetit drauf [Altenheimessen] [lacht] hatte, prompt hatte der Appetit. Und da haben natürlich alle gesagt: ‚Schmeichelt der sich jetzt ein oder was macht der da eigentlich?‘ Sag ich: ‚Ne, Leute, der ist dem irgendwie nahe gegangen.‘ ‚Der hat doch keine professionelle Distanz.‘ Sag ich: ‚Doch, das kann schon professionell sein.‘ [...] Erst mal ist das kein Widerspruch. Der hat eine Befindlichkeit, für die er keinen anderen Weg wusste, als seine Freundin zu bitten, was für den zu kochen.“ (Einrichtungsleiter, Altenheim I).

Die anders gelagerte berufliche Sozialisation, die es auszugleichen gilt, führt auch in der Altenpflege zu Re-Skilling, das jedoch weniger systematisch ausfällt, als dies im Krankenhaus der Fall zu sein scheint. Es wird von vornherein davon ausgegangen, dass, sobald die formale Anerkennung der Qualifikationen und die Berufszulassung vorliegen, die Pflegefachkräfte in den Krankenhaussektor abwandern: Passend zu ihrer nicht gelingenden Emotionsarbeit wird nämlich unterstellt, dass sie vornehmlich am Geldverdienen interessiert seien und die höheren Löhne im Krankenhaussektor den Anreiz darstellten, dorthin abzuwandern. Während die Etablierten angesichts der für alle Beschäftigten gleichermaßen schwierigen Rahmenbedingungen für sich „selbstlose Aufopferung“ in Anspruch nehmen, sprechen sie den neu migrierten „Außenseitern“ die Bereitschaft hierzu ab (vgl. Elias/Scotson 1993: 8, 12 f.):

„Also wir hatten jetzt eine jugoslawische Kollegin, da muss ich dazusagen, da war das von vornherein klar, für mich war das klar, die kenne ich ja jetzt erst seit einem dreiviertel Jahr, die ist jetzt auch, hat ihr Examen gemacht und ist auch ins Krankenhaus gegangen. Da war das auch klar, weil die war auch nicht, sage ich mal, in dieser Beziehungspflege, das war der alles zu popelig, zu anstrengend, die Transfers [...] Das war zu anstrengend, zu viel waschen, obwohl beim Altenpflegeheim II, ich mache ja nur Spätdienst und der Frühdienst, die Examierte muss vielleicht drei, vier Leute waschen, also das ist wirklich Pupskram. Also im Gegensatz zu sonst was ich kenne ist das ja gar nichts, ja? Die ist halt auch weg. Die hat aber sehr gut Deutsch gelernt, also das war wirklich für das Altenpflegeheim ein Verlust, muss ich sagen. Aber von der Einstellung her war das klar, dass die nicht in der Altenpflege bleibt.“ (Martina B., examinierte Altenpflegerin, Altenpflegeheim II, Hessen)

Ähnlich wie bei den neu migrierten Pflegefachkräften zeigen die Interviews mit den etablierten Pflegefachkräften einen sehr großen Ökonomisierungsdruck sowohl im Krankenhaussektor als auch in der stationären Altenpflege. Die Pflegefachkräfte haben immer mehr Patienten bzw. Altenheimbewohner zu versorgen, ohne dass sie bestimmte Arbeitsaufgaben an Pflegehelfer delegieren können. In dieser Situation, so zeigen die Interviews, wird erwartet, dass die Pflegefachkräfte aus dem Ausland unter den vorherrschenden Bedin-

gungen gleich funktionieren und volle Leistung erbringen, damit die angespannte Lage stabilisiert wird. Obwohl das Re-Skilling dabei als große Belastung für die ganze Belegschaft gesehen wird, hinterfragen die Vorgesetzten bzw. Kollegen der neu migrierten Pflegefachkräfte dessen Notwendigkeit nicht:

„Ich habe, als das erste Mal jemand kam, so viel erwartet, ja? Ich habe einen Lebenslauf gelesen, da stand ‚Bachelor Pflege‘, dann stand da noch ‚Magister‘ und noch ein zweiter Magistertitel und dann kam sie und konnte weder Deutsch, also es war unheimlich schwer, sich zu verständigen. Und wir mussten bei absolut *Null* anfangen, also wirklich, *Nichts*. Und so war das bei der zweiten auch. Und bei der dritten. Und dann war’s schon ‚Huh‘ [...] Das war *viel* Arbeit.“ (Michael M., Praxisanleiter/Mentor (Station A), Krankenhaus I)

2.3 Zwischenfazit

Im Laufe des Migrationsprozesses findet eine Neu-Bewertung der jeweiligen Qualifikationen und Kompetenzen statt (Csedó 2008; Moroşanu 2016). Am Beispiel der Migration von Pflegefachkräften erfolgt dies nicht nur in Bezug auf Kenntnisse und Kompetenzen, sondern in Bezug auf betriebliche Hierarchien entlang von Professionsgrenzen zwischen Ärzten und Pflegekräften sowie entlang innerberuflicher Qualifikationsebenen wie zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften. Unsere Studie zeigt, dass diese Hierarchien immer wieder hergestellt werden, nicht nur diskursiv, sondern auch in der betrieblichen Praxis, indem neu migrierten Pflegefachkräften eine niedrigere Position in der betrieblichen Hierarchie zugewiesen wird. Als Neuankömmlinge werden sie zunächst als Außenseiter betrachtet und oft als Schüler/Lernende eingeordnet, so dass eine souveräne Neu-Aushandlung ihrer Kompetenzen oder eine Darstellung ihrer anders gelagerten Fachlichkeit verhindert wird.

Aus der betrieblichen Perspektive, die in den Interviews mit den etablierten Pflegefachkräften und Vorgesetzten zum Ausdruck kommt, werden die Fachlichkeitskonflikte als De-Skilling- und Re-Skilling-Prozesse gedeutet. Es scheint eine Notwendigkeit zu bestehen, die neu migrierten Pflegefachkräfte zu „schulen“. Die Perspektive der neu migrierten Pflegefachkräfte zeigt jedoch, dass die als De-Skilling und Re-Skilling dargestellten Konfliktsituationen der subjektiven Wahrnehmung der neu migrierten Pflegefachkräfte nicht entsprechen. Vielmehr zeigt sich hier das Problem der Nicht-Anerkennung der Kenntnisse und Kompetenzen der neu migrierten Pflegefachkräfte.

Die Gleichsetzung der ungleichen Pflegeabschlüsse durch das Anerkennungsgesetz und die damit einhergehende Entwertung der akademischen Fachlichkeitsanteile werden als Gleichbehandlung von Ungleichen wahrgenommen und als indirekte institutionelle Diskriminierung (Gomolla/Radtke 2002) gedeutet. Neu migrierte Pflegefachkräfte nehmen die Anerkennung von Berufsabschlüssen und die anders gelagerten Tätigkeitszuschnitte von Pflegefachkräften in Deutschland nicht als getrennte Phänomene wahr. Anders als von ihnen erhofft, führt die Anerkennung von Abschlüssen damit nicht zu einer Verschiebung von Aufgaben hin zu komplexeren Tätigkeiten. Wie unsere Interviews zeigen, beeinflusst die Desillusionierung über die beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten in hohem Maße die Bleibewahrscheinlichkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte in der Einrichtung bzw. in Deutschland.

Die Diskrepanz der unterschiedlichen Erwartungen zeigt sich in der Praxis, wo angeblich fehlende Kompetenzen der neu migrierten Pflegefachkräfte den Hintergrund der symbolischen Kämpfe bilden und die neu migrierten Pflegefachkräfte auf die Position des Außenseiters festlegen. In den narrativen Interviews wird die Hierarchie zwischen „Etablierten“ und „Außenseitern“ deutlich. Die neu migrierten Pflegefachkräfte benennen die Macht- und Hierarchiediskrepanz als ein Problem, das die Zusammenarbeit erschwert, können aber die Berufspraxis nicht in dem Maße gestalten wie die etablierten Pflegefachkräfte. Da die Prozesse der Macht- und Hierarchiestabilisierung entlang des Berufsbildes und Fachlichkeitsverständnisses verlaufen, werden die Leistungen der neu migrierten Pflegefachkräfte vor allem danach beurteilt, inwieweit sie sich an das System anpassen und es stabilisieren können. Dennoch entstehen unter den neu migrierten Pflegefachkräften Vergemeinschaftungsprozesse, welche die Emergenz von Koalitionen mit anderen neu migrierten Pflegefachkräften fördert. Diese ermöglichen gegenseitigen Austausch und Reflexion der subjektiven Ungerechtigkeits Erfahrungen sowie „normative Arbeit“ (Dubet 2008) über Gerechtigkeitsfragen im Kontext vom Arbeitsalltag sowie in den Konflikten und Spannungen in der Arbeitssituation. Zudem helfen sie ein positives Selbstbild, trotz der negativen diskursiven Konstruktionen der Etablierten, aufrechtzuerhalten und fördern die Entwicklung von alltäglichen Bewältigungsstrategien, können aber im beruflichen Alltag als Gruppenbildung auch negativ wahrgenommen werden.

3 Kulturalisierung von Konflikten

Neben der Auseinandersetzung um die Fachlichkeit und Arbeitsorganisation erweist sich die Kulturalisierung von Konflikten als ein weiteres Problem betrieblicher Integration. Die Dimension der Kulturalisierung weist darauf hin, wie Handeln „durch die Brille des Konstrukts Kultur“ (Leiprecht 2001: 31) gedeutet wird. Kulturen werden dabei als „homogene Einheiten von Menschen konstruiert, die sich auf hegemoniale nationalstaatliche Werte und Normen berufen“ (Apitzsch 1990: 7). Somit werden Menschen bzw. soziale Gruppen auf ihre vermeintliche Kultur und „kulturelle Andersheit“ festgeschrieben. Dabei bleibt die Zuschreibungspraxis an sich und ihre Kontextualisierung in gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnissen unberücksichtigt. Unsere Studie zeigt, dass Konflikte, die ihren Ursprung in unterschiedlichen Fachlichkeitsverständnissen oder Arbeitsorganisationen haben, oft durch die Konstruktion kultureller Unterschiede erklärt werden. Es wird davon ausgegangen, dass Konflikte ihren Ursprung in der Verschiedenheit der Kulturen, in der Zugehörigkeit zu einer anderen Ethnie oder generell in der nationalen Herkunft haben. Damit wird mittels Kulturalisierung der Blick von grundlegenden Konfliktursachen abgelenkt.

3.1 Perspektive neu migrierter Pflegefachkräfte

Die Problematik der Kulturalisierung erscheint in den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften eher am Rande. Nationale Stereotypisierungen über die „Etablierten“ tauchen zwar als Erklärungsmuster für die Erfahrung von fachlichen Differenzen und Missachtung auf. Jedoch überwiegen die Versuche, die konfliktvolle Situation auf die psychosozialen Bedingungen der Interaktionspartner zurückzuführen. Dennoch werden Versuche sichtbar, konfliktvolle Auseinandersetzungen über Fachlichkeit nicht mit kulturellen Differenzen, sondern aus einem Machtungleichgewicht zu erklären.

In den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften, die im Krankenhaus arbeiten, konnten wir Bemühungen erkennen, Konflikte auf der Grundlage dessen zu interpretieren, wie der Andere als Mitglied einer Kollektivität denkt. Es geht bei diesem „Othering“-Prozess um Kategorisierungen und um die Nutzung nationaler Stereotypen. So interpretiert beispielsweise Alin J., der aus den Philippinen kommt und im Krankenhaus beschäftigt ist, die Erfahrungen in dem neuen Arbeitskontext durch eine Ty-

pisierung, die auch stereotype Züge trägt: „die Deutschen sind reserviert und distanziert“. Andere monieren ebenso die distanzierte Haltung in der beruflichen Praxis der „Deutschen“. Der Einsatz von kulturalisierten Stereotypen scheint der Interpretation unterschiedlicher Fachlichkeitsstandards und Berufsnormen in den nationalen Kontexten der beruflichen Erfahrung zu dienen. Diese Interpretation ist eindeutig wertend zugunsten der Berufsnormen des Herkunftskontextes. Andere Interviewte insbesondere aus Altenpflegeeinrichtungen und der häuslichen Intensivpflege, geben anstelle einer kulturalisierenden Interpretation der aufkommenden Konfliktsituationen einer individualisierenden und letzten Endes „singularisierenden Interpretation“ (vgl. Schmidt 2006) den Vorzug.

Dagegen tauchen in den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften immer wieder Erzählungen über herabwürdigende Handlungs- und Kommunikationspraktiken Etablierter auf, die von den neu migrierten Pflegefachkräften unterschiedlich gedeutet werden. Während einige das Gefühl von Unbehagen haben und nach den Worten für die Beschreibung ihre Exklusionserfahrungen suchen, sprechen andere von konkreten Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen. Zum Beispiel weist Maria S. aus Portugal, Pflegefachkraft im Krankenhaus, in ihrem Interview auf die Ungleichbehandlung von migrierten und etablierten Pflegefachkräften durch Vorgesetzte hin und deutet die Haltung gegenüber den neu migrierten Pflegefachkräften als „rassistisch“. In der narrativen Beschreibung zeigt sich eine Konfliktlinie zwischen den neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften. Die Fachlichkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte wird in Frage gestellt und einer starken bewertenden Kontrolle unterzogen. Hieraus erfolgt nach Maria S., insbesondere nach der Anfangszeit, eine ungerechte, diskriminierende „rassistische“ Behandlung, was sich in der mangelhaften Kommunikationspraxis und dem gestörten Verhältnis zu den Vorgesetzten zeigen würde.

Die Interviews zeigen, dass die individuell wahrgenommenen Erfahrungen von Missachtung und Diskriminierung die Bleibe- oder Exit-Absichten der Pflegefachkräfte und damit auch ihre betriebliche Integration beeinflussen. Es zeigt sich zudem, dass die geteilten konflikthaften Erfahrungen am Arbeitsplatz die neu Migrierten stärker aneinanderbinden und diese Gruppe, trotz unterschiedlicher Herkunftsländer, zur Unterstützungsressource machen. Anne K. aus Polen, beschäftigt im Krankenhaus, bringt solche Erfahrung der Gemeinsamkeit unter den neu migrierten Pflegefachkräften zum Ausdruck:

„Bei uns ist alles irgendwie verblichen. Da gibt es keine Unterschiede. Zumindest wahrscheinlich gibt es sowas, aber kann man das nicht so [...] Ich kann das nicht fühlen zum Beispiel an mich. Wir sind ein Team und wir versuchen so gut wie das geht zusammen arbeiten [...] Manchmal ist das so, wir sind von viele Länder auf Schicht und kein Deutscher. [...] Weil wir haben ganz viele Nationalitäten, ja. Portugal, Polen, Spanien hatten wir auch, Rumänien, von Asia, Afrika und Kroatien. Ganz viele.“ (Anne K., Krankenhaus)

Trotz der berichteten Erfahrungen von Diskriminierungen und Ungerechtigkeiten am Arbeitsplatz gehen die neu migrierten Pflegefachkräfte im Arbeitsalltag intuitiv einer Art von „pragmatischer Zusammenarbeit“ (Schmidt 2006) nach. Sie erkennen die Notwendigkeit, mit den etablierten Kollegen, trotz der „Differenzen“ und konflikthaften Erfahrungen, zusammenzuarbeiten. Diesen Mechanismus bringt Antonios N. im Interview sehr genau zum Ausdruck.

„Was willst du machen, willst du immer Streit oder willst du immer mit jemandem nicht sprechen? Klappt nicht, einfach klappt nicht. Das ist ein Muss. Natürlich, ich komme nicht mit allen zurecht, aber was willst du machen, das ist Muss, weil die Arbeit ist so. Wir müssen sprechen, kommunizieren und ist keine Büroarbeit mit Computer oder so was, geht nicht. Also ich hab' gesagt, das ist wirklich egal, ob ich mit den Leute klarkomme, oder die Leute mit mir zurechtkommen. Das ist ein Muss, ja. Was willst du machen? Wenn du willst, kannst du mit mir nicht sprechen, ja, ganz normal, aber [lacht] zwei, drei Stunden später du musst mit mir kommen, musst, weil ansonsten kriegst du keine Hilfe. Deswegen, ja.“ (Antonios N., Krankenhaus)

3.2 Perspektive etablierter Pflegefachkräfte

In den Interviews mit den etablierten Pflegefachkräften finden sich zahlreiche verschiedene kulturalisierende Stereotype und Denkfiguren:

„Also die Spanier, das ist ja schon lustig, wenn sie schon kommen und der Spanier sagt zu mir: ‚Ja, warum fangen denn die Fachkräfte hier immer um sechs an? [...] ‚Und wieso bekomme ich denn hier im Juli keine vier Wochen Urlaub, weil in Spanien macht jeder vier Wochen Urlaub im Sommer.‘ [...] Und dieser Arbeitsdruck, der in Deutschland da ist, den gibt es in Spanien scheinbar nicht. [...] Ja, also es ist nicht so, dass die Spanier nichts vermittelt bekommen haben. Und die [Spanien-Beauftragte der Einrichtung] hat am Anfang immer gesagt: ‚Och, die armen Spanier, und die müssen ja so viel arbeiten und lernen.‘ Und dann, wie das war: ‚Ja, die Spanier, die machen nichts, die sind ja stinkfaul.‘ Und dann haben die halt Druck bekommen, die Spanier.“ (Martina B., examinierte Altenpflegerin, Altenpflegeheim II)

In diesem Interviewabschnitt werden die Schwierigkeiten bei der betrieblichen Integration der Kollegen aus Spanien damit begründet, dass sie es aufgrund ihrer nationalen Zugehörigkeit gewohnt seien, morgens später zu arbeiten anzufangen und viel Urlaub zu machen. Es veranschaulicht, wie der pflegespezifische Diskurs zur Arbeitshaltung und Leistungsbereitschaft, der üblicherweise zur Hierarchiestabilisierung zwischen verschiedenen Berufsgruppen dient (in der Darstellung der Pflegefachkräfte können sie aufgrund ihrer Fachlichkeit und ihres Reflexionsvermögens deutlich mehr leisten als die Pflegehilfskräfte), auf die spanischen Kollegen ausgeweitet wird: Ihr vermeintlich geringeres Leistungsvermögen wird mit kulturalistischen Stereotypen begründet. Die dahinterstehende Funktionalität dient dazu, ihren nachgeordneten Status im Betrieb zu legitimieren.

Im Anschluss spricht Martina B. die fehlende Fachlichkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte an:

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

In dieser Ausführung wird argumentiert, wie die spanischen Pflegefachkräfte durch ihre berufliche Identität, die eine andere Arbeitsteilung vorsieht, sich nicht um die Belange und Bedürfnisse der Altenheimbewohnern kümmern und diese damit sogar gefährdeten. Außerdem wird ihnen die Fähigkeit abgesprochen, die Emotionsarbeit zu leisten, die in der Altenpflege gefragt ist.

Hier bestätigt sich die auch in anderen Zusammenhängen gewonnene Erkenntnis, dass bei heterogenen Belegschaften (Batnitzky/McDowell 2013) Spannungen aus dem betrieblichen Zusammenhang (z. B. akademische Qualifikationen, Fachlichkeit, Sprachkenntnisse) kulturalisiert und/oder mit (van Riemsdijk 2013) in den Kontext angenommener sozialer Bedürftigkeit gestellt werden (z. B. dass die Pflegefachkräfte aus ökonomischen Krisenländern „den Job wegen des Geldes“ machen müssten, nicht aber z. B. wegen intrinsischer Motivation, und dass dies ihre Leistungsbereitschaft mindere). Dadurch werden die Qualifikationen und Berufserfahrungen auf der ethnischen, kulturellen oder sozialen Ebene weiter entwertet.

Suchen bereits die Arbeitsmarktintermediäre und Einrichtungsleitungen nach der „idealen migrantischen Arbeitskraft“ (vgl. Findlay et al. 2013 und den Beitrag von [Rand et al.](#) in diesem Band), die eine mit einem bestimmten Herkunftsland assoziierte Arbeitseinstellungen mitbringt, wünschen sich die Vorgesetzten und die etablierten Pflegefachkräfte genormte und leicht einzuordnende Pflegefachkräfte als Kollegen. Dabei wird die Norm immer an der eigenen Person bzw. der selbst erlebten Sozialisation in den Pflegeberuf definiert und die Abweichung von der Norm in Abhängigkeit von der kulturellen Zugehörigkeit gesehen.

3.3 Zwischenfazit

Mit dem Fachlichkeitskonflikt einhergehende Kulturalisierungen, Stereotypisierungen und Diskriminierungserfahrungen stellen ein konfliktreiches Spannungsfeld der betrieblichen Integration dar. Kulturalisierungen im Sinne der Konstruktion kultureller Differenz erscheinen bei allen interviewten Gruppen im Feld, aber besonders ausgeprägt in den Interviews mit den Vorgesetzten und etablierten Pflegefachkräften. Hier zeichnen sich Vorstellungen von kulturellen Unterschieden und damit einhergehenden kulturellen Praktiken ab, die in einem hierarchischen, bewertenden Verhältnis zueinander stehen. In den Interviews mit den neu migrierten Pflegefachkräften finden sich auch kulturalisierende Stereotype, jedoch werden Konflikte häufiger aus einer situativen Perspektive, welche die psychosozialen Bedingungen der Betroffenen berücksichtigt, gedeutet. In manchen Fällen werden wahrgenommene Ausschluss-, Missachtungs- und Diskriminierungshandlungen seitens der etablierten Pflegefachkräfte von den neu migrierten Pflegefachkräften als rassistische Handlungen interpretiert.

Auf der Grundlage der dargestellten Spannungsverhältnisse kann festgehalten werden, dass sich die Kulturalisierung kontraproduktiv auf die Entstehung der betrieblichen Bindung auswirkt und Denkweisen, die sich auf Stereotype stützen, fördert. Denn die Kulturalisierung geht meistens mit der Defizitperspektive einher. Die Fachlichkeit und Arbeitshaltung der neu migrierten Pflegefachkräfte werden abgewertet, und diese Abwertung wird mit der Konstruktion kultureller Unterschiede erklärt. Diese abwertende Haltung legitimiert die herrschenden Normalitätsvorstellungen im Betrieb und stabilisiert die gegebene hierarchische Ordnung. Zudem fungiert die Dimension der Kulturalisierung als eine Art von Grenzmarkierung zwischen den etablierten und neu migrierten Pflegefachkräften und ihren hierarchischen

Positionen. Da die Konflikte, die im Arbeitsalltag in Bezug auf Fachlichkeit und Arbeitsorganisation entstehen, kulturalisiert werden, werden sie auch zugleich de-kontextualisiert, auf imaginierte kulturelle Unterschiede zurückgeführt und mit diesen erklärt. Dies bedeutet, dass der tatsächliche Kontext des Konflikts nicht berücksichtigt wird und keine reflexive Auseinandersetzung mit den alltäglichen Interaktions- und Kommunikationspraktiken und den daraus entstehenden Problemen stattfindet.

4 Fazit und Ausblick

Die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland gilt als eine Strategie zur Sicherung des Fachkräftebedarfs: Sowohl im Krankenhaussektor als auch in der stationären Altenhilfe wurden in den vergangenen Jahren zunehmend Pflegefachkräfte aus dem Ausland eingestellt – viele davon als Ergebnis gezielter Anwerbeinitiativen. In den Einrichtungen erweist sich jedoch eine nachhaltige betriebliche Integration als eine große Herausforderung. Dass eine nachhaltige betriebliche Integration noch schwierig ist, zeigen Konflikte im Prozess der betrieblichen Integration, die mit einer hohen Unzufriedenheit sowohl der neu migrierten als auch der etablierten Pflegefachkräfte einhergehen. Wie unsere empirische Untersuchung zeigt, verlaufen diese Konflikte betrieblicher Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten entlang der Dimensionen „Fachlichkeit“, „Arbeitsorganisation“ sowie „Kulturalisierung“.

Unsere Erhebungen machen deutlich, dass nicht nur die Diskrepanz in der Wahrnehmung der Fachlichkeit und Kompetenzen der neu migrierten Pflegefachkräfte den Hintergrund der symbolischen Kämpfe im Gesundheits- und Pflegebereich bildet. Vielmehr handelt es sich hier um ein strukturelles Problem der Hierarchisierung und Machtdifferenz, die neu migrierte Pflegefachkräfte in die Position des Außenseiters bringt. Hieraus entstehen Spannungsverhältnisse und Konfliktpotenziale, die sich in der Wissenszurückhaltung und dem Einsatz der Deutschkenntnisse als Hierarchisierungsmittel zeigen und gleichzeitig als Mittel der Verteidigung der symbolischen Macht der Etablierten fungieren. Die neu migrierten Pflegefachkräfte reagieren auf die konflikthaftern Spannungen mit einer ambivalenten Anpassung, mit systematischem Lernen oder Exit. Zum letzteren zählen der Wechsel der Station, der Wechsel in ein anderes Krankenhaus oder in einen anderen Sektor, weitere Migration oder Rückkehr ins Herkunftsland. Zudem finden im Kontext der Spannungsverhältnisse Gruppenbildungsprozesse statt, sowohl auf der Seite der neu migrierten als auch auf der Seite der etablierten Pflegefachkräfte, was wie-

derum die kommunikative Trennung verstärkt und die Interaktion erschwert.

Aus unserer Forschung wird deutlich, dass die in den meisten Fällen funktionierende betriebliche Zusammenarbeit der neu migrierten und etablierten Pflegefachkräfte vor allem dem Mechanismus der „pragmatischen Integration“ (Schmidt 2006) zu verdanken ist. Diese entsteht aus der Notwendigkeit der Kooperation am Arbeitsplatz, heißt aber nicht, dass die Betroffenen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden sind. Viele von uns interviewte Pflegefachkräfte schöpfen Kraft aus der Vorstellung eines zukünftigen Exits. Eine langfristige Bindung an die Einrichtung kann nur auf der Zufriedenheit der Mitarbeiter basieren. Angesichts der kommunikativen Fragmentierung des Feldes wäre ein Ziel der betrieblichen Integrationsarbeit, Kommunikationsformen zu schaffen, die das Zusammenkommen, den Austausch und die Verständigung zwischen den neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften fördern und zur Schaffung einer Arbeitsatmosphäre führen, die frei von Kulturalisierungen und Diskriminierungen ist. Hier sind nicht nur die Betriebe gefordert, Instrumente des „Integrationsmanagements“ zu entwickeln, wenn eine nachhaltige Zufriedenheit aller Beschäftigten erreicht werden soll.

Das bisher im Feld umgesetzte betriebliche Integrationsmanagement fokussiert in der Regel nur auf zugewanderte Pflegekräfte, während die etablierten Pflegekräfte als Beobachter des Geschehens und Bewertungsinstanz fungieren. Deutlich wird dies bspw. an der angebotenen sozialen Unterstützung bei der Wohnungssuche, die von den etablierten Pflegefachkräften insbesondere angesichts der schwierigen Wohnraumsituation in den Städten als ungerechtfertigte Sonderbehandlung empfunden wird. Betriebliche Integrationsaktivitäten beziehen sich zudem auf die fachliche Anweisung der neu migrierten Pflegefachkräfte im Sinne einer Anpassung an fachliche Abläufe und Standards, die in Deutschland gelten. Die Gleichsetzung der neu migrierten Pflegefachkräfte mit Auszubildenden durch die Beobachter steht deutlich für das kollektive Ausblenden der Vorerfahrungen und Qualifikationen aus dem Ausland. Beide Strategien des betrieblichen Integrationsmanagements verstärken die Abgrenzung und sind wenig förderlich für eine gleichberechtigte Verständigung.

Kommunikation zwischen neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften kann verbessert werden, wenn an den Ursachen der Konflikte angesetzt wird. Vielfach beruhen Konflikte auf Missverständnissen und Unwissenheit auf beiden Seiten, denen jeweils nicht klar ist, dass sie bestimmte Verhalten der anderen ausschließlich im Rahmen des eigenen Referenzsystems bewerten, was diesem nicht gerecht werden kann. Dies zeigt sich plastisch am Beispiel der Ausbildung. Während die etablierten Pflegekräfte die

akademische Qualifikation der Zugewanderten als praxisfern bewerten, da dies ihrem Erfahrungshorizont mit deutschen pflegewissenschaftlichen Studiengängen entspricht, und gleichzeitig nicht erkennen können, dass es sich bei der akademischen Qualifikation der neu migrierten Pflegekräfte um eine grundständige Ausbildung handelt, orientieren sich auch die Letzteren am Referenzsystem ihres Herkunftslands. Dies zeigt sich bspw. daran, dass sie ihre akademischen Abschlüsse deutlich höher bewerten als den examinierten Pflegeabschluss in Deutschland, denn in ihren Herkunftsländern werden (nicht akademische) Ausbildungen nur für leistungsschwache Schulabsolventen und einfache Berufsausbildung angeboten. Um diese Missverständnisse abzubauen, bedarf es der Transparenz, also gezielter Informationen über die unterschiedlichen Ausbildungssysteme in der Pflege und Karrierepfade sowohl in den Herkunftsländern als auch in Deutschland.

Ähnliches gilt für die unterschiedlichen Formen der Arbeitsorganisation. Eine elektronische Plattform könnte solche Informationen gezielt für alle Beschäftigten vorhalten und damit eine wesentliche Grundlage für Verständigung darstellen.

Konflikte zwischen neu migrierten und einheimischen Pflegefachkräften entzündeten sich häufig auch an den Themen Arbeitsorganisation und Delegation. Hier bestehen nicht nur grundsätzlich andere Formen zwischen Deutschland und den meisten anderen Ländern, sondern es handelt sich auch um jene Bereiche, an welchen sich der Innovationsstau in der Pflege in Deutschland festmachen lässt. Denn der ökonomischen Rationalisierung der Gesundheits- und Pflegebetriebe sind keine grundlegenden Reformen auf der Personalseite, gerade in den Bereichen Arbeitsorganisation und Delegation, gefolgt. Daraus resultierend sind alle Pflegekräfte permanent mit Widersprüchen zwischen ihren fachlichen Ansprüchen und der Arbeitswirklichkeit konfrontiert. Der Verweis der ausländischen Pflegefachkräfte auf andere Formen (im Ausland) praktizierter Arbeitsorganisation mit anderen Arten der Aufgabenteilung und umfangreicher Delegation von Aufgaben an Assistenzkräfte provoziert in hohem Maße, zumal die angestammten Pflegefachkräfte meistens keine Möglichkeit sehen, auf Veränderungen der eigenen Arbeitsorganisation einzuwirken. Aus diesem Grunde wäre es Aufgabe des Managements bzw. der Träger der Einrichtungen, im Sinne einer Organisationsentwicklung, innerhalb der Arbeitsprozesse Orte zu schaffen, an welchen sich etablierte und neu migrierte Pflegefachkräfte gleichberechtigt begegnen können. Dort könnten sie aufgrund ihrer unterschiedlichen Vorerfahrungen innovative Lösungen für Arbeitsorganisation und -teilung, soweit diese im Rahmen der Organisationen gestaltbar sind, gemeinsam entwickeln. Hetero-

genität wäre dann kein „Problem“, sondern vielmehr eine Ressource für dringend erforderliche Innovationen in der Pflege. Die Beteiligten bedürfen dafür jedoch einer Unterstützung durch Coaches oder andere Experten, um bestehenden Kommunikationsbarrieren zu überwinden. Auch Informationen der oben skizzierten Plattform können helfen, die Verständigung zu unterstützen.

Die Aktivitäten innerhalb der Betriebe bedürfen zudem einer Flankierung durch die Ausbildung, die wesentlichen Einfluss auf die berufliche Sozialisation von Pflegekräften hat. Eine bereits dort stattfindende Sensibilisierung für Systemunterschiede und daraus resultierende Potenziale für Innovationen in den Pflegeeinrichtungen kann einen wichtigen Beitrag für eine verbesserte Kommunikation zwischen allen Pflegekräften leisten.

5 Literatur

- Apitzsch, U. (1990):** Kultur und Migration. In: Sozialwissenschaftliche Literatur-Rundschau 23: 5–23.
- Batnitzky, A./McDowell, L. (2013):** The emergence of an ‘ethnic economy’? The spatial relationships of migrant workers in London’s health and hospitality sectors. In: Ethnic and Racial Studies 36 (12): 1997–2015.
- Batnitzky, A./McDowell, L. (2011):** Migration, nursing, institutional discrimination and emotional/affective labour: ethnicity and labour stratification in the UK National Health Service. In: Social & Cultural Geography 12 (2): 181–201.
- Bourdieu, P. (1983):** Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Reinhard Kreckel (Hrsg.): In: Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2: 183–198.
- Csedő, K. (2008):** Negotiating Skills in the Global City: Hungarian and Romanian Professionals and Graduates in London. In: Journal of Ethnic and Migration Studies 43 (5): 803–823.
- Dubet, F. (2008):** Ungerechtigkeiten – Zum subjektiven Ungerechtigkeitsempfinden am Arbeitsplatz. Hamburg: Hamburger Edition.
- Elias, N./Scotson, J. L. (1993):** Etablierte und Außenseiter. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Erikson, E. H. (1966):** Identität und Lebenszyklus: drei Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Etzioni, A. (1969):** The Semi-Professions and Their Organisation. New York: Free Press.
- Findlay, A./McCullum, D./Shubin, S./Apsite, E./Krisjane, Z. (2013):** The role of recruitment agencies in imagining and producing the ‘good’ migrant. In: Social and Cultural Geography 14 (2): 145–167.
- Gomolla, M./Radtke, F.-O. (2002):** Institutionelle Diskriminierung: die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. Opladen: Leske + Budrich.
- Hochschild, A. R. (1983):** The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A. R. (1979):** Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. In: American Journal of Sociology 85 (3): 551–575.
- Honneth, A. (1994):** Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kuhlmann, E./Groenewegen, P. P./Batenburg, R./Larsen, C. (2015):** Health Human Resources Policy in Europe. In: Kuhlmann, E./Blan, R. H./Bourgeault, I. L./Wendt, C. (Hrsg.): *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. London: Palgrave Macmillan: 289–307.
- Kuhlmann, E./Bourgeault, I. L./Larsen, C./Schofield, T. (2012):** Gendering Health Human Resource Management and Policy. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan: 72–91.
- Leiprecht, R. (2001):** Alltagsrassismus. Eine Untersuchung bei Jugendlichen in Deutschland und den Niederlanden. Münster: Waxmann.
- Mecheril, P. (2003):** Prekäre Verhältnisse. Über natio-ethno-kulturelle (Mehrfach-)Zugehörigkeit. Münster: Waxmann.
- Mecheril, P./Thomas-Olalde, O./Melter, C./Arens, S./Romaner, E. (2013):** Migrationsforschung als Kritik? Erkundung eines epistemischen Anliegens in 57 Schritten. In: Mecheril, P./Thomas-Olalde, O./Melter, C./Arens, S./Romaner, E. (Hrsg.): *Migrationsforschung als Kritik? Spielräume kritischer Migrationsforschung*. Wiesbaden: Springer VS: 7–55.
- Moroşanu, L. (2016):** Professional Bridges: Migrants' Ties with Natives and Occupational Advancement. In: *Sociology* 50 (2): 349–365.
- Pavolini, E./Kuhlmann E. (2016):** Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions. In: *Health Policy* 120 (6): 654–664.
- Pütz, R. (2003):** Culture and Entrepreneurship – Remarks on Transculturality as Practice. In: *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie* 94 (3): 554–563.
- Schmidt, W. (2006):** Pragmatische Zusammenarbeit. Kollegialität und Differenz bei Beschäftigten deutscher und ausländischer Herkunft in Industriebetrieben. In: *Zeitschrift für Soziologie* 35 (6): 465–484.
- van Riemsdijk, M. (2013):** Everyday Geopolitics, the Valuation of Labour and the Socio-Political Hierarchies of Skills: Polish Nurses in Norway. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies* 39 (3): 373–390.
- Werlen, B. (1997):** Sozialgeographie. Stuttgart: Steiner-Verlag.
- Wrede, S. (2012):** Nursing: Globalization of a female-gendered profession. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. London: Palgrave Macmillan: 471–487.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Guhlich, Anna, Institut für Sozialforschung (IfS) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Kontos, Maria, Institut für Sozialforschung (IfS) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Larsen, Christa, Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt

Pütz, Robert, Institut für Humangeographie, Goethe-Universität Frankfurt

Rand, Sigrid, Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt

Ruukonen-Engler, Minna-Kristiina, Institut für Sozialforschung (IfS) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Zur Fachkräftesicherung in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen werden ausländische Pflegefachkräfte zum Teil aktiv von deutschen Einrichtungen angeworben. Die vorliegende Analyse des betrieblichen Integrationsprozesses migrierter Pflegefachkräfte zeigt Spannungsverhältnisse auf, die zwischen neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften am Arbeitsplatz entstehen und die entlang der Dimensionen von Fachlichkeit, Arbeitsorganisation und Kulturalisierung verlaufen. Zudem werden Lösungspotenziale skizziert.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-331-7