

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Arbeitsfähigkeit des Gesundheitspersonals mit Migrationshintergrund: Eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Pflege- und Gesundheitswissenschaft

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Dipl.-PGW Petrit Beqiri, geboren am 27. April 1972 in Pemishte (Kosovo)

Betreuer: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachterin/Gutachter:

1. Prof. Dr. Phil. Habil. Johann Behrens, Halle
2. Prof. Dr. med. Ulrich Laaser, Bielefeld
3. Prof. Dr. Christa Them, Hall in Tirol

08.01.2019

20.08.2019

Referat

Hintergrund und Fragestellung: Eingewanderte Pflegekräfte sind eine wichtige Arbeitnehmergruppe und werden in der Zukunft noch an Relevanz gewinnen (OECD, 2013; Kingma, 2006). Obwohl die aktuelle Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung eine Wirkung von migrationsbedingten Prozessen auf die Ausprägungen der Faktoren der Arbeitsfähigkeit annimmt, fehlen bisher diesbezüglich wissenschaftliche Erkenntnisse. Gleichwohl bestätigt die Literaturübersicht über eingewanderte Pflegekräfte erhebliche Belastungen am Arbeitsplatz.

Daher lauteten die Forschungsfragen dieser Arbeit: Unterscheiden sich Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland bezüglich der Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren? Lassen sich Hinweise zu Ansätzen ableiten, um geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Schadensvorbeugung und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu gestalten und in das betriebliche Gesundheitsmanagement zu integrieren?

Methoden: In einer Beobachtungsstudie mit quantitativem Ansatz und deskriptivem Design wurden mit Hilfe des Screening-Instruments „WiN“ (Workability in Nursing) die unterschiedlichen Ausprägungen von Arbeitsfähigkeitsfaktoren zwischen Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund in deren Arbeitsumgebung überprüft. Dazu wurden Daten über Selbsteinschätzungsfragebögen von einheimischen Pflegekräften in kosovarischen (251) und deutschen Krankenhäusern (503) sowie kosovarischen Pflegekräften (60) in deutschen Krankenhäusern erhoben und verglichen. Die Datenkonsistenz wurde mit Cronbach's Alpha überprüft, der Einfluss von Kovariaten mit ANCOVA justiert und das allgemeine Signifikanzniveau mit einem multiplen Vergleichstest nach Bonferroni überprüft.

Ergebnisse: Die Beobachtungsstudie stellte Unterschiede zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland bezüglich der Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen bei insgesamt neun Faktoren der Arbeitsfähigkeit im Bereich Gesundheit, Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung, und Umgebung fest. Einige Unterschiede entsprachen dabei nicht den Feststellungen der Literatur bezüglich Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften. Z. B. wurden „emotionale Anforderungen“, „Zeitdruck“ und „Einschätzung Organisation allgemein“ von eingewanderten Pflegekräften als weniger belastend eingeschätzt.

Zusammenfassung: Auf Grundlage dieser Untersuchung konnten Unterschiede zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland bezüglich der Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Faktoren der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Um Ansätze zur nachhaltigen Förderung der Arbeitsfähigkeit bzw. Schadensvorbeugung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund gestalten zu können, bedarf es dringend einer Verbesserung der Datenlage und weiterer spezifischer Forschung.

Beqiri, Petrit: Arbeitsfähigkeit des Gesundheitspersonals mit Migrationshintergrund: Eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Dissertation, 79 Seiten, 2018

„Die Arbeit von Morgen wird eine
andere als die von heute sein.

Wie auch immer sie sich konkret darstellt –
sie wird entscheidend durch die
Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten geprägt.“

Hans-Joachim Fuchtel,
Parlamentarischer Staatssekretär
beim Bundesministerium für
Arbeit und Soziales, 2013

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Arbeitsfähigkeit	4
1.2	Die Grundlagen des finnischen Arbeitsfähigkeitsförderungskonzepts	4
1.2.1	Das Konzept der „Förderung der Arbeitsfähigkeit“ (Work Ability Concept)	4
1.2.2	„Das Haus der Arbeitsfähigkeit“	8
1.2.3	Der Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index – “WAI”)	17
1.2.4	Workability in Nursing („WiN“)	18
1.3	Arbeitsfähigkeit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund	19
1.3.1	Die Situation der Arbeitsmigration in der Pflege weltweit	20
1.3.2	Die Situation der Arbeitsmigration in der Pflege in Deutschland	20
1.4	Stand der Literatur über die besonderen Belastungsfaktoren bei Arbeitsmigranten im Pflegesektor bezüglich der Arbeitsfähigkeitserhaltung bzw. –förderung	21
1.4.1	Relevante Belastungsfaktoren aus der Literaturübersicht bezüglich der Arbeitsfähigkeitsfaktoren des Arbeitsfähigkeitshauses	25
1.4.2	Sprache und Kommunikation	25
1.4.3	Deskilling	26
1.4.4	Rassismus und Diskriminierung	27
1.4.5	Kulturelle Unterschiede	28
1.4.6	Unterschiede in der Pflegepraxis	29
2.	Zielsetzung	31
2.1	Fragestellungen	31
2.2	Hypothesen	31
3.	Material und Methodik	32
3.1	Votum der Ethikkommission	32
3.2	Methodik der Beobachtungsstudie mit Querschnittsdesign	32
3.2.1	Teilnehmer	33
3.2.2	Das Screening-Manual „WiN“	33
3.2.3	Implementierung des Screening-Manuals „WiN“ in die Beobachtungsstudie	36
3.3	Statistische Methoden	37
3.3.1	Die Analyse der internen Konsistenz (Cronbach’s Alpha)	37
3.3.2	Die Kovarianzanalyse (ANCOVA)	38
4.	Ergebnisse	39
4.1	Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu physischer, psychischer und sozialer Gesundheit	45
4.2.	Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu berufsspezifischen Kompetenzen sowie beruflichen Kenntnissen	48
4.3	Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu sozialen und moralischen Werten	48
4.4	Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung	49
5.	Diskussion	53
5.1	Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Zielfaktoren der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit	53
5.1.1	Relevante Aspekte der physischen Gesundheit	53
5.1.2	Relevante Aspekte der psychischen Gesundheit	54
5.1.3	Relevante Aspekte der sozialen Gesundheit	55
5.1.4	Relevante Aspekte zu kognitiven Stresssymptomen	56
5.2	Diskussion der Zielfaktoren der berufsspezifischen Kompetenzen sowie beruflichen Kenntnissen	56

5.3	Diskussion der Ergebnisse der Zielfaktoren zu sozialen und moralischen Werten.....	58
5.4	Diskussion der Ergebnisse der Zielfaktoren Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung	59
5.5	Hinweise zu Ansätzen und Empfehlungen für die Gestaltung geeigneter Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung bzw. Schadensvorbeugung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	63
5.6	Diskussion der Methoden	66
6.	Zusammenfassung	68
7.	Literatur	70
8.	Thesen.....	78

Lebenslauf

Selbstständigkeitserklärung

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Danksagung

1. Einleitung

Nach Mangold (1999, S. 12) stehen wir aktuell drei großen Trends gegenüber, die starke Wirkungen auf die Arbeitswelt haben: Der erste ist die zunehmende Globalisierung der Weltwirtschaft, der zweite ist der wirtschaftliche Strukturwandel hin zur Dienstleistung und der dritte Trend ist die Entstehung der Wissensgesellschaft.

Sowohl die Gesellschaft als auch die Betriebe und letztendlich das Individuum selbst sind von diesen Trends betroffen. Entsprechend erfahren die Struktur der Arbeit und die Arbeitsanforderungen einen bedeutenden Wandel.

Derartige Umgestaltungen beeinflussen erheblich nicht nur die sozialen betrieblichen Verhältnisse, sondern auch die Leistungsfähigkeit und die Zufriedenheit ganzer Abteilungen sowie das individuelle Befinden und Engagement einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 13). Trotz ihrer konkreten Bedeutung sind solche Veränderungsprozesse nicht einfach „objektive Realität“, die es zu bewältigen gilt. Vielmehr kann das individuelle Verhalten einzelner Beschäftigter davon richtungsweisend - positiv wie negativ - beeinflusst werden.

Unabhängig davon wie sich die Trends in Zukunft fortsetzen sollten, bleiben für die Betroffenen verschiedene Fragen offen (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 13):

- Wie werden die einzelnen Mitarbeiter auf diesen Wandel reagieren?
- Wie bewältigen sie den Veränderungsdruck?
- Inwieweit gelingt es ihnen, sich mit einem persönlichen und tragfähigen Handlungskonzept an der zukünftigen Entwicklung eines Unternehmens zubeeteiligen?
- In welcher Weise und in welchem Umfang kann das Unternehmen sie dabei unterstützen?

Diese Fragen sind nicht nur für die Betroffenen von großer Bedeutung, sondern auch für die Unternehmen selbst.

Die Arbeitswissenschaft als eine interdisziplinär ausgerichtete, angewandte Wissenschaft, die sich mit allen Fragen menschlicher Arbeit im Betrieb befasst, ist gefordert, eine wissenschaftliche Antwort auf diese Herausforderungen zu geben. Im Mittelpunkt der Betrachtungen der Arbeitswissenschaften steht dabei der ökonomische Einsatz menschlicher Arbeitskraft unter Anpassung der Arbeitsbedingungen an die körperlichen, geistigen und seelischen Eigenschaften des Menschen.

Mittlerweile gibt es gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse über die Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung, die bei der Gestaltung des Arbeitslebens beachtet werden müssen (Ilmarinen und Tempel, 2002). Durch die Berücksichtigung dieser Erkenntnisse erfuhr das ursprüngliche Beanspruchungs-/Belastungskonzept der Arbeitsmedizin - das gängigste und am meisten untersuchte Modell - eine entscheidende Erweiterung. So wurde zunächst die genauere Beschreibung von möglichen Belastungen und den daraus resultierenden Beanspruchungen der Individuen als zwei sich gegenüber gestellten Betrachtungsebenen verbessert und zusätzlich eine dritte Betrachtungsebene eingeführt: die

Ebene des individuell unterschiedlichen Bewertens und Handelns eines Menschen in einer bestimmten Situation (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 157).

Zudem konnten innovative Sichtweisen bezüglich des menschlichen Befindens als Bestandteil arbeitswissenschaftlichen Vorgehens etabliert werden. Im Sinne einer salutogenetischen Betrachtung (Antonovsky, 1997, S. 19) wird dieses nach wenigstens drei Komponenten beschrieben: eine physische, eine psychische und eine soziale Komponente. Diese drei Faktoren sind gleichberechtigt wirksam und können gleich starken Einfluss auf den Zustand eines Menschen nehmen. Beispielsweise kann physische Überlastung zu schweren psychischen und sozialen Störungen führen und umgekehrt können psychische Störungen schwere physische und soziale Beeinträchtigungen hervorrufen.

Ausgehend von der Prämisse, dass die Fähigkeit zu arbeiten eine wesentliche Grundlage menschlichen Handelns ist, erforschten finnische Wissenschaftler die Arbeitsfähigkeit als die Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 166). Ein wesentliches Ergebnis dieser finnischen Arbeitsfähigkeitsforschung ist, dass es letztlich darum geht, im Arbeitsalltag eine stabile Balance herzustellen zwischen den Belastungen durch die Arbeit, der Beanspruchung und den Ressourcen der Beschäftigten im Unternehmen - dem individuellen Potenzial der Mitarbeiterin und des Mitarbeiters.

Diese Balance kann in einem kontinuierlichen Dialog aus Untersuchung, Bewertung und gemeinsamem Handeln optimal gesichert werden (Gould et al., 2008, S. 181)

Dabei ist Planung, Durchführung und Überprüfung von Arbeitsschutzmaßnahmen grundsätzlich Aufgabe des Unternehmens respektive des Arbeitgebers. Genauso gilt es den Stand der Technik, der Arbeitsmedizin und der Arbeitshygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen (Kittner und Pieper, 2006, S. 117).

Das Konzept der „Förderung der Arbeitsfähigkeit“ (Work Ability Concept) und das Erhebungsinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit, der Arbeitsbewältigungs-Index „WAI“ (Work Ability Index), der nach jahrzehntelanger Forschung entstanden ist, wurden mittlerweile in mehreren Ländern und in hunderten von Betrieben weltweit eingesetzt. So bestehen aktuell wissenschaftlich gut gesicherte Daten über Arbeitsfähigkeitsfaktoren im Zusammenwirken mit Arbeitsanforderungen bei vielen unterschiedlichen Berufen. Vor allem der Zusammenhang zwischen Altern und den Arbeitsanforderungen wurde intensiv erforscht.

Das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen sind aufs Engste miteinander verknüpft und besitzen eine materielle, neurologische Grundlage. Außerdem ist das menschliche Gehirn kein starres, unveränderliches Gebilde, sondern zeitlebens lern- und entwicklungsfähig. Daher prägen Erfahrungen aus der Umwelt und ihre psychische Verarbeitung unsere Einstellungen und Verhaltensweisen von Geburt an bis ins hohe Alter und sind bedeutsam für die Veränderung und Neugestaltung neuronaler Verschaltungsmuster. Durch dieses wechselseitige Zusammenspiel von Biologie und sozialer Umwelt wird das Zusammenkommen menschlichen Verhaltens erklärbar (Walter, 2010, S. 77).

Dem Zufolge sollte die soziale Prägung bzw. der kulturelle Hintergrund der Individuen, die ihre Heimat verlassen und in einem fremden Land bzw. Gesellschaft arbeiten, sowohl bei Werten, Einstellungen, Verhaltensweisen als auch bei Erfahrungen und Auseinandersetzungen mit der „neuen“ Umgebung bei der Arbeitsfähigkeit bzw. den Arbeitsfähigkeitsfaktoren, Wirkungen entfalten. Dieser Aspekt wurde bisweilen sehr rudimentär oder gar nicht erforscht.

Der Pflegeberuf wird als einer der Berufe mit einem hohen Belastungsindex bewertet (Hasselhorn et al., 2005). Eine spezifische Gruppe innerhalb der Pflegekräfte, die den Berufsbelastungen in besondere Weise ausgesetzt ist, weltweit eine beachtliche Größe erreicht hat und perspektivisch immer größer wird, ist die Gruppe der eingewanderten Pflegekräfte.

Es liegt in der „Natur der Pflege“, dass die Pflegekräfte bei ihren Pflegeleistungen in die Autonomie bzw. Intimität ihrer Patienten eindringen (müssen). Somit spielen die soziale Prägung, individuelle Wertvorstellungen bzw. der kulturelle Hintergrund der eingewanderten Pflegekräfte, die ihre Heimat verlassen haben und in einem fremden Land bzw. Gesellschaft arbeiten, genauso wie die Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen der einheimischen Patienten eine wichtige Rolle in dieser Interaktion.

Damit diese Arbeitnehmergruppe langfristig ihr Potenzial erhalten und bestenfalls steigern kann, ist es erforderlich, dass sie auf förderliche Lebens- und Arbeitsrahmenbedingungen trifft. Diese sollen ihnen ermöglichen, bis in ihr hohes Lebensalter arbeitsfähig zu bleiben. Dabei steht eine erfolgreiche Integration, Gesundheitsförderung sowie Schadensvorbeugung im Vordergrund.

Basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung fehlen bisher relevante Erkenntnisse über Faktoren, die die Arbeitsfähigkeitserhaltung- und Förderung dieser Gruppe im Arbeitsleben bestimmen. Dem zufolge fehlen auch passende Maßnahmen, die entsprechende Programmanpassungen bzw. -gestaltungen für den spezifischen Bedarf diese Gruppe zur Arbeitsfähigkeitserhaltung- und Förderung anbieten würden.

Orientiert an den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse und dem Stand der Arbeitsfähigkeitsforschung erscheint eine Bestandsaufnahme der Unterschiede bei den Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland sehr wesentlich zu sein.

Um eine derartige Vergleichsanalyse zu ermöglichen, wird in dieser Arbeit eine Beobachtungsstudie bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund und einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland mit dem Screening-Instrument „WiN“ durchgeführt.

Die Erkenntnisse über die Unterschiede der Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland sollen ermöglichen, relevante Ansätze abzuleiten, um geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Schadensvorbeugung und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu gestalten.

1.1 Arbeitsfähigkeit

Der Begriff Arbeitsfähigkeit wurde zusammen mit dem Arbeitsbewältigungs-Index (Workability Index oder kurz „WAI“) in den 1980er-Jahren vor allem von Ilmarinen und Tuomi (2004) in Finnland geprägt.

„Workability is built on the balance between a person’s resources and work demands. A person’s resources consist of health and ability, education and competence, and values and attitudes“ (Ilmarinen, 2005, S.132).

Arbeitsfähigkeit wird zum einen durch die individuellen Ressourcen des Arbeitnehmers und zum anderen durch die Arbeit an sich bestimmt. Zu den individuellen Ressourcen des Arbeitnehmers zählen körperliche, mentale und soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz sowie individuelle Werte. Die Arbeit wird durch den Arbeitsinhalt, die Organisation, das soziale Umfeld und die Führung bestimmt. Zusammengefasst bezeichnet Arbeitsfähigkeit die Summe der Faktoren, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (Ilmarinen und Tempel, 2002). Arbeitsfähigkeit ist also immer ein Paar, das durch eine Person und eine Situation gekennzeichnet ist.

Richenhagen (2009) grenzt den Begriff der Arbeitsfähigkeit zunächst von dem volkswirtschaftlich relevanten Begriff der Arbeitsunfähigkeit ab. Letzterer legt den Fokus, auf die Situation *„[...] gesundheitlich nicht in der Lage [zu] sein, die am Arbeitsplatz übertragene Arbeit zu erledigen [...]“*. Außerdem werden die Unterschiede zu den Begriffen Leistungsfähigkeit und Berufsfähigkeit dargestellt (Richenhagen, 2009). Arbeitsfähigkeit bezeichnet Richenhagen (2009, S. 79) als die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf konkret zu benennende Arbeitsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die vor Ort zu erledigenden Arbeitsaufgaben. Somit wird Arbeitsfähigkeit nicht abstrakt und allgemein als Fähigkeit zur Arbeit verstanden, sondern als Fähigkeit zur Erledigung bestimmter Aufgaben in bestimmten Situationen (vgl. Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 166).

1.2 Die Grundlagen des finnischen Arbeitsfähigkeitsförderungskonzepts

Die finnische arbeitswissenschaftliche Forschungsgruppe um Ilmarinen et al. forschte viele Jahre zum Problem der sich verändernden Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten im Verlauf des Arbeitslebens. Daraus entstanden zwei wesentliche Resultate: das Konzept der „Förderung der Arbeitsfähigkeit“ (Work Ability Concept) und das Erhebungsinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit: der Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index – „WAI“).

1.2.1 Das Konzept der „Förderung der Arbeitsfähigkeit“ (Work Ability Concept)

Das Konzept nach Ilmarinen (1999) definiert Arbeitsfähigkeit als Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur konkreten, vom Unternehmen gestellten Arbeitsanforderung.

Es ist gekennzeichnet durch vier Faktoren: (1) Das Individuum mit seinen funktionellen Kapazitäten und seiner Gesundheit, (2) die menschen-, alters-, alterns- und geschlechtergerechten Arbeitsbedin-

gungen, (3) die professionelle Handlungskompetenz und (4) die kompetente Führungsorganisation mit Personalentwicklung, Führungsverantwortung und Arbeitskultur (s. Abb. 1).

Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit: Vier Faktoren, Untersuchungen und Maßnahmen



Abbildung 1: Vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzepts (angelehnt an Tempel et al., 2005)

Individuum: Funktionelle Kapazität, Gesundheit

An der Spitze der Betrachtung des finnischen Arbeitsfähigkeitskonzepts steht das Individuum, also die Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter (s. Abb. 1). Sie verfügen über physische, psychische und soziale Fähigkeiten, die als „funktionelle Kapazität“ beschrieben werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein Individuum, das einer bestimmten Tätigkeit nachgeht, entsprechende Voraussetzungen bezüglich der funktionellen Kapazität wie auch der Gesundheit mitbringt.

Zusätzlich zur funktionellen Kapazität der „reinen“ Arbeitsbewältigung gibt es stets noch Reservekapazitäten, die durch die Flächen in der Abb. 2 symbolisiert sind.

Ilmarinen (1999) beschreibt die Beziehungen zwischen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und (allgemeiner) funktioneller Kapazität als solche, die mehr umfassen als nur die Arbeitsfähigkeit. Die Flächen (s. Abb. 2) können als Reservekapazitäten oder Reserveenergien beschrieben werden. Denn Reserven sind auf allen Gebieten der funktionellen Kapazität notwendig für besondere Belastungen (und auch vorhanden):

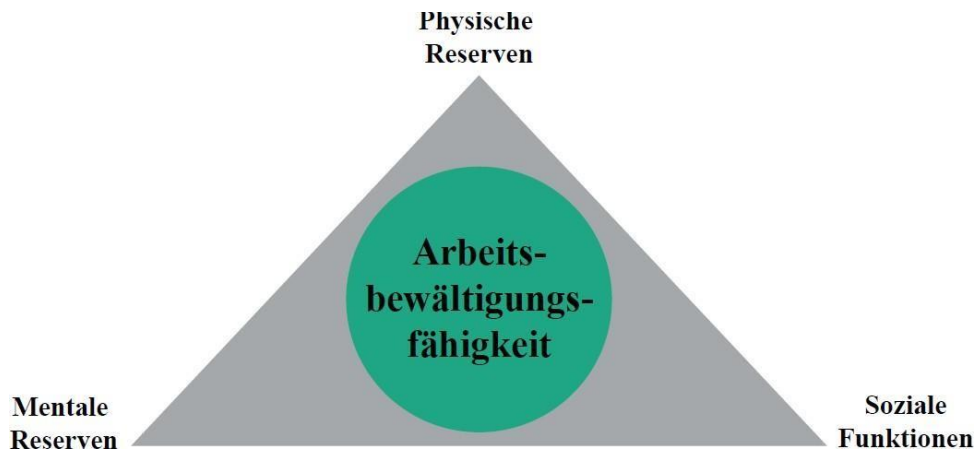


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen funktioneller Kapazität und Arbeitsfähigkeit (angelehnt an Tempel und Ilmarinen, 2013)

- Physische Reserven bedeuten sowohl die Fähigkeit, sich von Beanspruchungen durch die Arbeit zu erholen, als auch sich vor Überlastung und Verletzungen zu schützen.
- Mentale Reserven verhindern beispielsweise Erschöpfung bei der Arbeit, indem sie helfen, das vorgegebene Arbeitsquantum realistisch einzuschätzen. Sie setzen gleichzeitig Ressourcen frei für zusätzliches Training und Verbesserung der beruflichen Kompetenz.
- Reserven in den sozialen Funktionen befähigen die Betroffenen zum Aufrechterhalten, Verbessern und Verbreitern von sozialen Netzwerken sowohl im wie auch außerhalb des Arbeitslebens (Ilmarinen, 1999, S. 10).

Menschen-, alters-, alterns- und geschlechtergerechte Arbeitsbedingungen

Eine wichtige Voraussetzung für die menschen-, alters-, alterns- und geschlechtergerechten Gestaltung von Arbeitsabläufen ist, dass eine spezifische Arbeitsgefährdungsbeurteilung durchgeführt wird (Tempel et al., 2005, S. 32).

Dabei ist gesetzlich geregelt, dass die Gefährdungsbeurteilung nach dem Geschlecht der an einem Arbeitsplatz Beschäftigten und nach dem Alter der Betroffenen fragen muss. Die entsprechenden arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse müssen bei der Bewertung ebenfalls Berücksichtigung finden.

Das Arbeitsschutzgesetz regelt zum einen die Arbeitsgestaltung (*ArbSchG § 4*):

„Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.“

Zum anderen auch die Gefährdungsbeurteilung und die Arbeitsschutzmaßnahmen:

„Ein zentraler Bestandteil ist dabei die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung. Als eigenverantwortliche Aufgabe dient [diese] vorrangig der Einschätzung der betrieblichen Gefährdungssituation durch den jeweiligen Arbeitgeber. Er soll selbst ein Bild über die Arbeitsschutzsituation in seinem Betrieb gewinnen und evtl. nötige Maßnahmen in die Wege leiten. Bei Arbeitsschutzmaßnahmen sind

der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen“ (Kollmer, 2016, S. 27).

Professionelle Handlungskompetenz

Ausbildung, Weiterbildung und erworbenes Erfahrungswissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind entscheidende Voraussetzungen, eine gestellte Arbeitsanforderung zu bewältigen.

Menschen, die mit einer Arbeitsaufgabe betraut werden, müssen dieser aufgrund ihrer Kenntnisse gewachsen sein. Dies gilt auch jenseits von bester körperliche Verfassung oder eines regelmäßigen Fitnessstrainings. Die finnischen Verlaufsstudien, die bis heute fortgesetzt werden, haben als wichtigstes Ergebnis, dass die kontinuierliche Weiterbildung ein wesentlicher Bestandteil der Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters ist (Tempel et al., 2005, S. 35).

Anders als bei der privaten Bildung beziehen sich Bildungsmaßnahmen im Arbeitsleben immer auf die Erhaltung, Wiederherstellung und/oder Weiterentwicklung der professionellen Handlungskompetenz. Diese setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

Die *Fachkompetenz* umschließt die schulische Vorbildung und insbesondere die Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie bildet das Fundament der beruflichen Arbeit und ist eng verbunden mit dem „Ausbildungswissen“.

Methodenkompetenz wird im Verlauf des Arbeitslebens durch kontinuierliche Weiterbildung (learning by doing) entwickelt und erworben. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des „Erfahrungswissens“, das insbesondere ältere und älter werdende Beschäftigte besitzen. Dieselben Aspekte, die bei der Methodenkompetenz eine Rolle spielen, gelten auch für die *Sozialkompetenz*, die sich in einem erfolgreichen Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Kunden zeigt.

Im Zusammenhang mit der professionellen Handlungskompetenz - insbesondere der Sozialkompetenz - gewinnt die Teamarbeit immer mehr an Bedeutung für eine erfolgreiche Arbeitsbewältigung.

Viele Arbeitsabläufe sind in der alltäglichen Arbeit anders nicht zu bewältigen. Team-, Gruppen- und Kooperationsfähigkeit hat mittlerweile einen hohen Stellenwert bei der Gestaltung von Arbeitsanforderungen. Deshalb ist es unabdingbar, dass Menschen in einem bestimmten Umfang in der Lage sind, ihre Schwierigkeiten, die sie persönlich miteinander haben, soweit zurück zu stellen, dass Arbeitsablauf und Erfolg nicht gefährdet sind. Tempel et al. (2005, S. 36) bemerken dazu: Die Arbeit führt Menschen zusammen, die im privaten Bereich evtl. keinen Umgang miteinander pflegen würden. Der Nachbar, der mir „unangenehm ist“, wird nicht zum Kaffee eingeladen und man begrüßt sich allenfalls auf der Treppe. Daraus entstehen aber i. d. R. keinerlei Schwierigkeiten. Man hält einfach Abstand und redet nicht miteinander. Im Arbeitsleben ist diese Praxis unmöglich.

Team-, Gruppen- und Kooperationsfähigkeit hat auch in der Pflege eine hohe Wichtigkeit in der Bewältigung von Arbeitsanforderungen.

Weiterhin ist festzuhalten, dass auf die Komponenten der Handlungskompetenz Charakteristika wie Alter, Gender oder Kultur wirken können. Zwei der drei Komponenten der Handlungskompetenz (Methoden- und Sozialkompetenz) entwickeln sich beispielsweise stark altersabhängig (Tempel et al., 2005, S. 37). Alle Komponenten der Handlungskompetenz sind stark von Werten beeinflusst (Kuhlmann und Sauter, 2008, S. 26), die wiederum durch den kulturellen Hintergrund geprägt sind.

Es ist bedeutsam, dass sowohl Führungskräfte wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich solch unterschiedlicher Anforderungen und Entwicklungen wie Alter, Gender, Kultur im Rahmen des Arbeitsprozesses bewusst werden und bei ihrer Weiterbildung darauf achten. Dieser individuelle Entwicklungsprozess wird durch eine lernförderliche Arbeitsorganisation richtungsweisend unterstützt. Es ist wichtig, dass ausreichend Zeit im Arbeitsablauf zur Verfügung gestellt wird, um diese Lernprozesse zu ermöglichen. Es ist außerdem zu beachten, dass die verschiedenen Altersgruppen der Beschäftigten unterschiedlich lernen (Tempel et al., 2005, S. 37).

Kompetente Führungsorganisation

Die Ausführungen über die ersten drei Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzeptes zeigen die enorme Bedeutung einer kompetenten Führungsorganisation. Die Personalstruktur muss analysiert und weiterentwickelt werden. Dabei geht es nach Tempel et al. (2005, S. 38) nicht nur um die Erfassung der Altersstruktur sondern auch der Qualifikationsstruktur: Wer beherrscht welche Arbeitsabläufe und scheidet wann aus? Ist sichergestellt, dass das *individuelle* Erfahrungswissen einzelner Beschäftigter in das *betriebliche* Erfahrungswissen des Teams, der Abteilung oder des Betriebs überführt wird? Wie können die Führungskräfte mit älteren und älter werdenden bzw. kulturell unterschiedlich geprägten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgehen? Haben sie von ihnen ein Bild, das dem Defizitmodell entspricht? Oder haben Sie im Rahmen des betrieblichen Entwicklungsprozesses gelernt, diese für ihre besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse zu schätzen und als Träger dieses Wissens anzusprechen?

So entsteht insgesamt im Unternehmen eine Arbeitskultur, die den Rahmen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement bildet. Die Unternehmen bekommen die Möglichkeit, die historisch einmalige Anhäufung von professionellem Erfahrungswissen und die nachhaltige Verfügbarkeit von qualifizierter Arbeitskraft zu ihrem Vorteil zu nutzen.

Gleichzeitig entstehen dabei relativ stabile Arbeitsplätze, an denen eine subjektiv befriedigende Arbeit geleistet werden kann. Diese vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzeptes bilden gemeinsam die Grundlage für die systematische Erhaltung von guter Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Tempel et al., 2005, S 38).

1.2.2 „Das Haus der Arbeitsfähigkeit“

Wie im Belastungs-Beanspruchungs-Ressourcen Konzept dargestellt, bewertet und bewältigt der Mensch die Umgebungseinflüsse je nach deren Ausmaß und gleichzeitig nach seinen verfügbaren und nutzbaren personalen Ressourcen (s. S. 2). Dazu gehören Erfahrungen, Fertigkeiten und biologisches

Vermögen, aber auch die sozialen Ressourcen wie Unterstützung und Handlungsspielraum. Das Befinden und die Leistungsfähigkeit der Menschen spiegelt demnach die gelungene oder unausgeglichene Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen wider (Geißler et al., 2003, S. 82)

Im Zentrum der Betrachtung des finnischen Arbeitsfähigkeitsförderungsmodells steht also der Mensch mit seinen verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, die die wesentliche Grundlage der Arbeitsfähigkeit bildet.

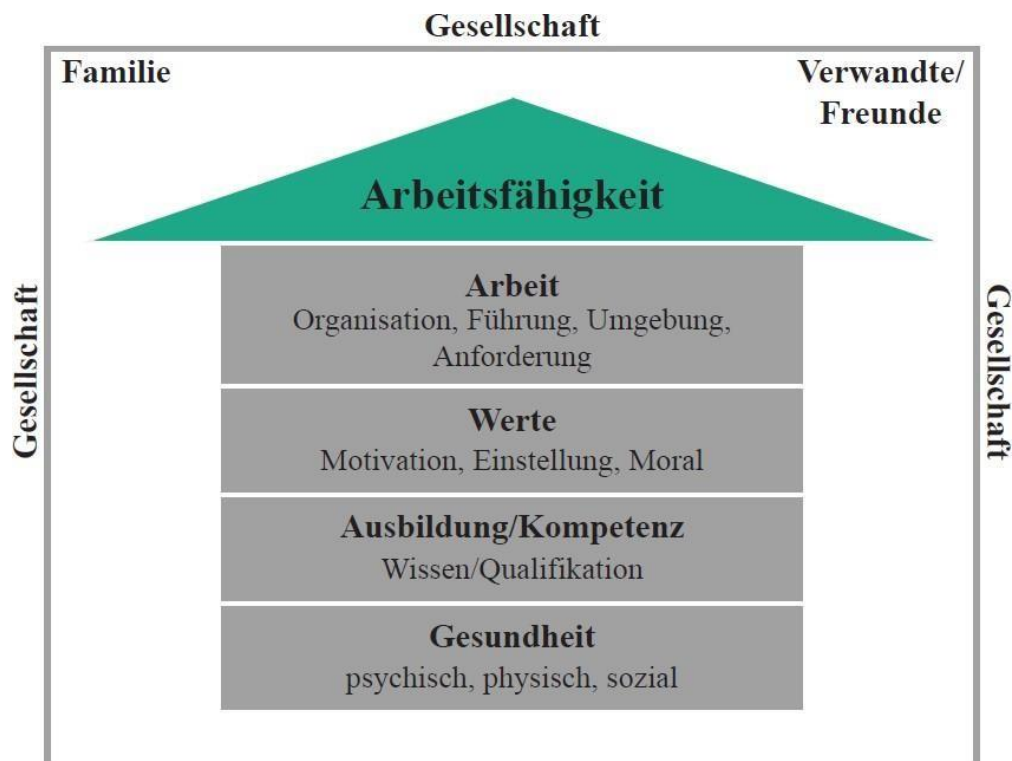


Abbildung 3: Das Haus der Arbeitsfähigkeit (eigene Darstellung nach Kling, 2008)

Ilmarinen (2006, S. 133) beschreiben die Faktoren, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussen, wie ein Haus mit vier Stockwerken. Die Faktoren Gesundheit, Kompetenz, Werte und Haltungen und die Arbeit beeinflussen unmittelbar die menschliche Arbeitsfähigkeit am Arbeitsplatz. Die Umgebung außerhalb des Hauses, die die Arbeitsfähigkeit beeinflusst, ist durch vier weitere Faktoren oder Rahmenbedingungen gekennzeichnet: Familie, persönliches Umfeld, regionale Umgebung, äußere Handlungsträger und die politische Ebene. Die drei zuletzt genannten Faktoren sind in der Abb. 3 in dem Begriff Gesellschaft zusammengefasst.

Das Modell des Hauses der Arbeitsfähigkeit setzt ein komplexes arbeitswissenschaftliches Verständnis der Arbeitssituation im Unternehmen voraus und verfügt über ein solides sozial- und arbeitswissenschaftliches Fundament (Ilmarinen und Tuomi et al., 2004). Es ist mittlerweile vielfach in der Praxis überprüft, bestätigt und weiterentwickelt worden – beispielsweise im Jahr 2000 im „Health 2000 Project“. Mit diesem Modell ist ein Bild entstanden, das nicht nur Forschung und Empirie abbildet, sondern auch der menschlichen Fantasie und dem offenen Dialog zwischen den Bewohnern Platz ein-

räumt (Ilmarinen, 2011, S. 21).

Die Ergebnisse von umfangreichen Forschungen zeigen auf, dass der Rundgang durch alle diese vier Stockwerke entscheidend ist für die Richtung und den Erfolg des Prozesses des Erhalts und der Förderung der Arbeitsfähigkeit. Jedes der Stockwerke bildet die Grundlage für das Nächste. Grundsätzlich kann es durch die jeweils stützende Struktur der Stockwerke bei Problemen in auch „nur“ einem von ihnen zur Gefährdung der Arbeitsfähigkeit insgesamt kommen. Man kann in einem Stockwerk anfangen, aber es ist nicht zielführend, sich allein auf dieses zu beschränken.

Im Folgenden sind die Charakteristika der Stockwerke dargestellt.

Erster Stock des Arbeitsfähigkeitshauses

Eine gute Arbeitsfähigkeit braucht ein stabiles Fundament – das bedeutet auch, dass es eine gute Arbeitsfähigkeit ohne Gesundheit nicht geben kann (Oldenbourg und Ilmarinen, 2010, S. 431). Das unterste Stockwerk bildet daher die Grundlage für alle weiteren Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit. Veränderungen in der Leistungsfähigkeit und der Gesundheit wirken unmittelbar auf die Arbeitsfähigkeit. Diesbezügliche Einschränkungen bedrohen damit die Arbeitsfähigkeit – umgekehrt bieten Gesundheit und Leistungsfähigkeit die Möglichkeit der Förderung der Arbeitsfähigkeit.

Gesundheit ist eine wichtige Bedingung für selbstständiges Handeln eines Menschen und setzt voraus, dass seine physischen, psychisch-geistigen und sozialen Fähigkeiten in einem einigermaßen stabilen Gleichgewicht stehen. Dabei geht es im Idealfall um einen Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet. Ein solches positives Gesundheitskonzept betont die Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen für die Gesundheit in gleicher Weise wie die körperlicher Fähigkeiten. Diesem Konzept entspricht auch das Belastungs-Beanspruchung-Ressourcen-Modell, wonach die stabile Balance zwischen den Belastungs- und Beanspruchungs-Faktoren die Basis für Gesundheit, Wohlbefinden und Effektivität bildet. Bei dem Arbeitsfähigkeitserhaltungsmodell regeln die „funktionalen Kapazitäten“ ein derartiges, stabiles Gleichgewicht als individuelle Grundlage für die Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen 2006, S. 171).

Ob jemand seine tägliche Arbeit ohne größere Beeinträchtigung mit seinen „funktionellen Kapazitäten“ (vgl. Abb. 1) leisten kann, hängt demzufolge nicht einfach von Gesundheit oder Krankheit eines Menschen ab. Oft ist es der Zustand der Reservekapazitäten derjenigen oder die Arbeitsanforderung selbst, die darüber entscheidet (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 45). Insbesondere chronische Krankheitsprozesse verlaufen zeitabhängig unterschiedlich stark und manifestieren sich oft erst dann, wenn die vielfältigen bio-psycho-sozialen Regulations- und Kompensationsmechanismen ausgeschöpft und/oder zusammengebrochen sind (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 94).

Menschen verfügen über Selbsthilfepotenzial und vielfältige Bewältigungsstrategien, um mit den Folgen einer Krankheit umzugehen. Dabei können verschiedene stabile Muster beobachtet werden, deren Unterstützung im betrieblichen Kontext sehr wichtig sein kann. Dies wird vor allem bei Mitarbeitern

mit chronischen Krankheiten sehr anschaulich. Ilmarinen (2006, S. 161) stellt dazu fest: Die Beeinträchtigung eines Mitarbeiters im Arbeitsalltag als Ergebnis seiner chronischen Erkrankung ist als Fragestellung wichtiger als die Tatsache im Allgemeinen, dass er an eine Krankheit leidet.

Demzufolge sind die Maßnahmen bei der Arbeitsgestaltung und die Bewältigungsmuster, über die die Unternehmen verfügen bzw. in welcher Weise diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt werden, von entscheidender Bedeutung.

Zweiter Stock des Arbeitsfähigkeitshauses

Im zweiten Stockwerk steht die berufsspezifische Bildung, die die Gesundheit, respektive das erste Stockwerk, festigen kann. Das beinhaltet den Zuwachs von Kenntnissen und beruflicher Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens eines Beschäftigten und schafft die Voraussetzungen, damit dieser im Arbeitsleben „über ausreichende fachliche und soziale Kompetenzen“ verfügt (Ilmarinen und Tempel, 2002).

Das zweite Stockwerk beschreibt das Wissen und Können eines Menschen. Hierunter fallen sowohl fachliche Qualifikationen als auch Schlüsselkompetenzen. Mit den angeeigneten vielfältigen Qualifikationen begegnet man den beruflichen Herausforderungen. Im fortlaufend sich verändernden Arbeitsalltag wird das lebenslange Weiterlernen immer wichtiger. Dies ist nicht nur eine Anforderung an die Mitarbeiter sondern auch an den Betrieb. Die Arbeit sollte demzufolge so gestaltet werden, dass eine lernförderliche Arbeitssituation entsteht (Ilmarinen, 2011, S. 23).

Es ist eine der entscheidenden Leistungen der finnischen Forschung zur Arbeitsfähigkeit, zu belegen, dass, „sich das Arbeitsleben an den Lebenslauf anpassen muss“ (Ilmarinen, 2006, S. 101) und nicht umgekehrt, wenn die Herausforderungen des Wandels in Gesellschaft und Unternehmen erfolgreich bewältigt werden sollen.

Folgerichtig ist somit, dass z. B. bei Migrationsprozessen die Anpassung des Arbeitslebens an den Lebenslauf notwendig ist, um die notwendigen Migrationsanpassungen erfolgreich zu gestalten.

Kenntnisse und Fähigkeiten in kontinuierlicher Weiterentwicklung werden genutzt, um sich den Anforderungen des Arbeitslebens zu stellen. Veränderungen der Arbeitsanforderungen und Schwierigkeiten bedeuten, dass die kontinuierliche Weiterentwicklung der professionellen Fähigkeiten zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit wird (Ilmarinen, 2006, S. 132).

Die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Gesundheit, funktionelle Kapazität, Kompetenz und Arbeitshaltung) unterliegen einer ständigen Veränderung im Lebenslauf (Ilmarinen, 2006, S. 107). Entscheidend für den Betrieb ist, inwieweit es gelingt, das Erfahrungswissen der Einzelnen in ein betriebliches Wissen zu überführen und den Wissensdialog zwischen allen Alters- und kulturellen Gruppen zu organisieren. Dazu sollte einiges berücksichtigt werden: z. B. muss der Wissensaustausch zwischen älteren, erfahrenen Mitarbeiter und dem Nachwuchs gezielt gefördert werden. Eine lernförderliche Arbeitsorganisation optimiert diesen Prozess (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 58). Die Sichtwei-

sen der unmittelbaren Vorgesetzten, der Kollegen und der Unterrichtenden sind dabei von außerordentlicher Bedeutung.

Beim Training des alternden oder auch kulturell anders geprägten Arbeitnehmers muss das Konzept angepasst werden. Neue und unbekannte Dinge sollen verbunden werden mit bekannten. In dieser Hinsicht unterscheidet sich z. B. der Lernprozess der Älteren von dem der Jüngeren. Im Kern ist das Lernen geprägt durch das Verstehen, Realisieren und das Herausfinden der Verbindungen zwischen der alten und der neuen Information.

Damit bedeutet Lernen in der täglichen Arbeitspraxis (learning by doing), dass jeder Arbeitsprozess auch einen Lernprozess darstellt, den es für die weitere Entwicklung der Arbeit wie auch der Beschäftigten zu nutzen gilt. So werden die Mitarbeiter zu Experten in eigener Sache.

Hierzu ist zu bedenken, dass es - nach Migrationshintergrund differenziert - einen großen Unterschied bei der Beteiligung an Weiterbildungen gibt. Insgesamt nahmen z. B. in Deutschland 2012 17 % der Personen ohne Migrationshintergrund an Weiterbildungen (allgemein) teil, während dies nur 9 % derjenigen mit Migrationshintergrund taten. Vor allem bei der Teilnahme an beruflicher Weiterbildung sind Personen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert: Hier beteiligten sich mehr als doppelt so viele Personen ohne Migrationshintergrund wie mit Migrationshintergrund (15 % vs. 6 %; Bildungsberichterstattung 2014, S. 145).

Dritter Stock des Arbeitsfähigkeitshauses

Das dritte Stockwerk des Arbeitsfähigkeitshauses bildet die sozialen und moralischen Werte der Mitarbeiter. Dazu gehören alle Einstellungen sowie das persönliche Konzept eines jeden Angestellten, welche in das Arbeitsleben eingebracht werden. Dabei werden die Meinungen und Sichtweisen miteinander ausgetauscht, die Führungskräfte und Mitarbeiter im Laufe ihres Arbeitslebens erworben haben. Hier begegnen sich die Vorstellungen und Deutungen, die sich in einer bestimmten Situation zu einer Fragestellung oder in einem Konflikt entwickelt haben. Besondere Bedeutung hat hierbei das Verhältnis der spezifischen Sichtweisen der Personen zur Arbeitskultur im Betrieb. Nach Ilmarinen und Tempel (2002) ist darüber allerdings noch relativ wenig bekannt. Die Qualität dieses Prozesses hat jedoch einen wichtigen Einfluss auf die Betriebskultur und das Betriebsklima, in dem sich die Menschen bewegen. Denn hier entscheidet sich, wie mit Konflikten und Veränderungsprozessen umgegangen wird.

Anerkennung, Wertschätzung und Vertrauen können die Grundlage bilden für die Atmosphäre, die in diesem Stockwerk herrscht (Schramm und Tempel, 2011, S. 4). Werte, Einstellungen und Motivationen sind Bestandteile dessen, was wir als individuelle (interne) Ressourcen in unsere Arbeitsverhältnisse mitbringen. Gleichzeitig werden im dritten Stock diejenigen Anforderungen angesprochen, die die Arbeitswelt an die Menschen stellt (Opaschowski, 2008, S. 121).

Nicht selten leiden Mitarbeiter unter der betrieblichen Kultur, die hohen Leistungsdruck erzeugt. Um ein Bild der Arbeitspersönlichkeit aus der Sicht der Befragten zu erstellen, ging Opaschowski (2008)

der Frage nach: „Welche Persönlichkeitsmerkmale werden von mir als Mitarbeiter gefordert?“ Er ging davon aus, dass sich die Befragten in ihrem Urteil über die Arbeitspersönlichkeit von ihren eigenen Erfahrungen innerhalb der Berufswelt leiten lassen (ebd.). Die Erhebungen wurden seit den 1980er Jahren mehrmals durchgeführt.

An der Spitze der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter stehen Fleiß und Pflichterfüllung, hier finden sich auch eindeutige Zuwachsraten. Rund zwei Drittel setzen die Selbstständigkeit an die dritte Stelle, die größten Veränderungen finden sich aber bei Leistungsstreben und Ehrgeiz. Für Nachsicht und Rücksicht scheint es immer weniger Platz im Arbeitsleben zu geben. Im Gegenzug hat in den letzten Jahren kein anderes Qualitätsmerkmal einen stärkeren Absturz erlebt als Fröhlichkeit und Lebensfreude (Opaschowski, 2008, S. 122).

Arbeit soll aber auch – soweit irgend möglich – Freude bereiten und einen Sinn machen. Kreativität und Ideen brauchen einen Raum, in dem sie sich entwickeln können, von dem aus Einfluss genommen werden kann in alle Richtungen des Hauses.

Eine Beschränkung des betrieblichen Interesses an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Fleiß, Pflichterfüllung, Leistungsstreben und Ehrgeiz dürfte auf jeden Fall problematisch werden, die neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen dem unmittelbaren Vorgesetzten und dem Mitarbeiter, die sowohl den Lebenslauf als auch die Vielfalt der Individuen berücksichtigen, im Arbeitsablauf umzusetzen. Die direkte Beteiligung der Beschäftigten und ihre aktive Rolle bei der Veränderung ihres Arbeitslebens sind dabei von entscheidender Bedeutung. (Ilmarinen, 2006, S. 119). Damit treten die persönlichen Beziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitern in den Vordergrund.

Für Mitarbeiter mit einem anderen kulturellen Hintergrund könnten diese Umstände –vor allem in der Anfangsphase - die Anpassung erschweren bzw. als zusätzliche Belastung empfunden werden.

Eine Möglichkeit, die Situation zu Werten, Einstellungen und Motivation (im dritten Stock) zusammenzufassen, ist Folgende: „Es gibt ein völlig überholtes, aber im Arbeitsleben immer noch verbreitetes Menschenbild, die so genannte Theorie X, wonach der Durchschnittsmensch eine „angeborene“ Abneigung gegen Arbeit hat und versucht, ihr aus dem Wege zu gehen, wo er nur kann. Daraus folgen dann strenge Vorschriften und Kontrollen, die wiederum ein passives Arbeitnehmergehalten bewirken, das zur Vermeidung von Verantwortung und Mangel an persönlicher Initiative führt. Dies bestätigt dann wiederum das bestehende Vorurteil vom arbeitsscheuen Menschen und so entsteht ein Teufelskreis, der die Handlungsfähigkeit eines Teams schwer belasten kann“ (Ulrich, 1998).

Moderne arbeitswissenschaftliche Forschung (die so genannte Theorie Y) bestätigt seit Jahren, dass dem Durchschnittsmenschen diese angenommene Arbeitsscheu keineswegs „angeboren“ ist.

Fremdkontrolle und Androhung von Sanktionen sind keineswegs ein adäquates Mittel, jemanden zu bewegen, sich für die Ziele des Unternehmens einzusetzen. Wenn der Arbeitsauftrag eindeutig definiert ist, und die Mitarbeiterinnen sich diesem nach Kompetenz und Überzeugung verpflichtet fühlen, kann sich die Zusammenarbeit im Team wie zwischen den verschiedenen Teams und Abteilungen erfolgreich entwickeln. Das Verhalten der Führung hat dabei einen wichtigen positiven oder negativen

Einfluss. In der Praxis sind wir – geprägt durch unsere eigene Lebensgeschichte und Arbeitserfahrung – alle zusammen Träger sowohl der einen wie der anderen Theorie. Wir können uns diese Urteile und/oder Vorurteile bewusst machen, lernen sie zu erkennen und abzubauen (Schramm und Tempel, 2011, S. 16).

Vierter Stock des Arbeitsfähigkeitshauses

Im vierten Stockwerk des Arbeitsfähigkeitshauses dreht sich alles um die Arbeit (an sich oder im engeren Sinne) und die verschiedenen Faktoren, die damit zusammenhängen. Es ist das größte Stockwerk und sein Gewicht wird von den unteren Stockwerken mitgetragen. Die Anforderungen an die Organisation der Arbeit, aber auch das Funktionieren und Organisieren des gemeinschaftlichen Arbeitens verwandeln diesen Abschnitt in eine vielschichtige Einheit, die schwer zu verstehen und schwer zu bewerten ist (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 75).

Hier wird dem unmittelbaren Vorgesetzten und dem Management eine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Die Vorgesetzten haben die Verantwortung für die Abläufe im vierten Stockwerk und sie sind es, die im Zweifelsfall, wenn es notwendig ist, das Stockwerk verändern. Dabei nimmt das in den Köpfen der Führungskräfte vorherrschende Menschen- und Unternehmensbild eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Verhältnisse ein (Ilmarinen, 2006, S. 135).

Aus dieser geänderten Sichtweise resultiert ein Paradigmenwechsel in der Unternehmensführung. Aus der Erkenntnis, dass es die Menschen sind, die den eigentlichen Wert eines Unternehmens ausmachen - und nicht Maschinen und Gebäude - folgt gleichzeitig, dass Unternehmen nicht wie Maschinen, sondern wie lebendige Organismen zu steuern sind (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 76). Die Menschen sind das eigentliche Potenzial des Unternehmens. Führung kann somit nicht länger darin bestehen, Ziele vorzugeben, die Zielerreichung zu kontrollieren, die wesentlichen Entscheidungen aber einsam zu treffen. Führung hat sich dahin zu entwickeln, in den Konsultationen mit den Mitarbeitern sich eingehend zu beraten, um für anstehende Entscheidungen letztlich einen Konsens zu finden (Geißler et al., 2003, S. 55).

Die Möglichkeiten der Führungskräfte, sich mit oben genannten Steuerungsprozessen auseinander zu setzen, bewerten Tempel und Ilmarinen als „...gar nicht schlecht (2013, S. 76)“, denn sie haben einen wichtigen – positiven oder negativen – Einfluss auf die Sicherung der Balance und somit der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Allerdings müssen sie auch die entsprechenden Entscheidungsbefugnisse eingeräumt bekommen.

Im Rahmen von Verlaufsuntersuchungen (Längsschnittuntersuchung) an mehr als 6000 Personen über Jahrzehnte in Finnland hat sich gezeigt, dass Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und des Führungsverhaltens einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ausüben (Ilmarinen und Tempel, 2002, S. 250). Dabei sind es die unmittelbaren Vorgesetzten, die den entscheidenden Zugang zu den zwei Hauptdiskursformen haben, die ihnen zur praktischen Einflussnahme auf die Balance zur Verfügung stehen:

- das Diskussionsangebot bei den Entscheidungen, wie die Arbeitsanforderungen gestaltet werden. Dabei haben Führungskräfte auch die Verantwortung im Auftrag des Arbeitgebers, Gesetze und Bestimmungen des Arbeitsschutzes einzuhalten.
- die Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung verschiedener Maßnahmen. Dies führt zu einer Arbeitskultur der Zufriedenheit mit dem Führungsverhalten, der Anerkennung und Wertschätzung.

In einer Erhebung von Tuomi et al. (1998) wurde über eine Dekade die Bewertung der Verläufe überprüft, welche Maßnahmen den höchsten positiven Effekt zur Stabilisierung und Verbesserung der Balancen und welche Maßnahmen den höchsten negativen Einfluss in Bezug auf Destabilisierung und Verschlechterung ausgeübt haben, wenn z. B. der Stand der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse nicht beachtet oder aus besonderen betrieblichen Gründen missachtet wurde. Die größte positive Wirkung entfaltete dabei die Zufriedenheit mit dem Verhalten des Vorgesetzten und die größte negative Wirkung entfaltete die fehlende Anerkennung und Wertschätzung bei der Arbeit.

Das Betriebsklima eines Unternehmens wird von verschiedenen, arbeitswissenschaftlich gesicherten Faktoren geprägt, die aber erst gemeinsam einen kohärenten Eindruck vermitteln, wie sich die Verhältnisse im dritten und vierten Stock des Hauses der Arbeitsfähigkeit darstellen. Tempel und Ilmarinen folgen dabei den Ausführungen von Rosenstiel und Bögel (2013, S. 79) bei der Zuordnung der Faktoren zu den verschiedenen Stockwerken des Hauses der Arbeitsfähigkeit:

- Zwischenmenschliche Beziehungen in den Arbeitsgruppen oder Team (vierter und dritter Stock)
- Führung nicht nur unter fachlichen und disziplinarischen Gesichtspunkten sondern auch im zwischenmenschlichen dialogischen Gespräch (vierter und dritter Stock)
- Kooperation und Gruppe, Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern (erster und dritter Stock)
- Autonomie am Arbeitsplatz und Entscheidungsbefugnisse des Einzelnen (vierter Stock)
- Arbeitsbedingungen nach Umgebungsbedingungen und Organisation der Arbeitsabläufe (vierter Stock)
- Entlohnung und Bezahlung (vierter Stock)
- Sozialleistungen (vierter Stock)
- Aufstiegsmöglichkeiten (vierter Stock)
- Arbeitsstrukturierung, um den wechselnden Anforderungen und Gruppierungen eine Ordnung zu geben (vierter Stock)
- Sicherheit des Arbeitsplatzes nach tariflichen und ökonomischen Gesichtspunkten, aber auch nach dem Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen (vierter Stock)

Das soziale- und gesellschaftliche Umfeld des Hauses der Arbeitsfähigkeit

Das Haus der Arbeitsfähigkeit steht nicht allein. Auch die Umgebung des Hauses beeinflusst die Arbeitsfähigkeit: Familie, persönliche Umwelt, regionale Umgebung und Gesellschaft spielen eine wichtige Rolle im eigenen Kräftehaushalt.

Der Betrieb und die Umgebung des Hauses der Arbeitsfähigkeit bilden eine entscheidende externe Ressource eines Mitarbeiters, die Einfluss nimmt auf die Entwicklung der Balance: Die Suche nach einem möglichst guten Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen zieht sich durch ein ganzes Menschenleben und wird in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich beantwortet. Dabei verändern sich sowohl die Ressourcen der Menschen als auch die Anforderungen der Arbeit. Das Streben nach einer guten Arbeitsfähigkeit dauert also im Idealfall ein Leben lang an – indem es sich den verändernden Gegebenheiten immer wieder neu anpasst (vgl. Oldenbourg und Ilmarinen, 2010).

Die Erwerbsarbeit ist ein Lebensbereich, in dem wir uns vergleichsweise lange Zeit aufhalten. Ungefähr die Hälfte des Tages arbeiten wir im Erwerbsbereich, der Rest sind Wegezeiten, Zeit für Besorgungen, Haushalt und Kinder und schließlich Freizeit. Schon deshalb kann vermutet werden, dass die Bedingungen, unter denen wir arbeiten, einen nicht unerheblichen Einfluss auf unsere Gesundheit ausüben (Tempel und Ilmarinen, 2013, S.82).

Neben dem Einfluss, den die Erwerbsarbeit auf unser Leben ausübt, ist auch die Wirkung aus der anderen Richtung wichtig: nämlich diejenige, die die Familie und das Umfeld auf den Arbeitsplatz ausübt. Grundsätzlich ist die Arbeitsfähigkeit nicht vom Leben außerhalb der Arbeit abgetrennt. Die Familie und die engere Gemeinschaft eines Menschen (Verwandte, Freunde, Bekannte) können ebenfalls in sehr unterschiedlicher Weise Einfluss nehmen auf die Arbeitsfähigkeit einer Person im Laufe ihres Lebens (Ilmarinen, 2006, S. 134). Dabei wird die Familie „...als Quelle sozialer Unterstützung betrachtet. Der Familienstand wird als Orientierungsgröße für den Zugang einer Person zu primärer sozialer Unterstützung eingestuft. Z. B. haben sich in einer Untersuchung von Persola und Järvikoski (2008, S. 54) verheiratete Personen und solche, die in einer Lebensgemeinschaft wohnen, ihre Arbeitsbewältigungsfähigkeit besser eingestuft als diejenigen, die sich in einem anderen Familienstand befanden.

Dabei wird die Familie zumeist als ein System verstanden, „das in Beziehung zu größeren Systemen wie denen der Verwandtschaft, der Schule, der Firma oder der Gemeinde steht“ (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 82). So werden in einem gewissen Rahmen Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit der Familie gegenüber von außen kommenden Einflüssen garantiert. Das Familiensystem versucht, ein bestimmtes Gleichgewicht (Äquilibrium, Homöostase) aufrechtzuerhalten, und leistet einem Individuum gegenüber von innen oder von außen kommenden Veränderungsbestrebungen zuerst einmal Widerstand. So kann eine Familie durchaus Widerstandsformen gegen „den langen Arm der Arbeit“ entwickeln (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 82). Beschäftigte in irregulären Arbeitszeitverhältnissen oder in Nacht- und Schichtarbeit – wie in der Krankenpflege häufig der Fall - haben dazu einiges zu berichten und nur zu oft geraten der oder die betroffenen Partnerinnen oder Partner wegen der Einschränkung der sozialen Kontaktmöglichkeiten in eine schwere Konfliktsituation. Bei der Gestaltung von Schichtsystemen ist deshalb deren Familienfreundlichkeit von besonderer Bedeutung (vgl. Knauth, 2008)

Der Einfluss sozialer Beziehungen auf Gesundheit und Krankheit, auf Lebensqualität und Lebensdauer ist heute unbestritten: „Soziale Isolation, anhaltende Herabsetzung und zwischenmenschliche Konflikte machen krank; soziale Integration und Anerkennung durch Mitmenschen erhalten gesund“ (Badura, 2008, S. 12).

Scheint die positive Bewertung der Familie und der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners offensichtlich, wird bei der Bedeutung der Freunde eine unterschiedliche Verteilung angenommen. Basierend auf den Daten des Health 2000 Survey, deuten Tempel und Ilmarinen die Situation folgendermaßen: „Freunde sind nicht so sehr für die Bewältigung der Arbeit da, wahrscheinlich – so unsere Deutung - stärker für die Erholung und das Abschalten von der Arbeit“ (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 86).

Zusammenfassung zum Haus der Arbeitsfähigkeit

Die beschriebenen vier Stockwerke sollten in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Arbeitsfähigkeit strebt eine auf Dauer angelegte Balance zwischen den Arbeitsanforderungen und den Fähigkeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an und die gemeinsame Verantwortung von Management und Belegschaft, diese auch zu erreichen. Bei Problemen mit der Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters ist jedes der Stockwerke zu überprüfen und eventuelle Veränderungen darin vorzunehmen. Dabei sollte im Gespräch mit den Betroffenen geklärt werden, welche Problemfelder vorhanden sind und wie deren Rangfolge eingeschätzt wird, um darüber zu entscheiden, in welcher Reihenfolge sie bearbeitet werden sollen (Ilmarinen und Tempel, 2002).

Grundsätzlich gilt es dabei zunächst besonderes Augenmerk auf das erste Stockwerk (Gesundheit) – das Fundament - zu richten. Denn Störungen, Schwächen oder Brüche im Fundament führen dazu, dass die darauf aufbauenden Stockwerke nicht getragen werden können. Insofern hat eine umfassende Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine herausragende Stellung im Haus der Arbeitsfähigkeit.

Durch diese Sichtweise der Arbeitsfähigkeit werden dem Unternehmen Möglichkeiten gegeben, schon sehr frühzeitig Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, um vorzeitige Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Zur Gewährleistung dessen ist eine gleichberechtigte und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten, die zu den vier Stockwerken beitragen, anzustreben (Ilmarinen und Tempel, 2002).

1.2.3 Der Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index – “WAI”)

Wie oben erwähnt (s. Kap. 1.2) entwickelten die finnischen arbeitswissenschaftlichen Forscher ein Erhebungsinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit - den Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index – „WAI“). Der Work Ability Index ist ein Fragebogeninstrument, womit die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten erfasst werden kann. Ziel der Umsetzung der Ergebnisse des Fragebogens ist die

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Das Instrument besteht aus sieben so genannten „WAI“-Dimensionen mit insgesamt elf Fragen.

Der Work Ability Index – „WAI“ berücksichtigt vor allem die subjektive Einschätzung der Befragten und erfasst die individuelle Beanspruchung sowie Beanspruchungsfolgen - emotionale Reaktion, Kranktage - eines Beschäftigten.

Das Instrument findet nach Hasselhorn et al. (2005) eine breite Anwendung vor allem wegen seines attraktiven Konzepts im Arbeitsschutz, der einfachen Anwendung in der betrieblichen Praxis, der Möglichkeit einer Quer- und Längsschnitterhebung im Betrieb, der wissenschaftlichen Anwendung in Studien, der Möglichkeit es als Monitoringinstrument zu verwenden und nicht zuletzt wegen des Mangels an Alternativen.

An dem Instrument wird aber auch vielfach Kritik geübt (Elsner, 2005; Georg und Peter, 2005). Vor allem wird die Validität des Instruments diskutiert, da es in den 1980er Jahren als ein Bewertungsverfahren zur Frühberentung entwickelt wurde und seit den 1990er Jahren als Instrument zur Bestimmung des Niveaus der individuellen Arbeitsfähigkeit verwendet wird (Mäkitalo und Launis, 1998; Ilmarinen und Tuomi, 2004). Weitere Bedenken betreffen den Anspruch als individuenzentriertes Instrument trotz seines zu Grunde liegenden interaktionistischen Anspruchs. Hier stellt sich die Frage, ob „WAI“ außer den individuellen Ressourcen auch die Bedingungen der Arbeitswelt misst.

Hasselhorn et al. (2005) stellen fest, dass „WAI“ individuelle wie auch Arbeits-Faktoren reflektiert. Dennoch ist die Validität des Instruments in großen Teilen unklar. Des Weiteren erfasst das Instrument nicht alle notwendigen Aspekte wie Arbeitsbedingungen, Belastungshistorien, Tätigkeitspezifität etc. Es wird empfohlen, Möglichkeiten der Modifikationen und Anpassungen weiter zu betreiben (Hasselhorn et al., 2005). Dies wurde beispielsweise im Bereich der Krankenpflege verwirklicht.

1.2.4 Workability in Nursing („WiN“)

Nach einer systematischen Literaturrecherche über Arbeitsfähigkeitserfassungsinstrumente entwickelten Girbig et al. (2010) auf der Grundlage des Work Ability Index ein Screening-Manual, das möglichst alle Bereiche der Arbeitsfähigkeit abdeckt und speziell für die Pflege angewandt werden kann: das Screening-Manual „Workability in Nursing (WiN)“.

Es ist in der stationären Krankenpflege anwendbar und bietet eine Grundlage für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer/innen. Es liegen bereits mit diesem Instrument gewonnene Vergleichsdaten von Pflegekräften in deutschen Gesundheitseinrichtungen vor. Deshalb wurde „WiN“ für die in dieser Arbeit durchgeführten Beobachtungsstudie zugrunde gelegt. Die Methodik und Inhalte des Screening-Manuals werden in Kap. 3.2.2, S. 34 erläutert.

1.3 Arbeitsfähigkeit bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Die Gesundheitsberufe insgesamt - allen voran die Krankenpflegekräfte als größte Gruppe - haben einen hohen Wanderungsgrad (Moyce et al., 2015). Eingewanderte Pflegekräfte sind bereits heute eine wichtige Arbeitnehmergruppe und werden in der Zukunft noch an Relevanz gewinnen (OECD, 2013; Aiken et al., 2004; Buchan und Calman, 2004; Kingma, 2006). Es gilt als sicher, dass der Pflegesektor auch in Deutschland zukünftig noch stärker als heute von dieser Gruppe der Fachpersonen abhängen wird, damit eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung sichergestellt werden kann (Friebe et al., 2006; Bundesagentur für Arbeit, 2014; Bußmann et al., 2014; Tivig et al., 2013; Rothgang et al., 2014; Afentakis und Mayer, 2010, 2014).

Damit diese Arbeitnehmergruppe langfristig ihr Potenzial in den Dienst der Gesundheit stellen kann, ist es erforderlich, dass sie auf förderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen trifft, die ihnen ermöglichen, bis in ihr hohes Lebensalter arbeitsfähig zu bleiben. Dabei steht eine erfolgreiche Integration, Gesundheitsförderung sowie Schadensvermeidung im Vordergrund. Aus der Perspektive des Arbeits- und Gesundheitsschutzes stellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine besonders gefährdete Berufsgruppe dar und sind damit eine sehr bedeutsame Zielgruppe zur effektiven Reduktion der Arbeitsgefährdung (Horrigan et al., 2013) und – umfassend betrachtet - zur nachhaltigen Förderung von Arbeitsfähigkeit.

Die empirischen Forschungsergebnisse zur individuellen Gesundheitskompetenz zeigen, dass sicherheits- und gesundheitsbezogenes Verhalten ein Kompetenzaufbau zu Grunde liegt, der überwiegend durch persönliche Erfahrungen in unterschiedlichen Handlungssituationen und Lernphasen beeinflusst wird (s. auch S. 7). So können biographische, kulturelle, religiöse aber auch umweltbezogene Faktoren relevante Auswirkungen auf sicherheits- und gesundheitsbezogenes Verhalten bei Mitarbeitern mit Migrationshintergrund haben. Die Erfahrungen mit Arbeitsmigranten in Deutschland und anderen europäischen Staaten haben gezeigt, dass diese Gruppe aufgrund vielfältiger und spezifischer Faktoren eine Sonderstellung einnimmt und oft nicht durch gängige schadensvermeidende Vorgehensweisen erreichbar ist. So ergaben sich z. B. in der Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen erwerbstätigen MigrantInnen etwa doppelt so viele Arbeitsunfälle im Vergleich zu deutschen Beschäftigten (Bundesregierung, 1997, S. 69).

In einem Gastland treffen eingewanderte Pflegekräfte auf persönliche und berufliche Herausforderungen, die sie bewältigen müssen, wie die Orientierung am Arbeitsplatz, das neue Gesundheitssystem, Adaptieren von kulturellen Unterschieden und anderen Wertesystemen sowie den Verzicht auf die Unterstützung von Familie und Freundeskreis, die weit weg von Zuhause leben (Bieski, 2007; Moyce et al., 2015).

Des Weiteren haben auch die betroffenen Gesundheitssysteme sowohl in den Herkunfts- als auch in den Aufnahmeländern Probleme mit der Mobilität dieser Fachleute. Gastländer müssen die im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte in ihre Gesundheitssysteme integrieren, während die Herkunftsländer Arbeitskräfte verlieren bzw. sogenannten "brain drain" erleiden. Sowohl Gast- wie auch Herkunftsland

müssen sich mit der ungewissen Versorgungsplanung auseinandersetzen: Z. B. möchte jede fünfte Pflegekraft aus Kenia ins Ausland abwandern (Gross et al., 2011; Moyce et al., 2015).

1.3.1 Die Situation der Arbeitsmigration in der Pflege weltweit

Im Ausland geborene oder von dort rekrutierte Pflegekräfte stellen einen erheblichen Anteil der Pflegekräfte vieler westlicher Länder: Zum Beispiel gehören 12 - 15,2 % der Pflegekräfte in den Vereinigten Staaten von Amerika (Aiken et al., 2004; Polsky et al., 2007) oder 23,6 % der kanadischen Pflegekräfte (Omeri und Atkins, 2002) mittlerweile dieser Kategorie an. Ähnlich ist die Situation im Vereinigten Königreich (UK): etwa 8 % der Krankenschwestern kommen aus anderen Ländern.

In 2001-2002 gab es dort bereits mehr neu zugelassene *ausländische* Pflegekräfte als *einheimische* (Buchan, 2003). 2005 betrug der Anteil der neu zugelassenen ausländischen Pflegekräfte in Ontario, Kanada sogar 34,1 % (Baumann et al., 2006).

Unter dem Begriff der ausländischen Pflegekräfte werden in der Regel mehrere Berufe/Bezeichnungen subsummiert, da sowohl in den Ländern als auch in den Veröffentlichungen unterschiedliche Gruppen und -bezeichnungen verwendet werden (s. Tab. 1, S. 22). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf Pflegefachkräften wie sie im deutschen Pflegeausbildungsgesetz definiert sind.

1.3.2 Die Situation der Arbeitsmigration in der Pflege in Deutschland

Auch in Deutschland stellt die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte kein neues Phänomen dar. Bereits in den 1960er und 1970er Jahren wurden u. a. Pflegekräfte aus Korea ins Land geholt. Zudem gibt es seit vielen Jahren gute Erfahrungen mit dem Einsatz indischer Ordensschwestern. Mittlerweile befinden sich zahlreiche Pflegekräfte aus Russland und vielen osteuropäischen Staaten im Lande. In den letzten Jahren ist die Beschäftigung ausländischer Beschäftigter in der Pflege insgesamt stark angestiegen (Bonin et al., 2015): Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Pflegesektor mit deutscher Staatsangehörigkeit ist laut Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um fünf Prozent gestiegen, die Zahl von Nicht-EU-Ausländern (Drittstaatler) um fast 15 % und sogar um 20 % bei den EU-Ausländern (Bundesagentur für Arbeit, 2014, S. 22).

Insgesamt besaßen 2013 in Deutschland ca. 73.600 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Pflegeberufen (Fach- und Hilfskräfte) eine ausländische Staatsangehörigkeit (Merda et al., 2014). Dies entspricht 5,5 % aller sozialversicherungspflichtig tätigen Pflegekräfte. Betrachtet man dagegen die Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung, wozu neben Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in der ersten Generation auch Eingebürgerte und deutsche Spätaussiedler zählen, ändert sich das Bild (Afentakis und Maier, 2014). Im Jahr 2010 hatten gut 15,4 % aller Pflegekräfte eigene Migrationserfahrung. Der Anteil der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit Migrationshintergrund liegt bei 12,6 % bei den Fachkräften und bei 16,3 % bei den pflegerischen Hilfskräften. In der Altenpflege ist der Anteil von eigener Migrationserfahrung mit 19,5 % nochmal markant höher (Bonin et al., 2015).

1.4 Stand der Literatur über die besonderen Belastungsfaktoren bei Arbeitsmigranten im Pflegesektor bezüglich der Arbeitsfähigkeitserhaltung bzw. -förderung

Im Migrationsprozess stehen Menschen häufig besonderen Herausforderungen gegenüber. Die Umstände können dazu führen, dass sowohl die Einflüsse bzw. die Ansprüche als hoch belastend erlebt werden, als auch dass die Ressourcen bzw. der Zugang dazu besonders ungünstig gestaltet sein können.

Um Erkenntnisse über die Wirkmechanismen und die Zusammenhänge zwischen Arbeitsfähigkeit und Migrationsprozesse bei Arbeitsmigranten im Pflegesektor zu eruieren, wurde für diese Arbeit eine entsprechende Literatursuche durchgeführt. Auch wenn das Thema mittlerweile als sehr relevant angesehen wird und aktuell auch eine gewisse Bedeutsamkeit in einigen wissenschaftlichen Abhandlungen erfährt, gibt es immer noch erhebliche Herausforderungen, um wissenschaftlich fundierte Daten zu erhalten.

Dementsprechend konnte die Literatursuche keine direkte Forschung zu Arbeitsfähigkeitsbewertung, bzw. Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung bei dieser Gruppe finden. Daher wurde die Literatur über Erfahrungen von eingewanderten Pflegekräften in ihrem Arbeitsleben, die Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert sind und ihre individuellen Bewältigungsstrategien im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit als einzig vorhandene zu diesem Thema einbezogen.

Die Mehrheit der wissenschaftlichen Arbeiten über Beschäftigte mit Migrationshintergrund in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft legt den Fokus auf spezifische Probleme wie Anwerbung ausländischer Fachkräfte, Arbeitseffizienz, Menschenrechte usw. Sie behandeln das Thema der Arbeitsfähigkeit bzw. der Auswirkungen der Arbeit im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsfaktoren nur am Rande (Bourgeault et al., 2009; Cangiano et al., 2009). Es werden auch sehr unterschiedliche Forschungsmethoden angewandt. Die meisten Arbeiten in diesem Bereich gehören zur qualitativen Forschung. Die Forscher verwenden oftmals ein Methoden-Mix. Häufig fehlen relevante Daten und können - wenn überhaupt vorhanden - nur aus Berichten hergeleitet werden (Xu, 2007; Moyce et al., 2015). Zudem sind die arbeitswissenschaftlich wesentlichen Bereiche Gesundheit und arbeitsbezogene Risiken begrifflich sehr breit angelegt. Die analysierte Literatur bedient sich sehr unterschiedlicher Terminologie und empfiehlt bestimmte Stichwörter und entsprechende Kombinationen davon für die Suche zu verwenden.

Um eine systematische Darstellung der Ergebnisse des aktuellen Literaturstands zu erreichen, wurde hier als Orientierung der Rahmen des Bewertungsinstruments PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Liberati et al., 2009) und die Empfehlungen von Alexis et al. (2005a) über Reviews bei eingewanderten Pflegekräften verwendet.

In der Literatursuche wurden primär Reviews berücksichtigt, damit möglichst das ganze Spektrum der erforschten Aspekte im Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen, der Arbeitsfähigkeit und den Strategien zu Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei eingewanderten Pflegekräften berücksichtigt wird.

Angelehnt an Alexis und Vydellingum (2005a) wurden nachfolgende Strategien verwendet, um einen Überblick über die aktuelle wissenschaftlichen Stand zu ermöglichen: Für die Recherche wurden 7

Themenblöcke in Form von Kategorien gebildet. Darunter wurden diverse Synonyme und Unterkategorien subsummiert (s. Tab. 1, S. 22) und in der Suche sowohl alleinstehend als auch in Verbindung miteinander eingegeben.

Tabelle 1: Kategorien und Unterkategorien der Literatursuche (angelehnt an Alexis und Vydelingum, 2005a, bearbeitet und vervollständigt)

Kategorien	Unterkategorien
Ethnicity	<i>Race, Ethnic groups, Ethnic minority</i>
Culture	<i>Cultural diversity, Diversity, Multiculturalism, Cultural differences</i>
Discrimination	<i>Racism, Stereotyping, Marginality, Equal opportunities, Racial discrimination,</i>
Migration	<i>Transition, Socialisation, Acculturation, Bothering experiences</i>
Foreign Nurses	<i>black and minority ethnic nurses, overseas-trained health professionals, foreign educated nurses, Foreign Professional, Personnel internationally educated nurses, internationally recruited nurses, migrant care workers, internationally geriatric nurses</i>
Recruitment	<i>Recruitment and retention, employment</i>
occupational health	<i>Medical Errors, Patient Safety, demand, Adjustment, physical effort, psychosocial , psychomental, mental stress</i>

Die systematische Suche wurde in den elektronischen Datenbanken MEDLINE, CINAHL und Cochrane Library auf englischer Sprache begonnen. Deutschsprachige Literatur wurde in den Datenbanken DIMDI (beinhaltet MEDLINE, SOMED, PYSNDEX, PSYCHINFO, GEROLIT, EMBASE, FORIS, HECLINET) und WISO III (beinhaltet SOLIS/ FORIS) gesucht. Eine Erweiterung der Suche auf sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Datenbanken (WISO III) wurde als sinnvoll angesehen, um einige Einschränkungen der Keyword-Suche (z. B. reine medizinische Orientierung, wenig soziale und kulturelle Aspekte) in den medizinischen- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdatenbanken (Cochrane, Medline, Chinal) zu reduzieren. Außerdem wurde in Institutionsdatenbanken aus dem Bereich der Gesundheits- und Sozialwissenschaften nach laufenden, geplanten und abgeschlossenen (theoretischen und empirischen) Forschungsarbeiten recherchiert. Der Zeitraum der Suche wurde auf den Erscheinungszeitraum Dezember 1996 bis Dezember 2016 eingegrenzt. Zuletzt wurde im Juli 2017 nach neuen relevanten Veröffentlichungen gesucht. Dabei konnte der aktuell erschienene Review von Schilgen et al. (2017) noch einbezogen werden.

Tabelle 2: Auswahlkriterien der Suche für die Literaturübersicht

Parameter	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Lokalisierung der Studie:	Deutschland und fünf Länder mit den weltweit meisten Pflegekräften mit Migrationshintergrund: USA, Australien, Canada, UK, Neuseeland	Alle anderen Länder
Sprache:	Englisch, Deutsch	Alle anderen Sprachen
Zeitspanne:	12/1996 - 12/2016	Publizierte Studien vor 1996
Studientyp:	Übersichtsartikel, Literaturreviews, Berichte	Expertenmeinungen, andere Studientypen
Studienfokus:	Arbeitsbezogene Erfahrungen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund	Studien über Bildungs- oder Praktikaustausch sowie Studien über inländische Pflegekräfte
Stichprobe:	Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	Andere Profile

Die deutschsprachige Literatur zu den oben erwähnten Themenblöcken zu analysieren, gestaltete sich relativ schwierig. Nur anhand von Hinweisen konnten Studien gefunden werden, die begrenzt brauchbare Informationen zu dem Fokus der Literaturübersicht geben konnten und mit den internationalen Studien vergleichbar waren (Hasselhorn et al., 2005; Friebe, 2006; Habermann, 2012).

Alle Autoren der einbezogenen Literatur berichten über Schwierigkeiten bei der Recherche. Angefangen von der Definition der eingewanderten Gesundheitsfachkräfte, die sehr unterschiedlich bezeichnet werden (s. Tab. 1, S. 22), die ungenaue oder unterschiedliche Spezifizierung der Fachbezeichnung, Fachausbildung, die interdisziplinären Themenbereiche der Kultur, Transition, Sozialisation, Akkulturation usw.

Die Literaturübersicht stützt sich primär auf zehn Reviews: zwei integrative Reviews (Nichols und Campbell, 2010; Kawi und Xu, 2009), vier Literaturreviews (Likupe, 2006; Dywili et al., 2012; Newton et al., 2012; Tuttas, 2015) drei systematische Reviews (Alexis et al., 2005; Moyce et al., 2015, Schilgen et al., 2017) und einen meta-ethnographischen Review (Ho und Chiang, 2015) sowie einzelne Studien aus Deutschland.

Die Literaturübersicht ergab einen Überblick über Erfahrungen von eingewanderten Pflegekräften und konnte einen Einblick in ihr Arbeitsleben und in die Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert sind, darstellen.

So gab es bei den untersuchten Studien, trotz allen oben aufgeführten Unterschieden, die gemeinsame Fokussierung auf eingewanderte Pflegekräfte und deren Erfahrungen im Einwanderungsland sowie ihre Belastungen am Arbeitsplatz. Daraus konnten spezifische Belastungen/Stressoren zusammengestellt werden.

Eine Clusterung dieser Herausforderungen und Bewältigungsstrategien bei der Arbeit mündete in zwei Gruppen: Die Mehrheit der Autoren der Literaturübersicht (Nichols und Campbell, 2010; Kawi und

Xu, 2009; Likupe, 2006; Dywili et al., 2012; Newton et al., 2012; Tuttas, 2015; Moyce et al., 2015, Ho und Chiang, 2015) kategorisieren ihre Ergebnisse in folgende Kategorien:

- 1) *Sprache und Kommunikation*
- 2) *Deskilling / Abwertung*
- 3) *Diskriminierung / Rassismus*
- 4) *kulturelle Unterschiede / Akkulturation*
- 5) *Anpassung / Unterschiede in der Pflegepraxis/ -system*

Schilgen et al. (2017) verwendet in seinem aktuellen Review drei Kategorien:

- 1) *Akkulturation und Gesundheit*
- 2) *Gesundheit im Kontext der Diskriminierung und Mobbing*
- 3) *Gesundheit im Kontext der Rasse und ethnischer Herkunft*

Die Literaturübersicht konnte keine Studien identifizieren, die explizit die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund bzw. die Auswirkungen der Arbeit auf die Arbeitsfähigkeitsfaktoren dieser Gruppe und deren nachhaltige Förderung zum Untersuchungsgegenstand hatten. Dem zufolge wurden auch keine Studien gefunden, die Vergleichsdaten zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräfte diesbezüglich lieferten.

Außerdem stellte diese Literaturübersicht einen bemerkenswerten Mangel an empirischen Studien mit Lücken in Wissen, Theorie und Methodik zum Thema eingewanderte Pflegekräfte fest.

Die analysierten Studien untersuchten grundsätzlich die Belastungen / Stressoren am Arbeitsplatz bei eingewanderten Pflegekräften, um ausgehend von einem defizitorientierten Ansatz, Schwierigkeiten und Hindernisse zu identifizieren und Strategien / Empfehlungen zu entwickeln, diese abzubauen bzw. zu überwinden.

Im Folgenden wird, ausgehend von der Literaturübersicht und orientiert an den Zielen dieser Arbeit, ein Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu spezifischen Gesundheitsbelastungen und arbeitsbezogenen Risiken bei eingewanderten Pflegekräften gegeben. Hierzu wurden die aus der Literaturübersicht extrahierten relevanten Aspekte, die bei eingewanderten Pflegekräften eine wichtige Rolle bezüglich ihrer Ressourcen (Gesundheit, funktionelle Kapazität, Kompetenz und Arbeitshaltung) spielen, den Faktoren des Arbeitsfähigkeitshauses gegenübergestellt. Dabei wurden deren Einordnung und die möglichen Wirkungen in den jeweiligen Kategorien erläutert.

Dieser Schritt diente dazu, die Ergebnisse der Literatur, die zum größten Teil Defizite bzw. Hindernisse und Stressoren am Arbeitsplatz in Kategorien wie: Sprache und Kommunikation, Deskilling / Abwertung, Diskriminierung / Rassismus, kulturelle Unterschiede / Akkulturation, Anpassung / Unterschiede in der Pflegepraxis/-system darstellten, bezüglich deren möglicher Relevanz in den jeweiligen Kategorien des Arbeitsfähigkeitshauses zu analysieren.

1.4.1 Relevante Belastungsfaktoren aus der Literaturübersicht bezüglich der Arbeitsfähigkeitsfaktoren des Arbeitsfähigkeitshauses

Wie in Kap. 1.2.2 (S. 9) beschrieben, lässt sich das Haus der Arbeitsfähigkeit auf verschiedenen Faktoren (Stockwerke), die die Arbeitsfähigkeit eines Menschen bestimmen, errichten (s. Abb. 3, S. 9)

Auf der Seite der Beschäftigten sind Gesundheit (im Sinne von körperlichem und psychischem Leistungsvermögen), Kompetenz (im Sinne von Fertigkeiten und Wissen) und Werte (im Sinne von Einstellungen und Motivation) die entscheidenden Faktoren. Auf der Seite der Arbeitsanforderungen geht es um Aspekte wie Arbeitsinhalte, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, soziales Arbeitsumfeld, Arbeitsorganisation und Führungsverhalten (Ilmarinen und Tempel, 2002).

Im Folgenden werden wesentliche Aspekte aus der Literaturübersicht, die von Arbeitsmigranten im Pflegesektor als belastend erlebt werden, dargestellt und ihre mögliche Wirkung den Stockwerken des Hauses der Arbeitsfähigkeit zugeordnet.

1.4.2 Sprache und Kommunikation

Schwierigkeiten in der Kommunikation wurden in den Studien über Belastungen / Stressoren bei eingewanderte Pflegekräfte am Arbeitsplatz - vor allem in der Transitions- und Adaptationsphase der Pflegekräfte an ein neues Land – als die am häufigsten auftretende Hürde benannt (de Veer et al., 2004). Einige dieser Sprach- und Kommunikationsbarrieren blieben trotz mehrerer Jahre Erfahrung in einem Gastland erhalten (Ma et al., 2010; Takeno, 2010).

Gesundheit (physisch / psychisch / sozial)

Die Sprachschwierigkeiten bei eingewandertem Pflegepersonal können sowohl zu fehlendem Selbstvertrauen in die eigenen Sprachfähigkeiten (Henry, 2007; Takeno, 2010) als auch zu emotionalem Stress, Frustration und "Lähmung" führen (Takeno, 2010; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008). Dadurch kann die *psychische Gesundheit* eingewanderter Pflegekräfte belastet werden.

Auch im Bereich der *sozialen Gesundheit* können Sprachschwierigkeiten zu Belastungen führen. Zum Beispiel wird in den Studien von Henry (2007), Ma et al., (2010), Takeno (2010) und Xu et al. (2008) beschrieben, dass solche Belastungen zu Einsamkeit führen. Andere Forscher bemerkten Marginalisierung und soziale Isolation als Folge von Sprachschwierigkeiten (Diciccio-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Larsen, 2007; Ma et al., 2010; Tregunno et al., 2009; Turriffin et al., 2002; Xu et al., 2008).

Allan und Larsen (2003) beschreiben den Stress, der bei eingewanderten Pflegekräften durch streitsüchtige bzw. prozesssüchtige Patienten entsteht. Oft gibt es Sprach- und Verständnisschwierigkeiten mit Patienten, die durch verschiedene kulturelle Hintergründe ausgelöst werden (Ma et al., 2010; Sherman und Eggenberger, 2008; Tregunno et al., 2009).

Organisation/Einschätzung Organisation allgemein

Wegen Sprachschwierigkeiten werden eingewanderte Pflegekräfte bei Aufstiegschancen und beruflichem Weiterkommen wenig oder gar nicht berücksichtigt - wie von Kingma (2006) berichtet wird.

Außer Sprachbarrieren im engeren Sinne als Ursachen für geringe Aufstiegschancen (Blythe et al., 2009; Brunero et al., 2008; Henry, 2007; Ma et al., 2010; Xu et al., 2008; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005) werden zusätzlich kulturspezifischer Ausdrücke und das Verwenden von Umgangssprache (Smith et al., 2006) sowie rassistische Barrieren genannt (Allan et al., 2004; Alexis et al., 2005; Diccico-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Henry, 2007; Shields und Price, 2002; Smith et al., 2006; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005).

Arbeit allgemein/ Arbeitszufriedenheit

Sprach- und Kommunikationsprobleme können sich durch kulturelle Unterschiede zwischen eingewandertem und einheimischem Pflegepersonal verstärken. So können Missverständnisse und Spannungen entstehen, die zu ineffektiver Kommunikation und schlechten Beziehungen führen (Durey et al., 2008). Diese Differenzen zeigen sich zudem in anderen Erfahrungen und Vorstellungen in der Ausübung der Gesundheitsfürsorgepraxis. Das führt bei eingewanderten Pflegekräften zu erlebter Unzufriedenheit und dem Empfinden, fehlender Grundregeln und fehlender gut-strukturierter Orientierung (Higginbottom, 2011). Auch die Arbeitszufriedenheit kann darunter leiden.

1.4.3 Deskillling

Deskillling (eng.: Dequalifikation) als der Verlust oder die Entwertung beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgt, wenn ein Erwerbstätiger Arbeiten ausführen muss, die unter seiner Qualifikation liegen, ihn unterfordern oder berufsfremd sind. Damit einher geht letztendlich der Verlust des Status als anerkannte Fachkraft und oft niedrigere Entlohnung.

Generell wurde in der Literatur sehr häufig von einer Degradierung des professionellen Status der eingewanderten Pflegekräfte während der Integration in die lokale Arbeitsumgebung berichtet (Omeri und Atkins, 2002; Blythe et al., 2009; Jauregui & Xu 2010, Higginbottom, 2011; Sidebotham und Ahern, 2011; Smith et al., 2011; Vapor und Xu, 2011). Dies geschieht beispielsweise durch eine verzögerte Anstellung wegen Nichtanerkennung der Ausbildung / Qualifikation u. a. wegen der Intransparenz bei den Erfordernissen für die Registrierung / Lizenz (Omeri und Atkins, 2002; Lillis et al., 2006; Blythe et al., 2009; Higginbottom, 2011; Neiterman und Bourgeault, 2012) sowie dem Zurücksetzen von Pflegekräften in unqualifiziertere Positionen in Alten- und Pflegeheimen. Dort wird nur das Ausführen von Hilfsarbeiten erlaubt (Larsen, 2007; Ma et al., 2010). Oder eingewanderte Gesundheitsfachkräfte werden bevorzugt in staatlichen Kliniken und Pflegeheimen mit niedrigerer Pflegegradierung eingesetzt (O'Brien et al., 2007).

Einsetzbarkeit der Qualifikationen

Einigen Studien zufolge dürfen viele eingewanderte Pflegekräfte im Gastgeberland nicht das ausführen, was sie in ihrer Heimat durften (Buchan, 2003a, Omeri und, Atkins 2002). Dies hängt unter anderem mit den Krankenhausrichtlinien zusammen, die anders sind als in den Ursprungsländern

(O'Brien et al., 2007; Gerrish und Griffith, 2004). Genauso werden die Vorerfahrungen beispielsweise im technischen Bereich nicht genutzt, weil die eingewanderten Pflegekräften in für sie neuen Bereichen eingesetzt werden (Gerrish et al.; 2003). Eingewanderte Pflegekräfte haben dann das Gefühl, dass sie bestimmte Fähigkeiten langsam verlieren (Gerrish und Griffith, 2004; Smith et al., 2006). Dies kann mitunter zu Frustration und vor allem zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit führen (Hardill und MacDonald, 2000; Nichols und Campbell, 2010).

Häufig wurde festgestellt, dass eingewanderte Pflegekräfte bevorzugt im Niedriglohnssektor als niedrig Graduierte in unattraktiven Jobs beschäftigt werden. Dazu gehört die Beschäftigung in Pflegeheimen (Larsen, 2007) oder der Einsatz von hoch ausgebildeten, eingewanderten Pflegekräften lediglich in der Grundpflege (O'Brien, 2007). Damit einher geht der Verlust der professionellen Autonomie und Degradierung des professionellen Status während der Integration in die lokale Arbeitsumgebung (Omeri und Atkins, 2002; Blythe et al., 2009; Jauregui und Xu, 2010; Higginbottom, 2011; Sidebotham und Ahern, 2011; Smith et al., 2011; Vapor und Xu, 2011).

1.4.4 Rassismus und Diskriminierung

Viele Studien dokumentieren das Erleben und die Erfahrungen von Rassismus und Diskriminierung am Arbeitsplatz von eingewanderten Pflegekräften in den Gastländern. Insgesamt wird Diskriminierung / Rassismus / rassistische Dauerschikane als der schlimmste Aspekt der Migration von eingewanderten Pflegefachkräften empfunden (Kingma, 2006, S. 70).

In den Studien von Dicicco-Bloom (2004) und Tregunno et al. (2009) berichten Pflegekräfte über das Erleben von offenem Rassismus vor allem wegen ihrer Hautfarbe und/oder ihrem Akzent. Die Studie von Humphries et al. (2009) ergab, dass mehr als die Hälfte der interviewten Pflegekräfte diese Art der Diskriminierung erlebt hatten.

Diskriminierung kommt von unterschiedlichen Seiten: Larsen (2007), Tregunno et al. (2009) und Xu et al. (2008) konnten als Herkunft der Diskriminierungen sowohl Patienten und Besucher als auch Kollegen und Vorgesetzte verorten.

Interessanterweise fanden Bland und Woolbridge (2011) eine zeitliche Abhängigkeit der erlebten Diskriminierung heraus: Je länger sich die eingewanderten Pflegekräfte im Gastland aufhielten, umso weniger erinnerten sie sich an die anfänglichen Gefühle der Diskriminierung.

Gesundheit (physisch / psychisch / sozial)

In der Literatur werden von eingewanderten Pflegekräften weitgehende Beeinträchtigungen im Bereich *psychischer und sozialer Stress* sowie verschiedene Ängste durch Diskriminierungserfahrungen berichtet, die eine Relevanz für die psychische und soziale Gesundheit haben können. Larsen (2007), Tregunno et al. (2009) und Xu et al. (2008) stellten bei Probanden ein erhöhtes Gefühl von Unsicherheit fest. Des Weiteren wurde fehlendes Selbstvertrauen, Depressionen und das Gefühl des Anders-Sein / Fremdsein bei Allan et al. (2004), Deegan und Simkin (2010), Larsen (2007),

Mapedzahama et al. (2012), Smith et al. (2006) und Winkelmann-Gleed & Seeley (2005) beschrieben. Im Bereich der sozialen Gesundheit wurden Effekte der *Sozialen Isolation* und Marginalisierung (Dicicco-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Larsen, 2007; Ma et al., 2010; Tregunno et al., 2009; Turritin et al., 2002; Xu et al., 2008) bis hin zu *Arbeitsplatzverlustängsten* (Alexis und Vydellingum, 2009; Batnitzky und McDowell, 2011; Diccico-Bloom, 2004; Larsen, 2007; Schuhmacher, 2011; Hagey et al., 2001) und die Angst in das Heimatland zurückgeschickt zu werden (Larsen, 2007), herausgestellt.

Arbeit / Arbeitsorganisation

Massive Beeinträchtigungen und Benachteiligungen wurden in einigen Studien direkt in der *Arbeit bzw. Arbeitsorganisation* identifiziert. Dazu gehören Aggressionen durch den Arbeitgeber (Tregunno et al., 2009), das Anordnen von unzumutbarer Arbeit mit Schichtenverteilung auf solche, die die Einheimischen nicht wollen (Smith, 2006; Allen und Larsen, 2003), Überstunden ohne Bezahlung (Shields und Price, 2002) und generell geringe Bezahlung (Larsen, 2007; Schumacher, 2011; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005; Ball und Pike, 2005).

Weitere Ausprägungen der Benachteiligungen, die bei den Studien mit eingewanderten Pflegekräften festgestellt wurden, sind: der geringe *Zugang zu Trainings / Weiterbildungen* (Beishon et al., 1995), eine *schlechte Lernumgebung* (Lillis et al., 2006; Sochan und Singh, 2007), *fehlende Aufstiegschancen* (Alexis und Vydellingum, 2009; Batnitzky und McDowell, 2011; Diccico-Bloom, 2004; Kingma, 2006 S. 70; Allan et al., 2004 Diccico-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Henry, 2007; Shields und Price, 2002; Smith et al., 2006; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005), *Vernachlässigung am Arbeitsplatz* (Mapedzahama et al., 2012).

Außerdem wurden *Schikanen mit dauernden Befragungen durch den Arbeitgeber* (Larsen, 2007), einer *Zurückweisung durch Patienten*, die einheimische Pflegekräfte wollen (Xu, 2007; Xu et al., 2008; Allan et al., 2004; Alexis und Vydellingum, 2005b; Larsen, 2007; Magnusdottir, 2005; Mapedzahama et al., 2012; Shields et al., 2002; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005) und einem *Gemieden werden von Kollegen* (Mapedzahama et al., 2012) konstatiert.

Larsen (2007) und Shields et al. (2002) stellen zu dem fest, dass die Diskriminierungen am Arbeitsplatz zu *Hilflosigkeit*, eine *geringere Arbeitszufriedenheit* und der *Absicht der Berufsaufgabe* führt.

1.4.5 Kulturelle Unterschiede

Omeri und Atkins (2002, S. 502) kommen zu dem Schluss, dass kulturelle Unterschiede Spannungen und Missverständnisse erzeugen und dies zu ineffektiver Kommunikation und schlechten Beziehungen inklusive zwischenmenschlichen Konflikten führt.

Psychische und soziale Gesundheit

Als Folgen für die *psychische und soziale Gesundheit* bei eingewanderten Pflegekräften werden Desillusionierung (Newton, 2012, S. 538), ein Gefühl der Marginalisierung (Omeri und Atkins 2002,

S. 502), Heimweh (Brunero et al., 2008; Humphries et al., 2009; Ma et al., 2010; Ronquillo, 2012) und Trauer und Verzweiflung wegen fehlender familiärer Unterstützung (Takeno, 2010; Brunero, 2008; Henry, 2007) beschrieben. Oft ist die Konsequenz eine extreme Ängstlichkeit als Ergebnis der Anpassung an ein neues Land (Xu et al., 2008).

Zhou et al. (2011) stellen die unterschiedlichen Weltbilder zwischen Gastgeberkultur und Ursprungskultur als Stresserzeuger bei eingewanderten Pflegekräften fest. Von Studienteilnehmern wird beschrieben, dass keine gemeinsamen Interessen, kein Teilen der schönen Momente, keine Gruppenzugehörigkeit möglich ist.

Weitere Auswirkungen von kulturellen Unterschieden finden sich im *Wertesystem*, dem *Rollenverständnis* und der *Arbeitsorganisation*. Dazu gehören beispielsweise unterschiedliche Einstellungen zum Umgang mit Schmerz (Buchan, 2003a) und mit Tod und Sterben (Okougha und Tilki, 2010; Sherman und Eggenberger, 2008; Xu et al., 2008).

Eingewanderte Pflegekräfte repräsentieren oft eine andere Lebenseinstellung als Einheimische. Sie sind häufig so sozialisiert, dass sie Konflikte eher vermeiden und eine passive Rolle annehmen (Konno, 2006). Manche eingewanderten Gesundheitsfachkräfte bewundern die größere Autonomie der inländischen Pflegekräfte (z. B. im UK) und die Beziehungsdynamik zu anderen Gesundheitsberufen (Withers und Snowball, 2003; Smith et al., 2006; Taylor, 2005). Andere sehen darin eher ein Fehlen von Respekt (Gerrish und Griffith, 2004).

Viele eingewanderte Pflegekräfte haben Probleme mit der weniger förmlichen Arbeitsumgebung und den anderen Arbeitsregeln im Gastgeberland (Okougha und Tilki, 2010; Sherman & Eggenberger, 2008; Xu et al., 2008).

1.4.6 Unterschiede in der Pflegepraxis

In der Literaturübersicht werden häufig Unterschiede in der Pflegepraxis im Zusammenhang mit der Pflegeausbildung im Heimatland genannt (Xu et al., 2008). Für die eingewanderte Pflegekraft besteht die Notwendigkeit, sich auf die neue Arbeit und neue Umwelt einzustellen, sowie in dieser Umgebung sich an ein anderes Modell der Pflege anzupassen.

Werte / Einstellungen

Einige Pflegekräfte erleben die Unterschiede in der Arbeitsumgebung und die Anpassung daran als anstrengendsten Teil des Übergangs in ihr neues Arbeitsleben (Takeno, 2010). Einer der am häufigsten zitierten Unterschiede von interviewten eingewanderten Pflegekräften in den Studien von Blythe et al. (2009), de Veer et al. (2004), Sherman und Eggenberger (2008), ist die Variation in der Pflegeautonomie und die Rolle der Pflegekraft in den klinischen Entscheidungen.

Im Allgemeinen haben Diskrepanzen im Pflegeverständnis und – praxis gewaltige Implikationen für die Anpassung am Arbeitsplatz (Newton et al., 2012, S. 538). Je größer die Unterschiede in dem Pflegesystem zwischen Gast- und Herkunftsland sind und je spezieller die Praxisnormen auf Information

und (neue) Technologien ausgerichtet sind, desto größer sind die Herausforderungen und Schwierigkeiten für eingewanderte Pflegekräfte in der Anpassung (Newton et al., 2012, S. 538; Blythe et al., 2009; Sherman und Eggenberger, 2008). Dasselbe gilt für den Umgang mit neuen Medikamenten (Sherman und Eggenberger, 2008).

Analog zu den Schwierigkeiten bei der Akkulturation stellen ein anderes Verständnis vom Zweck der Pflege (Nichols und Campbell 2010, S. 2819) und ein anderes Arzt / Krankenpflegekraft-Rollenverständnis (Ronquillo et al., 2012; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008) die eingewanderten Pflegekräfte vor Probleme. Das zeigt sich u. a. darin, dass diese Angst haben, Patienten unabhängig zu betreuen, da sie es gewohnt waren, dass die Ärzte die Pflege organisiert haben (Newton et al., 2012, S. 538).

Curran et al. (2008) berichtet zudem von Stress durch ungenügende Anpassungszeit und Unterstützung an das neue Gesundheitssystem. Dazu gehört die ungewohnt viele Dokumentation (Sherman und Eggenberger, 2008; Xu et al., 2008; Allan und Larsen, 2003, S. 88) und die erlebte Unzufriedenheit aufgrund fehlender Grundregeln und gut-strukturierter Orientierung (Higginbottom, 2011), was auch zur Angst vor Rechtsstreitigkeiten führt (Sherman und Eggenberger, 2008).

Eingewanderte Pflegekräfte berichten in den von Buchan (2003) und Omeri und Atkins (2002) durchgeführten Studien, dass sie im Gastland nicht das ausführen dürfen, was sie in ihrer Heimat durften – verbunden mit der Furcht, dass sie ihre technischen Fähigkeiten wegen der Nicht-Anwendungsmöglichkeiten verlieren könnten (Gerrish und Griffith, 2004; Smith et al., 2006). Andererseits erfüllen die Qualifikationen der eingewanderten Pflegekräfte oft nicht die Standards des Ziellandes, was eine große Hürde für die Anpassung darstellt, wie in den Studien von Smith et al. (2006), Aboderin (2007), Larsen (2007), O'Brien et al. (2007), Sochan und Singh (2007), Xu et al. (2008) festgestellt wurde.

Die Ergebnisse der Recherche haben dazu beigetragen, einen gewissen Überblick über die Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund zu präsentieren. Die Literaturübersicht hat aber auch einen bemerkenswerten Mangel an empirischen Studien mit Lücken in Wissen, Theorie und Methodik zu diesem Thema festgestellt.

Außerdem liegt der Fokus der aktuellen Studien auf der Untersuchung von Belastungen / Stressoren am Arbeitsplatz bei eingewanderten Pflegekräften, mit der Absicht, Schwierigkeiten und Hindernisse zu identifizieren und Strategien zu entwickeln, diese abzubauen. Die dabei vorherrschende Denkweise folgt einem defizitorientierten Ansatz. Um allerdings eingewanderte Pflegekräfte zu unterstützen und um sie in eine neue Arbeitsumgebung zu integrieren, braucht es eine Förder-Perspektive auf die Schwierigkeiten und Hindernisse, die bei dieser Arbeitnehmergruppe auftreten. Dieser Förder-Ansatz ist die Grundlage des Arbeitsfähigkeitsförderungskonzepts.

Bei der Literaturübersicht konnte keine Studien identifiziert werden, die einen arbeitsförderlichen Ansatz bzw. die entsprechenden Instrumente verwendeten. Genauso wenig lieferten die Studien Vergleichsdaten zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräfte bezüglich der Arbeitsfähigkeit

und nachhaltiger Gesundheitsförderung. Diese Vergleichsdaten sind jedoch notwendig, um eine Analyse durchführen zu können, die mögliche Unterschiede und dessen Relevanz bei der Gestaltung integrierender Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungs-Programme für diese Gruppe wissenschaftlich erkennen kann.

Um diese Vergleichsanalyse zu ermöglichen wird eine Beobachtungsstudie bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund und einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland durchgeführt. Die mit dem Screening-Instrument „WiN“ erhobenen Daten werden mit denjenigen von deutschen Pflegekräften verglichen.

2. Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die Vergleichsanalyse der arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren bei Gesundheitspersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland und die möglichen Ansätze zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. zur Gestaltung integrierender Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungs-Programme.

2.1 Fragestellungen

Für die genannte Zielsetzung dieser Forschungsarbeit bestehen zwei Hauptfragestellungen:

- 1) Unterscheiden sich Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland bezüglich der Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren – auf Grundlage der mit dem Screening-Instrument „WiN“ ermittelten Daten?
- 2) Lassen sich Hinweise zu Ansätzen ableiten, um geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Schadensvorbeugung und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu gestalten?

2.2 Hypothesen

Zur Beurteilung der ersten Fragestellung von 2.1 werden folgende Hypothesen entlang des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ (s. Abb. 3, S. 9) aufgestellt:

- a) Die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland in ihren physischen, psychischen und sozialen Dimensionen als Grundlage für die individuelle Leistungsfähigkeit im Arbeitsalltag ist von spezifischen, migrationsbedingten Belastungen nicht beeinflusst und unterscheidet sich nicht von Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund.
- b) Die berufsspezifischen Kompetenzen sowie der Zuwachs von beruflichen Kenntnissen und Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland sind von spezifischen, migrationsbedingten Belastungen nicht

beeinflusst und unterscheiden sich nicht von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund.

- c) Die sozialen und moralischen Werte, die persönlichen Einstellungen und die Arbeitskultur von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland sind von spezifischen, migrationsbedingten Belastungen nicht beeinflusst und unterscheiden sich nicht von denen der Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund.
- d) Die Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung als physische, psychische und organisatorische Beanspruchung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland, sind von spezifischen migrationsbedingten Belastungen nicht beeinflusst und unterscheiden sich nicht von denen der Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund.

Diese Hypothesen wurden durch eine Beobachtungsstudie geprüft. Aus den Ergebnissen werden Ansätze diskutiert (s. 2.1, Frage 2, S. 32) ob und wie geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Schadensvorbeugung und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund gestaltet werden können.

3. Material und Methodik

3.1 Votum der Ethikkommission

Im Januar 1997 wurde von der International Conference on Harmonization die „Note for Guidance on Good Clinical Practice“ (ICH-GCP) verabschiedet und 2002 überarbeitet (EMEA, 2002). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze wurde diese Untersuchung geplant, durchgeführt und ausgewertet. In den Studienzentren der Ethikkommissionen bzw. den jeweiligen Personalräten erfolgte ein positives Votum am 04.02.2014 in Prishtina/Kosovo.

3.2 Methodik der Beobachtungsstudie mit Querschnittsdesign

Die Beobachtungsstudie verfolgt einen quantitativen Ansatz mit deskriptivem Design. In diesem Arbeitsschritt wird die Identifizierung von spezifischen Unterschieden bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren zwischen inländischem und eingewandertem Pflegepersonal in deren Arbeitsumgebung angestrebt.

Die Untersuchung wurde in der cross-sectional-form durchgeführt und verfügt über Einzelmessungen.

3.2.1 Teilnehmer

In der Studie wurden Fragebögen von 814 Gesundheitsfachkräften bewertet:

Gruppe I: 503 (825 wurden verteilt) deutsche Gesundheitsfachkräfte in deutschen Krankenhäusern

Gruppe II: 251 (300 wurden verteilt) kosovarische Gesundheitsfachkräften in kosovarischen Krankenhäusern

Gruppe III: 60 (Schneeballsystem, s. unten) kosovarische Gesundheitsfachkräfte in deutschen Krankenhäusern

Die Erhebung bei Gruppe I und II wurde, soweit es die institutionellen Gegebenheiten zuließen, in gleicher Weise und bei ähnlichen Abteilungen durchgeführt.

Bei den Einrichtungen in Deutschland handelte es sich um Krankenhäuser der Sekundär- und Tertiärversorgung. Die Fachbereiche, die in die Befragung einbezogen wurden, waren: Dermatologie, Hämodialyse, Physiotherapie, Geburtshilfe, Infektionskrankheiten, Intensivpflege, Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie und Psychiatrie. Befragt wurden alle Mitarbeiter aus den Bereichen ärztlicher Dienst, pflegerisches Personal, Medizinisch-Technischer Dienst, Funktions- und Technischer Dienst, die im Krankenhaus angestellt waren. Alle anderen Mitarbeiter waren von der Befragung ausgeschlossen.

Um den Vergleich mit den entsprechenden Einrichtungen in Deutschland zu erreichen, wurden im Kosovo das Universitätsklinikum in Prishtina und zwei Regionalkrankenhäuser der Sekundärversorgung in Mitrovica und Vushtrri mit vergleichbaren Fachbereichen ausgewählt.

Die Mitarbeiter erhielten die Fragebögen während der Dienstübergaben oder Teambesprechungen. Alle Mitarbeiter wurden gebeten, die Fragebögen auf freiwilliger und anonymer Basis zu beantworten, um Ängsten und entsprechender Zurückhaltung entgegenzuwirken. Gemäß den Datenschutzbestimmungen wurden alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und in gleicher Weise wissenschaftlich verarbeitet.

Die Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen erfolgte innerhalb eines achtwöchigen Zeitraumes über das Postfach des Betriebs. Die Rücklaufquote lag bei Gruppe I bei 60,97 % (85 % Vollzeitbeschäftigte, 15 % Teilzeitbeschäftigte) und bei Gruppe II bei 83,67 %. Bei den kosovarischen Einrichtungen war der Anteil von Teilzeitbeschäftigten sehr gering und wurde nicht berücksichtigt.

Bei der Gruppe der kosovarischen Gesundheitsfachkräfte in Deutschland (Gruppe III) war wegen des schwierigen Zugangs und fehlender Informationen über ihre Adressen nur eine Befragung im Schneeballsystem möglich.

Die Angaben über die Teilnehmer sind in Tab. 6 dargestellt (s. Tab. 6, S. 41).

3.2.2 Das Screening-Manual „WiN“

In der einschlägigen Literatur wird eine Vielzahl von Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Teilbereichen der Arbeitsfähigkeit beschrieben.

Die Entwicklung bei den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen legt nahe, Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Arbeitsfähigkeit im Bereich der individuellen Ressourcen und der spezifischen Bedingungen der Arbeitswelt weiter anzupassen. Diese Instrumente sollen hinsichtlich der Erfassung, aller notwendigen Aspekte wie Arbeitsbedingungen, Belastungshistorien, Tätigkeitspezifität etc. weiterentwickelt werden (Hasselhorn et al., 2005). Dringend notwendig erschien es, ein Instrument zur Erhebung *aller* Komponenten der Arbeitsfähigkeit zu entwickeln, welches für eine umfassende Personalentwicklung unter Einbeziehung des Arbeitnehmers sorgt.

Nach einer systematischen Literaturrecherche über Arbeitsfähigkeitserfassungsinstrumente entwickelten Girbig et al. 2010 auf der Grundlage des „Workability Index (WAI)“ ein Screening-Manual, das alle Bereiche der Arbeitsfähigkeit - Gesundheit, Ausbildung/Kompetenz, Werte / Einstellung, Arbeit - abdeckt und speziell für die Pflege angewandt werden kann: das Screening-Manual „Workability in Nursing (WiN)“. Dieses Manual lässt eine differenzierte Betrachtung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer im Pflegebereich zu. Durch dessen Anwendung können einzelne Probleme in den Arbeitsfähigkeitsfaktoren frühzeitig erkannt werden. Dies wiederum ermöglicht einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Einsatz der Beschäftigten und soll diese bei einem längeren Verbleib im Unternehmen unterstützen (Girbig et al., 2010, S. 300).

„WiN“ ist in der stationären Krankenpflege anwendbar und bietet eine Grundlage für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer/innen. Es liegen bereits Vergleichsdaten von Pflegekräften in deutschen Gesundheitseinrichtungen vor, die mit diesem Instrument gewonnen worden sind. Das Instrument eignet sich demzufolge sehr gut für das Vorhaben dieser Arbeit, eine Vergleichsanalyse der arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren bei Gesundheitspersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland durchzuführen und die möglichen Ansätze zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Gestaltung integrierender Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungs-Programme zu erläutern.

Das „Screening-Manual WiN“ setzt sich aus vier Fragebögen zusammen:

- Workability Index (WAI),
- Copenhagen Psychosozial Questionnaire (COPSOQ-Fragebogen),
- Analyseinstrument zur Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit (DigA) und
- Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren im Krankenhaus (TAA Screening-Instrument)

Zusätzlich wurden auch Einzelfragen aus weiteren Fragebögen wie Next, Borritz / Kristensen, EQ-5D und Netemeyer verwendet, damit alle Bereiche ausreichend abgebildet werden (s. Tab. 3, S. 35).

Die einzelnen Faktoren der Arbeitsfähigkeit werden anhand von 185 Items bzw. Einzelfragen dargestellt:

- Gesundheit (39 Items)
- Ausbildung/Kompetenz (15 Items)
- Werte/Einstellung (8 Items)
- Arbeit (123 Items)

Durch Zusammenführung der Antworten eines Arbeitsfähigkeitsfaktors zu den jeweiligen Ausprägungen des Faktors - den festgelegten Anweisungen des „WiN“ – Manuals folgend - entstanden die Zielfaktoren. So wurden z. B. die Werte der Frage eins, zwei, drei und vier von Fragebogen G2: 19-22, (s. Tab. 3, S. 35), zu dem Zielfaktor „psychische Gesundheit“.

Tab. 3 zeigt die Zuordnung der Fragen und Items zu den Zielfaktoren der Arbeitsfähigkeit und deren Ausprägungen. Dabei bezeichnet „Herkunft“ den Ursprung der einbezogenen Fragebögen. Die „Frage-nummern“ beziehen sich auf die Bezeichnungen der Einzelfragebögen und die Nummerierung der Einzelfragen.

Tabelle 3: Zuordnung der Einzelfragen zu übergeordneten Faktoren

Faktoren der Arbeitsfähigkeit und deren Ausprägungen	Herkunft	Zahl der Items	Frage-nummern
Gesundheit			
allgemeiner Gesundheitszustand	EQ-5D	1	G1
	COPSOQ		
physische Gesundheit	DigA	18	G2: 1-18
psychische Gesundheit	DigA	4	G2:19-22
soziale Gesundheit	DigA	6	G2: 23-28
Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Skala: personal burnout	Borritz/ Kristensen	6	G3: 1-6
Kognitive Stresssymptome	COPSOQ	4	G4: 1-4
Ausbildung/ Kompetenz			
Qualifikationsanforderungen	TAA	3	A: 1-3
Lernerfordernisse	TAA	3	A: 4-6
Qualifizierungsvoraussetzungen	TAA	3	A: 7-9
Übertragbarkeit von Qualifikationen	TAA	3	A: 10-12
Einsetzbarkeit der Qualifikationen	TAA	3	A: 13-15
Werte			
Motivation (Einstellung zur Arbeit)	DigA	5	W1: 1-5
Einstellung (allgemein)	DigA	3	W2: 1-3
Arbeit			
Gedanke an die Berufsaufgabe	NEXT	1	A1
Umgebung			
personelle Ressourcen	TAA	2	AU: 1-2
räumliche Ressourcen	TAA	4	AU: 3-6
materielle Ausstattung	TAA	3	AU: 7-9
ungünstige Arbeitsumgebung	TAA	6	AU: 10-15

Verletzungs- /Erkrankungsrisiken	TAA	4	AU: 16-19
Anforderungen			
kognitive Anforderungen	TAA	3	AA1: 1-3
quantitative Anforderungen	COPSOQ	4	AA2: 1-4
emotionale Anforderungen	COPSOQ	3	AA2: 5 AA3: 1-2
Anforderungen, Emotionen zu verbergen	COPSOQ	2	AA3: 3-4
patientenbezogene Stressoren	TAA	5	AA4: 1-5
Zeitdruck	TAA	6	AA4: 6-11
physische Belastungen	TAA	5	AA4: 12-16
Work – (family) privacy conflict	Netemeyer	5	AA5: 1-5
Organisation			
Einschätzung Organisation allgemein	DigA	20	AO1: 1-20
Transparenz pflegeischer Aufgaben	TAA	3	AO2: 1-3
Transparenz der Aufgaben im Krankenhaus	TAA	4	AO2: 4-7
zeitliche Transparenz	TAA	3	AO2: 8-10
Tätigkeitsspielraum	TAA	7	AO2: 11-17
Partizipationschancen	TAA	4	AO2: 18-21
Organisationale Stressoren	TAA	6	AO2: 22-27
widersprüchliche Aufträge	TAA	4	AO2: 28-31
Arbeitsunterbrechungen	TAA	3	AO2: 32-34
Qualitätseinbußen	TAA	3	AO2: 35-37
Führung			
Führungsqualität	COPSOQ	4	F1: 1-4
Vorgesetztenfeedback	TAA	2	F2: 1-2
Arbeit allgemein			
Arbeitszufriedenheit	COPSOQ	7	A2: 1-7

3.2.3 Implementierung des Screening-Manuals „WiN“ in die Beobachtungsstudie

Das Screening-Manual „WiN“ wurde zunächst vom Deutschen ins Albanische übersetzt und sprachlich angepasst.

Es wurden die Regeln für standardisierte Übersetzungen nach Martin und Vincenzi (2007) bzw. Reverse-Übersetzungsstandards nach Brislin (1986; zitiert in Martin und Vincenzi 2007) angewendet.

Tabelle 4: Prinzipien wissenschaftlich akkurater Praxis bezüglich Übersetzungen und kultureller Adaptation von Instrumenten der ISPOR (nach Martin und Vincenzi, 2007)

1. Vorbereitung: Vorbereitende Arbeiten vor dem Übersetzungsprozess, z. B. Erlaubnis beim Instrumententwickler einholen aus Gründen des Copyrights
2. Vorwärtsübersetzung: Mindestens zwei unabhängige Übersetzungen der Originalversion in die Zielversion durch zweisprachige Personen, mit der Zielsprache als Muttersprache
3. Abgleich: Vergleich und Abgleich der verschiedenen Versionen in eine Zielversion
4. Rückübersetzung: Mindestens zwei unabhängige Rückübersetzungen entweder wörtlich oder sinngemäß (je nach Auftrag) in die Originalsprache
5. Review der Rückübersetzung: Vergleich der Rückübersetzungen mit der Originalfassung zur Überprüfung der konzeptionellen Übereinstimmung
6. Harmonisierung: Harmonisierung aller Übersetzungen untereinander mit der Originalfassung um Unterschiede entdecken und klären zu können
7. Kognitives Debriefing: Überprüfung des Zielinstruments mit 5–8 Personen aus der Zielpopulation um die Verständlichkeit zu überprüfen
8. Review des Kognitiven Debriefing: Ergebnisse aus dem Debriefing Prozess werden in der Übersetzung einer ersten finalen Version des Debriefings umgesetzt
9. Korrekturlesen: Überprüfung der finalen Fassung auf kleine Fehler (z. B. Grammatik)
10. Schlussbericht: Der Übersetzungsprozess wird beschrieben und alle Entscheidungen darin begründet

Die Genehmigungen für die Verwendung des Fragebogens in den öffentlichen Gesundheitsinstitutionen wurden eingeholt. Die Untersuchung wurde in gleicher Form in Deutschland und im Kosovo angewendet. Das Ausfüllen des Fragebogens nahm etwa 25 Minuten in Anspruch. Als Kontrollvariablen wurden zusätzlich die Grundmerkmale Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Ort und Art der Beschäftigung erhoben. Die Auswertung erfolgte durch das Statistikprogramm SPSS (Version 21).

3.3 Statistische Methoden

Zur Auswertung der Fragebögen wurden analytische und deskriptive Verfahren gewählt. Alle Items wurden nach einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet. Zu jeder Antwort der Fragen wurde der Mittelwert, die Standardabweichung und der Minimal- und Maximalwert (Spannweite) aus den Fragebögen berechnet.

Für alle Items wurde vorher ihre Position kontrolliert und ihre Wirkung auf das Vorhandensein bzw. Fehlen des Faktors verifiziert. Alle Antworten mit negativer Konnotation wurden durch Benutzung des Modells „reverse items“ zu positiven Antworten umgewandelt. Das Fragebogenmanual wurde hierbei konsequent berücksichtigt.

3.3.1 Die Analyse der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha)

Cronbach's Alpha ist eine nach Lee Cronbach benannte Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala und bezeichnet das Ausmaß, in dem die Aufgaben bzw. Fragen einer Skala miteinander in Bezie-

hung stehen. Es ist hingegen kein Maß für die Eindimensionalität einer Skala. Cronbach's Alpha wird vor allem in den Sozialwissenschaften bzw. in der Psychologie verwendet – insbesondere bei der Testkonstruktion und -evaluation. Es wird angewendet, um die interne Konsistenz eines psychometrischen Instruments zu schätzen.

Cronbach's Alpha ist besonders nützlich, wenn Faktoren durch mehrere Elemente (Mehrfachfragen) gemessen werden. Die Faktoren, auf die sich diese Studie konzentriert, werden aus mehreren Fragen in unserem Fragebogen zusammengesetzt. Daher ist die Anwendung von Cronbach's Alpha bei der Auswertung dieser Beobachtungsstudie sehr sinnvoll, um die interne Konsistenz der Skalen zu messen.

Die Analyse der internen Konsistenz ergab akzeptable Werte für die untenstehenden Zielfaktoren. Einige Werte sind zwar im Grenzbereich bezüglich ihrer internen Konsistenz, wurden dennoch wegen der explorativen Natur der Forschung in die Datenanalyse mit eingeschlossen.

3.3.2 Die Kovarianzanalyse (ANCOVA)

Zur Analyse der Unterschiede zwischen den drei Gruppen wurde die statistische Methode der Kovarianzanalyse "ANCOVA" gewählt. Die Kovarianzanalyse (englisch *analysis of covariance*, ANCOVA) ist ein statistisches Verfahren, das Varianzanalyse und lineare Regressionsanalyse verbindet. Ziel ist es, die Auswirkung von nicht relevanten (bzw. als nicht relevant angesehenen), unabhängigen Faktoren (sogenannte Kovariate oder Kovariablen) auf die abhängige Variable auszublenden und so einen möglichen Effekt einer interessierenden unabhängigen Variable auf die abhängige Variable statistisch nachweisen zu können (Bortz und Schuster, 2011).

Um zu ermitteln, ob der Unterschied zwischen den Mittelwerten zweier Gruppen signifikant ist, wird ein t-Test angewendet. Wenn mehr als zwei Gruppen verglichen werden sollen, muss ANOVA (Analyse der Varianz) verwendet werden. Diese testet, ob die Mittelwerte zwischen zwei oder mehreren Gruppen signifikant variieren. Darüber hinaus gibt es spezielle Fälle, in denen auch ANOVA nicht ausreichend genau ist, weil ANOVA die Varianz der Mittelwerte zwischen den untersuchten Gruppen zuordnet (in unserem Fall Migrationshintergrund/Standort/ethnische Zugehörigkeit). Theoretisch ist es jedoch möglich, dass die Varianz zwischen den Gruppen von anderen Faktoren kommen könnten – nämlich von Kovariaten. Um diese Möglichkeit zu berücksichtigen, muss ANCOVA (Analyse von Kovariaten) verwendet werden. ANCOVA teilt die Zuordnung von Mittelwert-Varianzen zwischen den untersuchten Gruppen (Migrationshintergrund, Standort / ethnische Zugehörigkeit) und andere Kovariaten so auf, dass andere Kovariate kontrolliert werden können, während die Unterschiede zwischen den Gruppen nach Migrationshintergrund / Ethnien / Standort getestet werden kann.

Darüber hinaus hat ANCOVA, die Kovariate in die Berechnung einbezieht, eine reduzierte Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Fehlers vom Typ 2.

Für diese Beobachtungsstudie ist die Anwendung von ANCOVA angemessen, weil die Zusammensetzung der drei Gruppen bezüglich Geschlecht, Alter und Berufserfahrung unterschiedlich war. Würde

die einfachere ANOVA verwendet, könnten die Unterschiede zwischen den drei Gruppen tatsächlich auf das Geschlecht, Alter oder Berufserfahrung zurückzuführen sein. Diese Variablen wurden in den Ergebnissen dieser Studie aber nicht gezeigt und würden unter Umständen die Unterschiede zwischen den Gruppen maskieren. Daher ist es statistisch sinnvoll, Alter und Berufserfahrung als Kovariate zu berücksichtigen.

Da nach der Anwendung von ANCOVA neun Zielfaktoren einen p-Wert von weniger als 0,05 aufwiesen, wurde für diese ein multipler Vergleichstest durchgeführt. Dadurch sollte geprüft werden, ob bei diesen auch beim Vergleich aller Gruppen untereinander das allgemeine Signifikanzniveau ($p < 0,05$) erreicht wird. Da die Anzahl der Gruppen in dieser Studie weniger als fünf (nur drei) betrug, wurde die Bonferroni-Methode verwendet - wie von Bender und Stefan (2000) empfohlen.

4. Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Daten verglichen, die mit dem Screening-Instrument „WiN“ bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund erhoben wurden. Dabei wurde die Identifizierung von spezifischen Unterschieden bei Arbeitsfähigkeitsfaktoren zwischen Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund in deren Arbeitsumgebung angestrebt.

Die mit „WiN“ erhobenen Daten von Pflegekräften mit Migrationshintergrund aus dem Kosovo, die in Deutschland arbeiten, wurden mit denen einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland verglichen.

Es wurden nur diejenigen ausgefüllten Fragebögen in die Datenanalyse einbezogen, die die Voraussetzungen für eine Bewertung nach „WiN“-Manual erfüllten.

Nachfolgend wurden die Ergebnisse anhand von Hypothesen bzw. den darin enthaltenen Zielfaktoren beurteilt, die entlang des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ aufgestellt wurden.

Zunächst wird die in der Beobachtungsstudie untersuchte Stichprobe im Gruppenvergleich in Tab. 5 dargestellt.

Tabelle 5: Daten aller in die Befragung einbezogenen Teilnehmer

	N (Anzahl)	weiblich	männlich	Ø Alter in Jahren (Intervall)	Ø Arbeits- erfahrung in Jahren (Intervall)
Deutsches Gesund- heitspersonal in Deutschland	503	78,6 %	21,4 %	30 (21-63)	9 (1-42)
Kosovarisches Ge- sundheitspersonal in Kosovo	251	80,5 %	19,5 %	40 (18-62)	17 (1-43)
Kosovarisches Ge- sundheitspersonal in Deutschland	60	77,7 %	22,3 %	35 (21-49)	10 (1-31)
Total	814	79,0 %	21,0 %	35	12

Bei den ursprünglich 37 Zielfaktoren (s. Tab. 3, S. 35) konnte für 17 Zielfaktoren Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. In Tab. 6 befinden sich die deskriptiven Angaben aller Zielfaktoren mit relevanten Unterschieden- wobei 1 die minimale Anwesenheit des Zielfaktors und 5 die maximale Anwesenheit bedeutet. Dabei zeigt der M- Wert den gewichteten Mittelwert, der DS- Wert die Standardabweichung und der SE- Wert den Standardfehler an; Min. und Max. sind die minimalen bzw. maximalen Ausprägungen des Items pro Gruppe.

Tabelle 6: Deskriptive Angaben für alle Zielfaktoren mit relevanten Unterschieden

Zielfaktoren	untersuchte Gruppen	M	DS	SE	Min.	Max.
physische Gesundheit	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	4.11	0.04	0.7	1.83	4.89
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.71	0.17	1.26	1.83	4.39
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.97	0.03	0.57	1.83	4.89
Gesamt		4.00	0.68	0.02	1	5
psychische Gesundheit	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	3.79	0.06	0.96	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.53	0.11	0.84	2	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.4	0.04	0.99	1	5
Gesamt		3.54	0.99	0.03	1	5
soziale Gesundheit	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	4.11	0.05	0.79	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.83	0.09	0.69	2.67	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	4.05	0.03	0.68	1.33	5
Gesamt		4.05	0.72	0.02	1	5
kognitive Stresssymptome	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	4.01	0.05	0.84	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.6	0.1	0.73	2.25	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	4	0.04	0.8	1.25	5
Gesamt		3.98	0.81	0.03	1	5
Werte / Motivation (Einstellung zu Arbeit)	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	1.71	0.04	0.63	1	4.2
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	1.45	0.67	4.72	1	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.1	0.03	0.72	1	4.4
Gesamt		1.93	1.35	0.05	1	5
Werte / Einstellung (Allgemein)	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	1.72	0.05	0.79	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	1.79	0.09	0.59	1	3
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.09	0.02	0.53	1	4.33
Gesamt		1.95	0.65	0.02	1	5
Arbeit / Gedanken an Berufsaufgabe	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	1.65	0.06	0.98	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	1.73	0.11	0.74	1	3
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	0.11	0.04	0.8	1	5
Gesamt		1.54	0.86	0.03	1	5
Quantitative Anforderungen	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	3.23	0.06	0.91	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.91	0.12	0.77	1.5	4.5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.76	0.04	0.86	1	5
Gesamt		2.92	0.90	0.03	1	5
Emotionale Anforderungen	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.8	0.14	2.29	3.67	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.33	0.13	0.88	2.33	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.64	0.04	0.86	1	5
Gesamt		2.73	1.50	0.05	1	5
Anforderungen Emotionen,	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	3.33	0.07	1.11	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.2	0.14	0.95	2	5

zu verbergen	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.99	0.04	0.95	1	5
Gesamt		3.11	1.02	0.04	1	5
Patienten-	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	3.2	0.07	1.14	1	5
bezogene	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.16	0.66	4.35	1.2	3.8
Stressoren	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.09	0.03	0.76	1	5
Gesamt		3.07	1.35	0.05	1	5
Zeitdruck	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	3.29	0.05	0.87	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.43	0.11	0.72	2.67	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.64	0.04	0.84	1	5
Gesamt		2.90	0.91	0.03	1	5
Work-(family) privacy conflict	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.47	0.07	1.11	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.82	0.15	0.99	1.2	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.59	0.04	0.98	1	5
Gesamt		2.56	1.03	0.04	1	5
Einschätzung	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.87	0.07	1.15	4.56	5
Organisation allgemein	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.09	0.31	0.12	1.72	2.50
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.82	0.02	0.52	1.56	4.44
Gesamt		2.83	0.81	0.03	1	5
Führungs-	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.5	0.07	1.12	1	5
qualität	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.87	0.16	1.05	1.25	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.79	0.04	0.92	1	5
Gesamt		2.69	1.00	0.04	1	5
Vorgesetzten-feedback	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.49	0.07	1.26	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	3.24	0.17	1.10	1	5
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.76	0.05	0.08	1	5
Gesamt		2.70	1.16	0.04	1	5
Arbeitszufriedenheit	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Kosovo	2.16	0.08	0.53	1	5
	Kosovarisches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.39	0.03	0.6	1.14	3
	Deutsches Gesundheitspersonal in Deutschland	2.76	0.17	1.1	1	4.14
Gesamt		2.36	1.38	0.05	1	5

Wie im Methodenteil dieser Studie dargelegt, kann die Verwendung von ANOVA (Varianzanalyse) beim Vergleich der Mittelwerte von drei Gruppen aufgrund der unterschiedlichen demographischen Merkmale der einzelnen Gruppen zu irreführenden Ergebnissen führen. Um den Einfluss von als nicht relevant angesehenen Variablen zu korrigieren, wurde ANCOVA (Analyse der Kovarianz) verwendet, die „Alter“ und „Berufserfahrung“ als Kovariate berücksichtigte. Nach deren Anwendung blieben neun Zielfaktoren mit bedeutsamen Unterschieden übrig. Um zu prüfen, ob bei diesen auch im Vergleich aller Gruppen untereinander das allgemeine Signifikanzniveau ($p < 0,05$) erreicht wird, wurde für die verbliebenen neun Zielfaktoren ein multiples Testverfahren (nach Bonferroni) durchgeführt. Die p-Werte von ANOVA-, ANCOVA- und multiplen Vergleichstest sind in Tab. 7 dargestellt.

Tabelle 7: Die p-Werte von ANOVA-, ANCOVA- und Multiplem Vergleichstest

Einzel-Vergleichstests			Multipler Vergleichstest (nach Bonferroni)				
	ANOVA p-Wert	ANCOVA p-Wert		MD	SE	p-Wert	
physische Gesundheit	0.00	0.00	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.397	0.099	0.000
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.142	0.051	0.016
			Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.397	0.099	0.000
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.255	0.096	0.023
			Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.142	0.051	0.016
				Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.255	0.096	0.023
psychische Gesundheit	0.00	0.00	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.256	0.143	0.222
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.386	0.074	0.000
			Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.256	0.143	0.222
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.130	0.137	1.000
			Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.386	0.074	0.000
				Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.130	0.137	1.000
soziale Gesundheit	0.03	0.01	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.281	0.105	0.023
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.069	0.054	0.609
			Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.281	0.105	0.023
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.212	0.101	0.106
			Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.069	0.054	0.609
				Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.212	0.101	0.106
Kognitive Stresssymptome	0.00	0.00	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.417	0.125	0.003
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.013	0.061	1.000
			Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.417	0.125	0.003
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.404	0.120	0.002
			Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.013	0.061	1.000
				Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	0.404	0.120	0.002
Emotionale Anforderungen	0.01	0.01	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.530	0.245	0.092
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.158	0.113	0.485
			Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	0.530	0.245	0.092
				Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	0.689	0.234	0.011
			Deutsche Gesundheitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesundheitskräfte in Kosovo	-0.158	0.113	0.485
				Kosovarische Gesundheitskräfte in Deutschland	-0.689	0.234	0.011

Patienten- bezogene Stressoren	0.00	0.00	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	1.037	0.219	0.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	0.113	0.101	0.792
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-1.037	0.219	0.000
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	-0.923	0.212	0.000
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.113	0.101	0.792
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	0.923	0.212	0.000	
Zeitdruck	0.00	0.00	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	-0.143	0.139	0.919
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	0.648	0.064	0.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	0.143	0.139	0.919
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	0.790	0.135	0.000
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.648	0.064	0.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	-0.790	0.135	0.000	
Einschätzung Organisation allgemein	0.03	0.03	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	0.788	0.310	0.034
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	0.059	0.063	1.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.788	0.310	0.034
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	-0.729	0.308	0.055
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.059	0.063	1.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	0.729	0.308	0.055	
Vorgesetzten- feedback	0.00	0.00	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	0.750	0.192	0.000
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	0.267	0.087	0.007
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.750	0.192	0.000
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	-0.483	0.186	0.029
			Deutsche Gesundheits- kräfte in Deutschland	Kosovarische Gesund- heitskräfte in Kosovo	-0.267	0.087	0.007
			Kosovarische Gesund- heitskräfte in Deutsch- land	0.483	0.186	0.029	

MD: Mittlerer Unterschied

SE: Standardfehler

Die qualitativen Ausprägungen der Bewertung der fünfstufigen Likert-Skala bei den neun relevanten Zielfaktoren finden sich in Tab. 8.

Tabelle 8: Qualitative Bewertungen der neun relevanten Zielfaktoren

Zielfaktoren	Likert-Skala				
	1	2	3	4	5
physische Gesundheit	fast täglich	alle paar Tage	alle paar Wochen	alle paar Monate	nie
psychische Gesundheit	fast täglich	alle paar Tage	alle paar Wochen	alle paar Monate	Nie
soziale Gesundheit	fast täglich	alle paar Tage	alle paar Wochen	alle paar Monate	Nie
Kognitive Stresssymptome	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
Emotionale Anforderungen	in sehr hohe Maße	in hohem Maße	zum Teil	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Patientenbezogene Stressoren	in sehr hohe Maße	in hohem Maße	zum Teil	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Zeitdruck	in sehr hohe Maße	in hohem Maße	zum Teil	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Einschätzung Organisation allgemein	trifft völlig zu	trifft überwiegend zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu
Vorgesetztenfeedback	sehr klar	überwiegend klar	teilweise klar	überwiegend unklar	völlig unklar

Eine Qualifizierung der Höhe der Unterschiede der Mittelwerte bei den Zielfaktoren zwischen den Gruppen konnte nicht erfolgen, da keine Studien oder Ergebnisse vorlagen, die mit einem vergleichbaren Studiendesign Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund untersucht haben.

4.1 Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu physischer, psychischer und sozialer Gesundheit

Die mit „WiN“ durchgeführte Erhebung bei Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund und dessen Vergleich mit Gesundheitspersonal im jeweiligen Ursprungsland ergab relevante Unterschiede zwischen diesen Gruppen in den drei Dimensionen der Gesundheit. Dabei bedeutet ein hoher Wert eine Selbsteinschätzung im Sinne einer guten Gesundheit (s. Tab. 8, S. 45).

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich physischer Gesundheit (s. Tab. 7, S. 43). Die Verteilung der Mittelwerte der physischen Gesundheit - in Gruppen aufgeteilt - ist in Abb. 4 dargestellt.

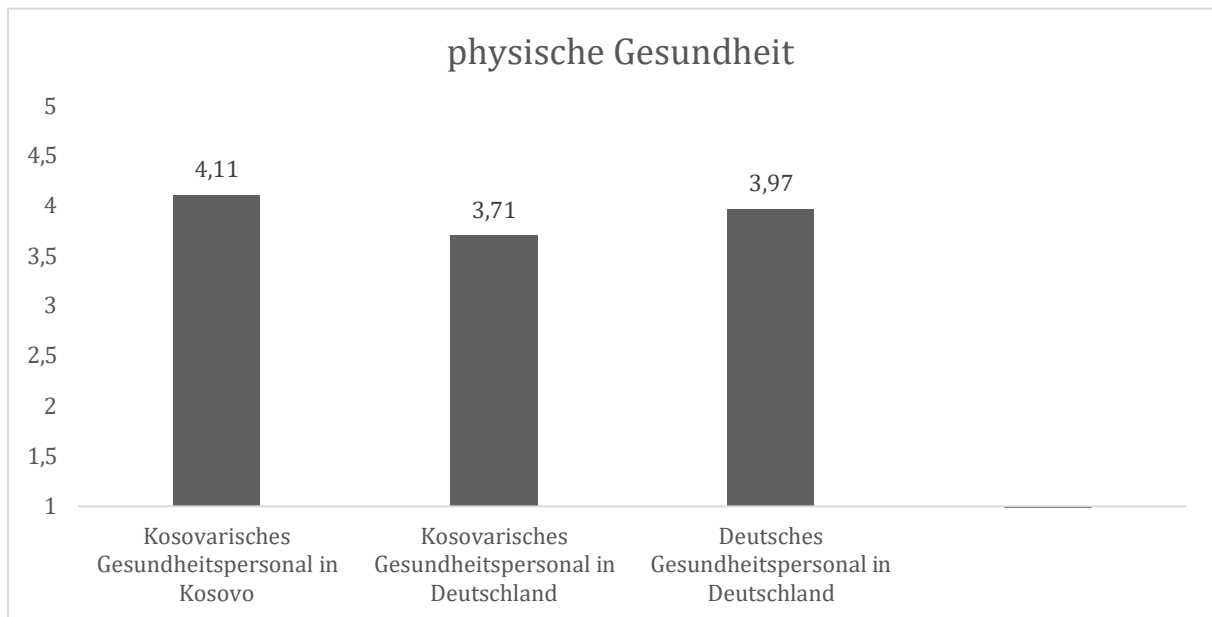


Abbildung 4: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die physische Gesundheit

Dabei berichtete die kosovarische Gruppe des Gesundheitspersonals, die im Kosovo arbeitet, die vergleichsweise geringsten Einschränkungen der physischen Gesundheit. Sie gaben an, nur „alle paar Monate“ bis „nie“ körperliche Beschwerden bei der Arbeit zu verspüren. Während ihre Landsleute, die in Deutschland arbeiten, angaben, eher „alle paar Monate“ bis „alle paar Wochen“ (s. Tab. 8, S. 45) körperliche Probleme bei der Arbeit zu haben.

Auch bei der psychischen Gesundheit zeigten sich moderate Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Dabei ist der Unterschied zwischen dem Gesundheitspersonal in ihren jeweiligen Heimatländern signifikant (s. Tab. 7, S. 43). Die Mittelwerte und die Unterschiede zu diesem Zielfaktor sind in Abb. 5 dargestellt.

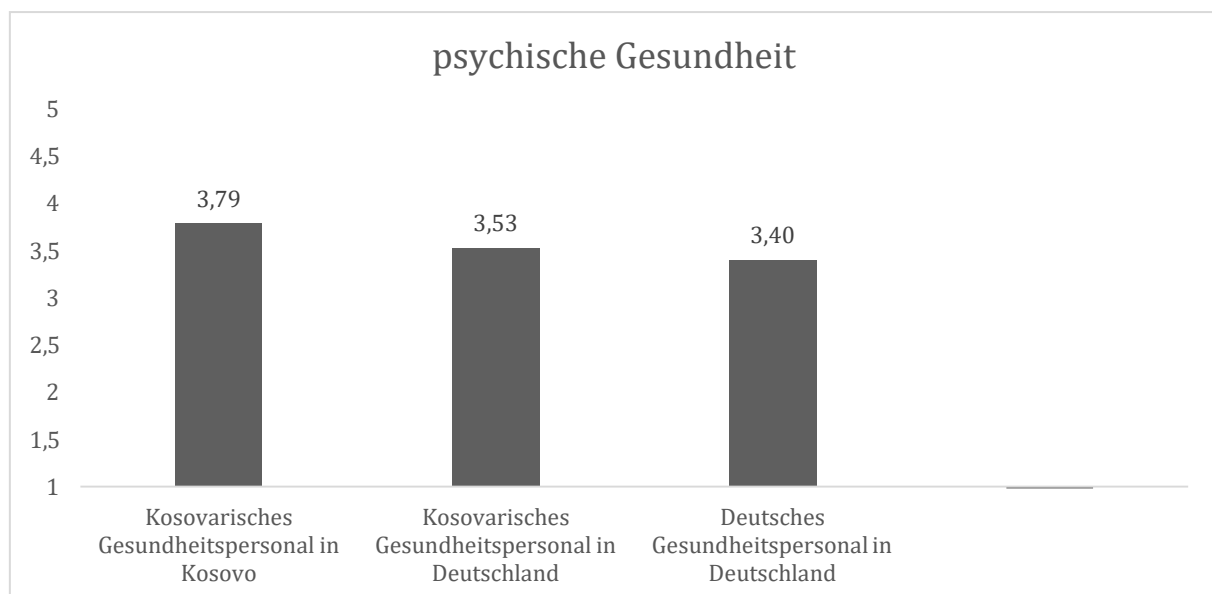


Abbildung 5: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die psychische Gesundheit

Die geringsten psychischen Beschwerden - „alle paar Monate“ – berichtete das kosovarische Gesundheitspersonal, das im Kosovo arbeitet. Die deutsche Gruppe des Gesundheitspersonals scheint stärker - „alle paar Wochen“ - davon betroffen zu sein (s. Tab. 8, S. 45).

Des Weiteren wurden leichte Unterschiede bei den Gruppen bezüglich der sozialen Gesundheit gefunden. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit mit kosovarischem Gesundheitspersonal ist signifikant (s. Tab. 7, S. 43). Die durchschnittlichen Werte der drei Gruppen dazu sind in Abb. 6 dargestellt.

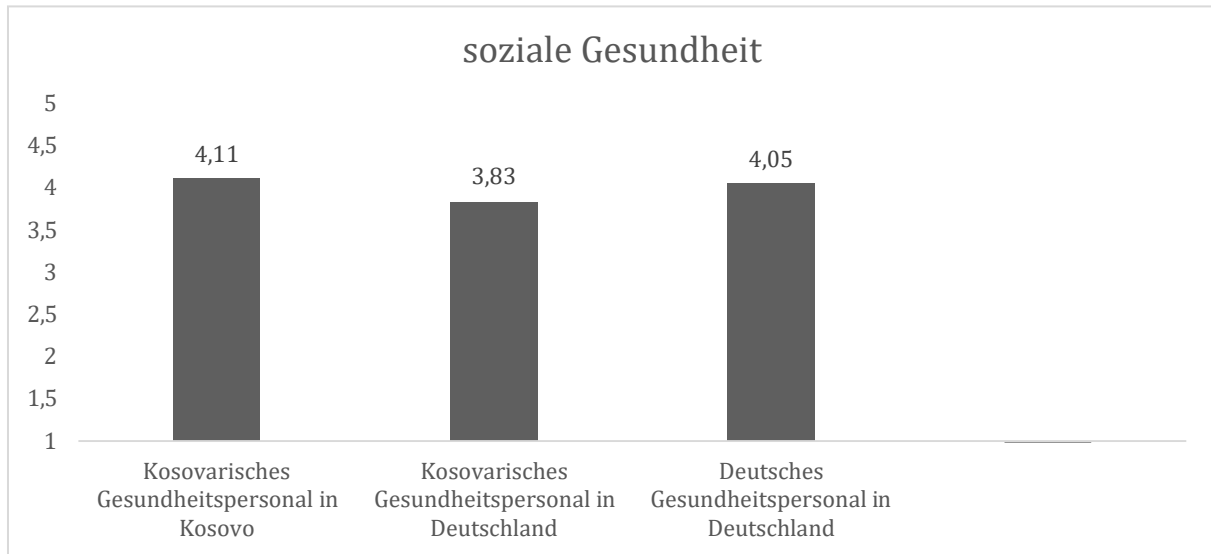


Abbildung 6: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die soziale Gesundheit

Dabei äußerte die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet, tendenziell am häufigsten – „alle paar Wochen bis alle paar Monate“ - Probleme bei der sozialen Gesundheit.

Ein besonderer Zielfaktor innerhalb der Dimension Gesundheit ist die Äußerung von kognitiven Stresssymptomen. Hier bedeutet ein hoher Wert eine geringe Wahrnehmung von Stresssymptomen (s. Tab. 8, S. 45). Die Unterschiede vom kosovarischen Gesundheitspersonal in Deutschland zu den beiden anderen Gruppen sind signifikant. Die durchschnittlichen Werte der drei Gruppen dazu sind in Abb. 7 dargestellt. Die niedrigsten Werte bzw. tendenziell die häufigsten Stresssymptome – „alle paar Wochen bis alle paar Monate“ - im Gruppenvergleich gaben die kosovarischen Mitarbeiter an, die in Deutschland arbeiten.

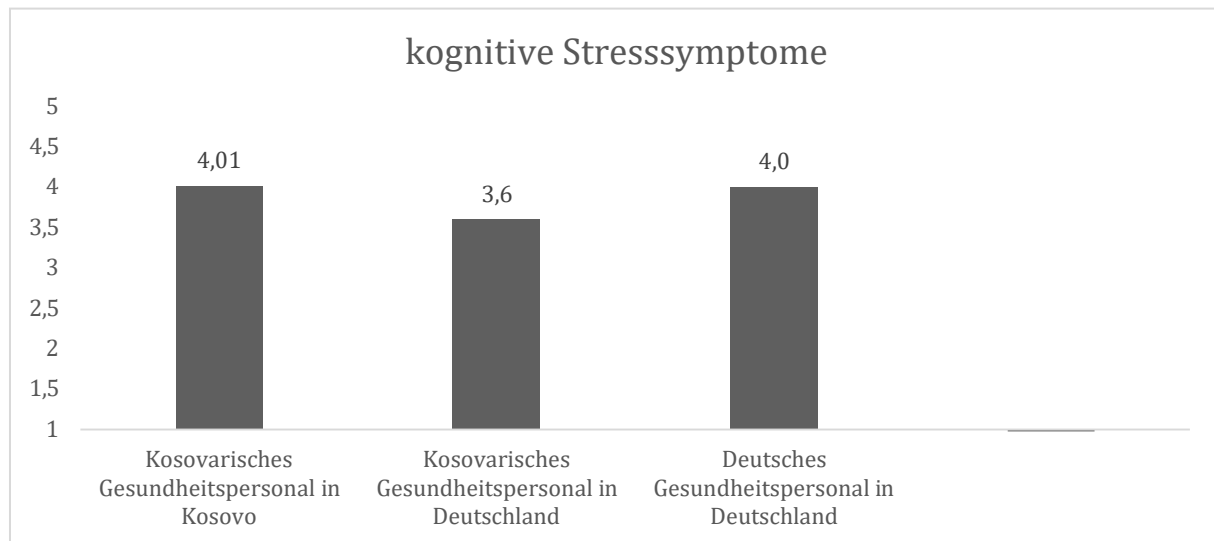


Abbildung 7: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf Stresssymptome

Der Vergleich der Ergebnisse bei den Zielfaktoren der Gesundheit (physisch, psychisch, sozial) von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland zeigte Unterschiede auf: In nahezu allen Dimensionen der Gesundheit äußerte das kosovarische Gesundheitspersonal in Deutschland im Gruppenvergleich häufiger Gesundheitsprobleme als ihre deutschen KollegInnen. Lediglich bei der Dimension „psychische Gesundheit“ schätzt sich das deutsche Gesundheitspersonal stärker betroffen ein als das kosovarische in Deutschland.

4.2. Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu berufsspezifischen Kompetenzen sowie beruflichen Kenntnissen

Die mit „WiN“ durchgeführte Erhebung bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund und dessen Vergleich mit Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen in den Bereichen der berufsspezifischen Bildung, den berufsspezifischen Kompetenzen sowie beim Zuwachs von beruflichen Kenntnissen und Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens.

Die berufsspezifischen Kompetenzen sowie der Zuwachs von beruflichen Kenntnissen und Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland scheinen denen von Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund ähnlich zu sein.

4.3 Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu sozialen und moralischen Werten

Die mit „WiN“ durchgeführte Erhebung bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund und dessen Vergleich mit Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen in den Bereichen der sozialen und moralischen Werte, der persönlichen Einstellungen und der Arbeitskultur.

Die sozialen und moralischen Werte, die persönlichen Einstellungen und die Arbeitskultur von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland scheinen denen von Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund ähnlich zu sein.

4.4 Ergebnisse der Studie bezüglich der Zielfaktoren zu Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung

Bei den Zielfaktoren zu Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung ergaben sich wesentliche Unterschiede zwischen den Gruppen bei emotionalen Anforderungen, Zeitdruck, patientenbezogenen Stressoren, Einschätzung der Organisation allgemein und Vorgesetztenfeedback.

Beim Zielfaktor emotionale Anforderungen zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Der Unterschied zwischen dem kosovarischen Gesundheitspersonal, das in Deutschland arbeitet, und ihren deutschen Kollegen ist signifikant (s. Tab. 7, S. 43). Die Mittelwerte der drei Gruppen dazu sind in Abb. 8 dargestellt. In diesem Zusammenhang deutet ein hoher Wert die Einschätzung von niedrig empfundenen emotionalen Anforderungen an (s. Tab. 8, S. 45).

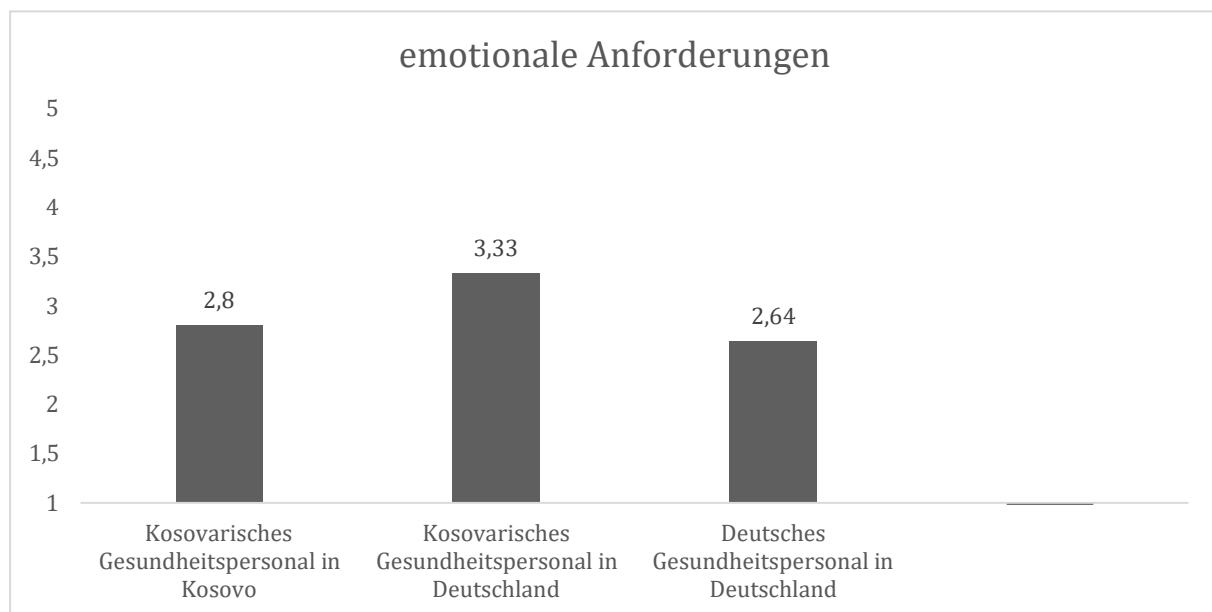


Abbildung 8: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf emotionale Anforderungen

Dabei äußerte das kosovarischen Gesundheitspersonal, das in Deutschland arbeitet, die geringsten emotionale Anforderungen – „zum Teil“ bis „in geringem Maße“, während die deutsche Gruppe des Gesundheitspersonals vergleichsweise höhere Anforderungen angibt – „zum Teil“ bis „in hohem Maße“.

In Bezug auf den empfundenen Zeitdruck gab es signifikante Unterschiede zwischen dem deutschen Gesundheitspersonal und den beiden Gruppen des kosovarischen Gesundheitspersonals

(s. Tab. 7, S. 43). Die durchschnittlichen Werte der drei Gruppen dazu sind in Abb. 9 dargestellt. Bei hohen Werten wird ein geringer Zeitdruck empfunden.

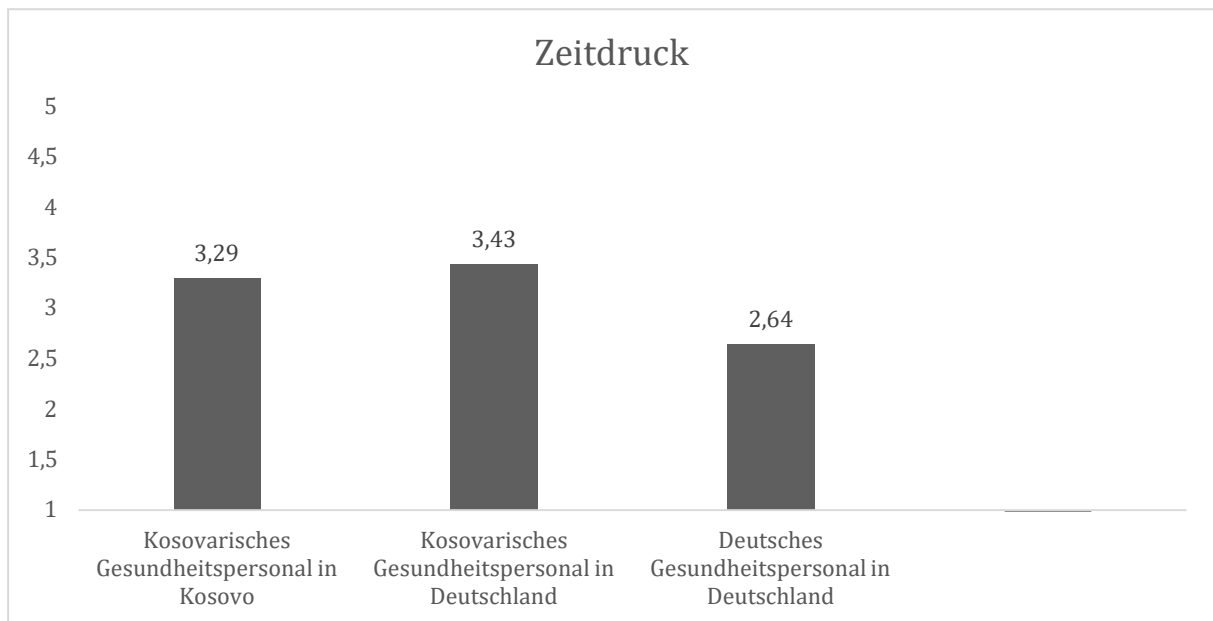


Abbildung 9: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf Zeitdruck

Die kosovarische Gruppe des Gesundheitspersonals in Deutschland schätzte den empfundenen Zeitdruck weniger belastend – „zum Teil“ bis „in geringem Maße“ - als ihre deutschen Kollegen – „zum Teil“ bis „in hohem Maße“ – ein (s. Tab. 8, S. 45).

Auch patientenbezogene Stressoren wurden verschieden stark wahrgenommen. Hier gab es signifikante Unterschiede zwischen dem kosovarischen Gesundheitspersonal, das in Deutschland arbeitet, und den deutschen Kollegen sowie ihren Landsleuten im Kosovo. Die durchschnittlichen Werte der drei Gruppen zu diesem Zielfaktor sind in Abbildung 10 dargestellt. Bei der Angabe von hohen Werten fühlten sich die Befragten weniger von patientenbezogenen Stressoren betroffen (s. Tab. 8, S. 45).

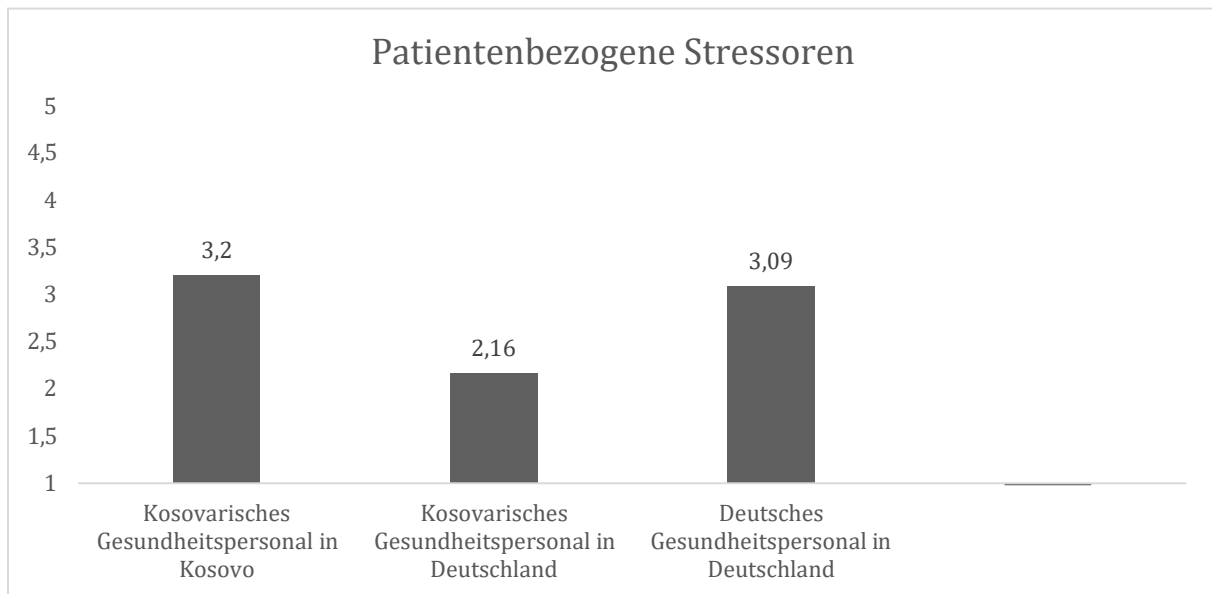


Abbildung 10: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf Stress, der mit den Patienten verbunden ist

Die kosovarische Gruppe des Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet, fühlt sich am Stärksten von patientenbezogenen Stressoren betroffen – „in hohem Maße“. Die anderen beiden Gruppen gaben die diesbezügliche Belastung mit „zum Teil“ an.

Des Weiteren wurde die allgemeine Organisation der Arbeit unterschiedlich bewertet. Einen signifikanten Unterschied gab es zwischen dem kosovarischen Gesundheitspersonal im Kosovo und ihren Landsleuten in Deutschland (s. Tab. 7, S. 43). Die Mittelwerte der drei Gruppen zu diesem Zielfaktor sind in Abb. 11 dargestellt. Wenn hierbei hohe Bewertungen von den Befragten gewählt wurden, zeigt dies eine geringe Zufriedenheit mit der Arbeitsorganisation (s. Tab. 8, S. 45).

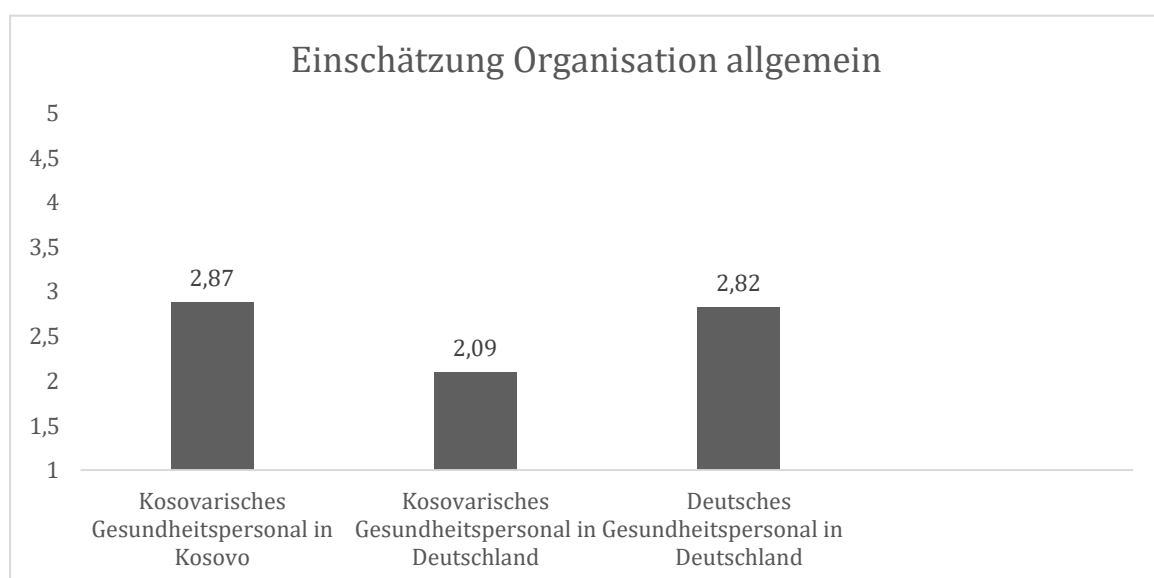


Abbildung 11: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die allgemeine Bewertung des Betriebs

Bedeutende Unterschiede gab es hier zwischen der kosovarischen Gruppe des Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet und den beiden Vergleichsgruppen. Erstgenannte Gruppe bescheinigte den Fragestellungen bei diesem Zielfaktor „trifft überwiegend zu“. Die anderen beiden Gruppen werteten mit „trifft teilweise zu“.

Zu guter Letzt zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen allen Gruppen in Bezug auf das Feedback der Leitung (s. Tab. 7, S. 43). Die durchschnittlichen Werte der drei Gruppen zu diesem Zielfaktor sind in Abb. 12 dargestellt. Hohe Werte charakterisieren dabei die Wahrnehmung von unklaren Anweisungen und Rückmeldungen der Vorgesetzten.

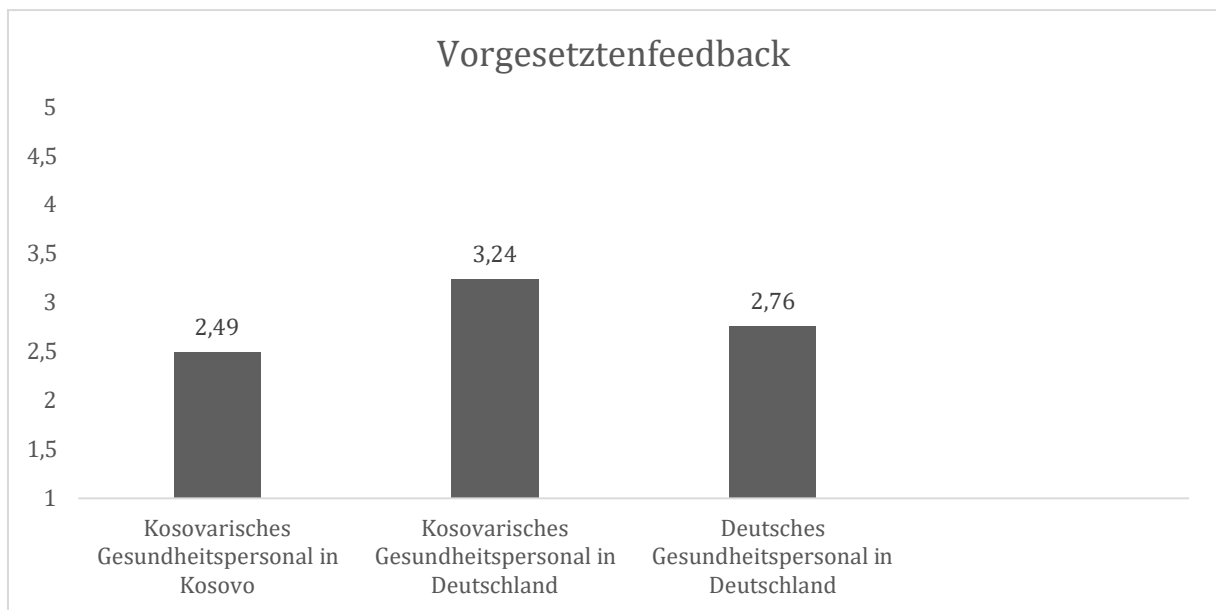


Abbildung 12: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf Feedback der Führung

Dabei schwankte die kosovarische Gruppe des Gesundheitspersonals im Kosovo zwischen der Einschätzung „teilweise“ bis „klare Rückmeldung vom Vorgesetzten“. Die kosovarische Gruppe in Deutschland dagegen empfindet eine „teilweise“ bis „überwiegend unklare Rückmeldung vom Vorgesetzten“ und das deutsche Gesundheitspersonal liegt seiner Bewertung zwischen den vorher genannten Gruppen..

Die Selbsteinschätzung bei den Zielfaktoren zu Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung unterscheidet sich zwischen den Gruppen: Emotionale Anforderungen und Zeitdruck werden vom kosovarischen Gesundheitspersonal in Deutschland als geringer belastend wahrgenommen als vom deutschen. Vor allem die „Einschätzung Organisation allgemein“ fällt bei dieser Gruppe deutlich positiver aus als bei dem deutschen Gesundheitspersonal. Allerdings „leidet“ die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals in Deutschland stärker unter patientenbezogenen Stressoren und unklaren Anweisungen und Rückmeldungen durch die Vorgesetzten als die deutschen KollegInnen.

5. Diskussion

Mit dieser Arbeit wird eine Vergleichsanalyse der arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren zwischen Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland angestrebt. Die Vergleichsdaten der Beobachtungsstudie wurden mit dem Screeninginstrument „WiN“ (Workability in Nursing) ermittelt.

„WiN“ ist angelehnt an das finnische Arbeitsfähigkeitsförderungsmodell, welches den Menschen mit seinen verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten ins Zentrum der Betrachtung stellt (s. Abb. 1, S. 5).

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Beobachtungsstudie entlang der Hypothesen (s. 2.2, S. 32) diskutiert. Die darin enthaltenen Zielfaktoren sind angelehnt an das Modell des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ aufgestellt worden, (s. 1.2.2, S. 8). Die festgestellten Unterschiede bei den arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren zwischen Gesundheitspersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland werden anschließend mit den Befunden der Literaturübersicht über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften und der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung erörtert. Durch die Zusammenschau dieser Ergebnisse sollen Hinweise zu möglichen Ansätzen für die nachhaltige Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. der Gestaltung integrierender Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungs-Programme für diese Gruppen abgeleitet werden.

5.1 Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Zielfaktoren der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit

Über die Beobachtungsstudie sollte die Hypothese geprüft werden, dass sich die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen auf die Gesundheit von Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund in Deutschland in ihren psychischen, physischen und sozialen Dimensionen, nicht vom Gesundheitspersonal in Deutschland ohne Migrationshintergrund unterscheiden (s. 2.2, S. 32).

In der Literaturübersicht über Arbeitsbelastungen bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund wurden diverse Aspekte identifiziert, die eine relevante Rolle für die Gesundheit im Sinne der Arbeitsfähigkeit spielen. Diese werden nachfolgend im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Beobachtungsstudie und der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung diskutiert.

5.1.1 Relevante Aspekte der physischen Gesundheit

Im Sinne des Arbeitsfähigkeitsmodells ist eine gute Arbeitsfähigkeit ohne Gesundheit nicht möglich (Oldenbourg und Ilmarinen, 2010, S. 431). Gesundheit ist eine wichtige Bedingung für selbstständiges Handeln eines Menschen und setzt voraus, dass seine physischen, psychisch-geistigen und sozialen Fähigkeiten in einem einigermaßen stabilen Gleichgewicht stehen. So gesehen bedrohen Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt bieten Gesundheit und Leistungsfähigkeit die Möglichkeit der Förderung der Arbeitsfähigkeit.

Ob jemand seine tägliche Arbeit leisten kann, hängt demzufolge nicht einfach von Gesundheit oder Krankheit eines Menschen ab, sondern vom Zustand seiner Reservekapazitäten (s. Abb. 2, S. 6) oder der Arbeitsanforderung selbst (Tempel und Ilmarinen, 2013, S. 45).

Die Beobachtungsstudie bestätigt einen signifikanten Unterschied zwischen allen Gruppen beim physischen Gesundheitsempfinden. Dabei berichteten die kosovarische Gruppe des Gesundheitspersonals, die im Kosovo arbeitet, die vergleichsweise geringsten Einschränkungen der physischen Gesundheit. Sie gaben an, nur alle „alle paar Monate“ bis „nie“ körperliche Beschwerden bei der Arbeit zu verspüren. Während ihre Landsleute, die in Deutschland arbeiten, angaben, eher „alle paar Monate“ bis „alle paar Wochen“ (s. Tab. 8, S. 45) körperliche Probleme bei der Arbeit zu haben.

In der Literatur wird im Kontext von Akkulturation und Gesundheit diskutiert, ob längere Aufenthaltszeiten im Gastland zu einer abgeschwächten Stressreaktion oder erhöhtem Blutdruck bzw. höherer Depressionsneigung führen kann. Brown und James (2000), Hener et al. (1997) und Lee et al. (2016) beobachteten, dass das geringere Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei koreanisch-chinesischen Migrantinnen im Vergleich zu Koreanern aufgrund eines „gesundheitsförderlichen Migrations-Effekt“ nach einiger Zeit auf das gleiche Niveau auf das der Einheimischen stieg, weil die Migrantinnen ungesundem Lebensstil und Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren. Delavari et al. (2013) stellten fest, dass der „gesundheitsförderliche Migrations-Effekt“ mit zunehmender Akkulturation in Ländern mit hohem Einkommen aufgrund der Anpassung an ungesunde Essgewohnheiten der Gastberberkultur verschwinden kann. Somit kann eine fortwährende Anpassung an die Gastkultur zu gesundheitsbezogenen Problemen für die eingewanderten Gesundheitsfachkräfte führen. Akkulturationsprogramme sollten demzufolge darauf achten, die positiven Teile der traditionellen Ausrichtung der MigrantInnen zu erhalten und mit den positiven Aspekte der Wirtskultur zu kombinieren (Delavari et al., 2013).

Paradies et al. (2015) bewiesen, dass Rassismus in signifikantem Zusammenhang mit schlechterer Gesundheit steht. Dabei ist dieser Zusammenhang stärker bezüglich schlechter psychischer Gesundheit und schwächer bezüglich schlechter körperlicher Gesundheit.

Insgesamt kann gefolgert werden, dass sich die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen auf die physische Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden scheinen.

5.1.2 Relevante Aspekte der psychischen Gesundheit

Bei der Dimension der psychischen Gesundheit zeigte die Beobachtungsstudie moderate Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Die geringsten psychischen Beschwerden - „alle paar Monate“ – berichtete das kosovarische Gesundheitspersonal, das im Kosovo arbeitet. Die deutsche Gruppe des Gesundheitspersonals scheint stärker - „alle paar Wochen“ - davon betroffen zu sein.

In der Literaturübersicht über die Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften wird beispielsweise herausgestellt, dass Sprachschwierigkeiten bei eingewandertem Pflegepersonal nicht nur zu fehlendem Selbstvertrauen in die eigenen Sprachfähigkeiten führen (Henry, 2007; Takeno, 2010), sondern auch zu emotionalem Stress, Frustration und "Lähmung" beitragen (Takeno, 2010; Tregunno, 2009; Xu et al., 2008).

Des Weiteren verunsichert eingewandertes Pflegepersonal die oft erlebte Diskriminierung durch Patienten, Besuchern, Kollegen und Vorgesetzten (Larsen, 2007; Tregunno et al., 2009; Xu et al., 2008). Dies kann zu fehlendem Selbstvertrauen, Angst und Depression führen (Batnitzky und McDowell, 2011; Diciccio-Bloom, 2004; Xu et al., 2008). Außerdem verursachen dauernde Befragungen und Nicht-Erkennen der Fähigkeiten ein Gefühl der Hilflosigkeit bei den Betroffenen (Larsen, 2007).

Viele eingewanderte Pflegekräfte scheinen die erlebte Diskriminierung still zu ertragen - aus Angst vor Rechtsstreitigkeiten (Sherman und Eggenberger, 2008) und vor allem um das Bleiberecht zu sichern bzw. nicht in das Heimatland zurückgeschickt zu werden (Larsen, 2007). Als Ergebnis steht teilweise eine extreme Ängstlichkeit als Folge der Anpassung an ein neues Land (Xu et al., 2008).

Insgesamt kann gefolgert werden, dass sich die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland sich von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund unterscheiden scheinen!

5.1.3 Relevante Aspekte der sozialen Gesundheit

Auch bei der Dimension der sozialen Gesundheit wurden in der Beobachtungsstudie leichte Unterschiede gefunden. Dabei äußerte die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet, tendenziell am häufigsten – „alle paar Wochen bis alle paar Monate“ - Probleme bei der sozialen Gesundheit.

Die in der Literaturübersicht bereits erwähnten Sprachschwierigkeiten und Diskriminierungen führen im Bereich der sozialen Gesundheit z. B. zum Gefühl der Einsamkeit (Henry, 2007; Ma et al., 2010; Takeno, 2010; Xu et al., 2008), Marginalisierung oder sozialer Isolation (Diciccio-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Larsen, 2007; Ma et al., 2010; Tregunno et al., 2009; Turritin et al., 2002; Xu et al., 2008).

Die unterschiedlichen Herkunftskulturen und andere Weltbilder der eingewanderten Pflegekräfte haben im sozialen Gefüge oft weitreichende Folgen. In mehreren Studien werden Gefühle von Anderssein, Marginalisierung, Unsichtbarkeit und Fremdsein von eingewanderten Pflegekräften beklagt (Allan et al., 2004; Larsen, 2007; Mapedzahama et al., 2012; Smith et al., 2006; Xu et al., 2008; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005). Im Zusammensein mit einheimischem Gesundheitspersonal wird von eingewanderten Pflegekräften vermisst, dass keine gemeinsamen Interessen da sind, kein Teilen der schönen Momente miteinander und keine Gruppenzugehörigkeit möglich seien (Zhou et al., 2011).

5.1.4 Relevante Aspekte zu kognitiven Stresssymptomen

Entsprechend der Annahme, dass eingewandertes Gesundheitsfachpersonal zusätzlichen Stressoren ausgesetzt ist, zeigten sich bei der Migrantengruppe auch in der Beobachtungsstudie (s. Abb. 7, S. 47) die ungünstigsten Werte im Zusammenhang mit empfundenen kognitiven Stresssymptomen.

Neben der überwiegenden Bestätigung einer erhöhten Stressbelastung bei eingewanderten Pflegekräften, werden in der Literatur von einigen Autoren aber auch Phänomene mit positiven Effekten beschrieben. Zum einen wird dies mit dem Zustand erklärt, dass die Mehrheit der Pflegekräfte sehr froh und auch stolz ist, „es geschafft zu haben“ als Fachkraft in dem Gastland zu arbeiten (Newton et al., 2011; Habermann, 2013). Dies setzt zusätzliche Ressourcen frei und lässt die Arbeitssituation positiver bewerten. Zum anderen erklärt Habermann (2013) in ihrer Studie mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund, dass diese Gruppe die Arbeitsherausforderungen im Vergleich zu einheimischen Kollegen tendenziell positiver bewertet.

Die Hypothese I (s. 2.2 a, S. 32) kann anhand der erhobenen Vergleichsdaten falsifiziert werden. Dennoch scheint nähere Forschung zu möglichen Auswirkungsmechanismen nötig.

5.2 Diskussion der Zielfaktoren der berufsspezifischen Kompetenzen sowie beruflichen Kenntnissen

Die Beobachtungsstudie sollte die Hypothese prüfen, dass die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen auf die berufsspezifischen Kompetenzen sowie den Zuwachs von beruflichen Kenntnissen und Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens sich bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht unterscheiden von denen der Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund,

Die finnische Forschungsgruppe um Ilmarinen stellten in Verlaufsstudien, die bis heute fortgesetzt werden, als wichtigstes Ergebnis fest, dass die Handlungskompetenz und die kontinuierliche Weiterbildung ein wesentlicher Bestandteil der Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters ist (Tempel et al., 2005, S. 35).

Sowohl die ausreichend fachliche und soziale Kompetenzen als auch der Zuwachs von Kenntnissen und beruflichen Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitslebens eines Beschäftigten, mit denen er die beruflichen Herausforderungen begegnet (Ilmarinen und Tempel, 2002), sind entscheidend davon abhängig, ob es den Unternehmen gelingt, eine lernförderliche Arbeitsorganisation zu gewährleisten (Tempel, Ilmarinen, 2013, S. 58). Hierbei ist die Rolle bzw. die Sichtweise der unmittelbaren Vorgesetzten, der Kollegen und der Unterrichtenden von außerordentlicher Bedeutung. Zudem spielt dabei das Lernkonzept bezüglich Alter, Vorerfahrungen usw. eine wichtige Rolle (Ilmarinen, 2006, S. 225). In der Beobachtungsstudie wurden im Bereich der berufsspezifischen Kompetenzen bzw. beruflichen Kenntnisse - entgegen der Annahmen der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung über die Wichtigkeit von Vorerfahrungen, Lernkonzepten und Ähnlichem für die Handlungskompetenzen - keine wesentlichen Unterschiede zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräften sichtbar.

Zu diesen Faktoren können Befunde aus der Literaturübersicht über Belastungen in der Arbeit bei eingewanderten Pflegekräften genannt werden. Vor allem wurden in mehreren Studien Aspekte, die den Prozess des Deskilling betreffen, als spezifische Belastungen herausgestellt.

Im Zusammenhang mit der *Einsetzbarkeit der Qualifikationen* bemerken viele Studien, dass eingewanderte Pflegekräfte im Gastgeberland häufig nicht das ausführen dürfen, was sie in ihrer Heimat durften (Buchan, 2003; Omeri und Atkins, 2002). Dies hängt auch mit den Krankenhausrichtlinien zusammen, die andere sind als im Ursprungsland (O'Brien, 2007; Gerrish und Griffith, 2004). Außerdem werden die Vorerfahrungen z. B. im technischen Bereich nicht genutzt, weil die eingewanderten Pflegekräften in für sie neuen Bereichen eingesetzt werden (Gerrish et al., 2003). Dies führt zu Frustration (Nicholls und Campbell, 2010). Das Nicht-Anwenden-Können ihrer Fähigkeiten führt bei eingewanderten Pflegekräften zum Gefühl, dass sie diese langsam verlieren könnten (Gerrish und Griffith, 2004; Smith et al., 2006), vor allem aber zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit (Hardill und MacDonald, 2000). Oft werden jedoch die Fähigkeiten von eingewanderten Pflegekräften gar nicht erkannt und ihre Kompetenz in Frage gestellt (Buchan, 2003; Withers und Snowball, 2003). Darüber sind diese frustriert und empfinden Groll, weil ihre Qualifikationen, Wissen, Fähigkeiten und frühere Erfahrung nicht Wert geschätzt werden (Allen und Larsen, 2003; Withers und Snowball, 2003; Gerrish und Griffith, 2004; O'Brien, 2007). Der Mangel an entgegengebrachtem Vertrauen führt auch dazu - wie eingewanderte Pflegekräfte berichteten-, dass sie unfähig wurden, professionell zu arbeiten (Allan et al., 2004; Deegan und Simkin, 2010; Larsen, 2007; Mapedzahama et al., 2012; Smith et al., 2006; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005).

Somit verhindern komplexe Gründe und Mechanismen inklusive offener und verdeckter Diskriminierung, dass eingewanderte Pflegekräfte ihr volles Potenzial erreichen können (Aboderin, 2007; Larsen, 2007).

Der damit verbundene Abbau von Fähigkeiten, der erlebte Mangel an Wertschätzung sowie die daraus entstandene Frustration scheinen die Arbeitsfähigkeit zu gefährden. Auch wenn im Grunde Deskilling nicht auf Pflegekräfte mit Migrationshintergrund begrenzt ist, scheint die Wucht der Wirkung von Aspekten und Konstellationen, die einander gegenseitig verstärken, bei eingewanderten Pflegekräften in Gesundheitseinrichtungen besonders stark zu sein.

In wieweit das „WiN“-Screening-Instrument in der Erfassung dieser Faktoren unempfindlich bzw. wenig empfindlich ist, ist offen. Daher bleibt auch die Sensitivität des „WiN“-Screening-Instruments hierzu eine interessante Diskussions- bzw. Forschungsaufgabe.

Eine Herausforderung besteht darin, wie die oben genannten Mechanismen mit den möglichen Auswirkungen bei der Erhaltung bzw. Förderung der Arbeitsfähigkeit dem verantwortlichen Management von Maßnahmengestaltung zur Gefahrenprävention- und Gesundheitsförderung bewusstgemacht werden können.

Die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen auf die berufsspezifischen Kompetenzen sowie den Zuwachs von beruflichen Kenntnissen und Geschicklichkeit im Laufe des Arbeitsle-

bens bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland scheinen sich - zumindest angelehnt an die hier mit „WiN“ durchgeführte Beobachtungsstudie - nicht von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden. Dieser Befund steht sowohl im Gegensatz zu den Studien über die Arbeitsbelastungen von eingewanderten Pflegekräften als auch zu den Erwartungen der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung.

Damit kann die Hypothese II (s. 2.2 b, S. 32) anhand der erhobenen Daten nicht falsifiziert werden. Nähere Forschung zu möglichen Unterschieden und den Auswirkungsmechanismen scheint nötig.

5.3 Diskussion der Ergebnisse der Zielfaktoren zu sozialen und moralischen Werten

Die Beobachtungsstudie sollte des Weiteren die Hypothese prüfen, dass spezifische Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen auf soziale und moralische Werte, die persönlichen Einstellungen und die Arbeitskultur von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland sich nicht von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund unterscheiden.

Nach Opaschowski (2008, S. 121) sind Werte, Einstellungen und Motivationen Bestandteile dessen, was Menschen als individuelle Ressourcen in ihre Arbeitsverhältnisse mitbringen. Damit werden Anforderungen begegnet, die die Arbeitswelt an die Menschen stellt.

Im Arbeitsalltag hat das Verhältnis der spezifischen Sichtweisen der Personen zur Arbeitskultur eine besondere Bedeutung. Dort begegnen sich die Vorstellungen und Deutungen, die sich in bestimmten Situationen zu bestimmten Fragestellungen oder Konflikten entwickeln. Nach Ilmarinen und Tempel (2002) ist über diese Prozesse noch relativ wenig bekannt. Die Qualität dieser Prozesse hat jedoch einen wichtigen Einfluss auf die Betriebskultur und das Betriebsklima, in dem sich die Menschen bewegen.

Die Beobachtungsstudie konnte bei den sozialen und moralischen Werten - entgegen der Annahme der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung über die Wichtigkeit von individuellen Werten, Einstellungen und Motivation auf das Arbeitsklima - keine bedeutenden Unterschiede zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräften in diesem Bereich finden.

Dennoch bescheinigt die Literaturübersicht über das Arbeitsleben von Pflegekräften mit Migrationshintergrund spezifische Auswirkungen und arbeitsbedingte Belastungen bei mehreren der oben erwähnten Faktoren, die erwähnenswert erscheinen.

Studien betonen, dass eingewanderte Pflegekräfte durch positive Arbeitsmoral und harte Arbeit ihr Selbstvertrauen steigern. Sie lernen dadurch die Sprache des Gastgeberlandes besser und finden ein Verständnis für die Unterschiede in der Krankenpflege zwischen ihrem Gastland und ihrer Heimat (Yi, 1993). Dabei bewundern einige die größere Autonomie der Pflegekräfte in den Gastländern und die Beziehungsdynamik zu anderen Gesundheitsberufen (Withers und Snowball, 2003; Smith, 2004;

Taylor, 2005). Andere wiederum finden diese Art von Beziehungen unpassend und sehen dies als ein Zeichen für fehlenden Respekt (Gerrish und Griffith, 2004).

Auch die *Einstellungen* von eingewanderten Pflegekräften wurden in einigen Studien ermittelt. Dabei zeigten sie eine tiefsitzende Sehnsucht sich zu beweisen, um zu überleben, Erfolg zu haben und Anerkennung zu bekommen (Alexis und Vydellingum, 2005b).

Hart zu arbeiten bewahrt sie vor Beschwerden durch einheimische Kollegen (Yi, 1993). Jedoch haben entgegengebrachte Feindschaft und Ignoriertwerden durch das einheimische Gesundheitspersonal einen schädlichen Effekt auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (Gerrish und Griffith, 2004) und führen u. a. zu einer Verlangsamung des Arbeitstempos (Takeno, 2010; Tregunno et al., 2009).

Durch die kulturellen Unterschiede zwischen eingewandertem und einheimischem Pflegepersonal entstehen Missverständnisse und Spannungen, die zu ineffektiver Kommunikation und schlechten Beziehungen führen (Durey et al., 2008). Diese Differenzen zeigen sich auch in anderen Erfahrungen und Vorstellungen in der Ausübung der Gesundheitsfürsorgepraxis. Das führt bei eingewanderten Pflegekräften zu erlebter Unzufriedenheit und dem Empfinden fehlender Grundregeln und fehlender gut-strukturierter Orientierung (Higginbottom, 2011).

Beim Zusammenwirken von individuellen Arbeitsfähigkeitsfaktoren und Faktoren der Arbeitsumgebung scheint vor allem der Akkulturations- und Kommunikationsprozess gestört. Daraus könnten arbeitsfähigkeitshemmende Wirkungen entstehen, die kurz-, mittel- und langfristig mit Nachteilen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber einhergehen können. Für die Überprüfung des Grades der Erfassung solcher Wirkungen bei „WiN“-Erhebungen scheinen weitere und vor allem spezifischere Forschungsansätze notwendig. Sicher scheint jedoch, dass Kenntnisse über die genannten Faktoren, deren Wirkungen und die Zusammenhänge mit der Arbeitsumgebung notwendig sind, um Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Unternehmen für diese Gruppe zusammen zu stellen.

Die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen auf soziale und moralische Werte, die persönlichen Einstellungen und die Arbeitskultur von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland scheinen sich – zumindest angelehnt an die Daten dieser Beobachtungsstudie - nicht von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden. Auch dieses Ergebnis steht sowohl im Gegensatz zu den Studien über die Arbeitsbelastungen von eingewanderten Pflegekräften als auch zu den Erwartungen der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung.

Die Hypothese III (s. 2.2 c, S. 32) kann anhand von Vergleichsdaten der Beobachtungsstudie nicht falsifiziert werden. Nähere Forschung zu möglichen Unterschieden und den Auswirkungsmechanismen scheint vonnöten.

5.4 Diskussion der Ergebnisse der Zielfaktoren Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung

Die Beobachtungsstudie sollte als letztes die Hypothese prüfen, dass die spezifischen Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen auf Arbeitsorganisation, Führung, und Umgebung, die sowohl die physi-

schen als auch die psychische und organisatorische Beanspruchung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland darstellen, von Migrationsfaktoren nicht beeinflusst sind und somit sich von denen der Pflegekräfte in Deutschland ohne Migrationshintergrund nicht unterscheiden.

Da die Menschen den eigentlichen Wert eines Unternehmens ausmachen, sollten Unternehmen auch wie lebendige Organismen gesteuert werden (Tempel, Ilmarinen, 2013, S. 76). Die Anforderungen und Organisation der Arbeit, aber auch das Funktionieren und Organisieren des Gemeinschaftlichen stellt nach Tempel und Ilmarinen (2013, S. 75) eine vielschichtige Einheit dar, die schwer zu verstehen und schwer zu bewerten ist.

Wenn Menschen bei der Arbeit mit Anforderungen oder Entscheidungen konfrontiert werden, dann ist es unmöglich, sich auf die Sachebene, die juristischen und formalen Grundlagen zu beschränken. Die Betroffenen werden als „ganze Menschen“ angesprochen und die Entscheidungen / Anforderungen, die sie bewältigen müssen, wirken immer auch auf der emotionalen Beziehungsebene. Dies gilt gleichermaßen für den Mitarbeiter wie für die Führungskräfte - wenn auch mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Tempel, Ilmarinen, 2013, S.179).

Die Stabilisierung der Balance im Haus der Arbeitsfähigkeit ist eine Führungsaufgabe, die insbesondere der ständigen Berücksichtigung der Spezifika von Mitarbeitern wie Gender, Herkunft, Lebenslage, Lebensphase usw. bedarf.

Dabei nimmt das in den Köpfen der Führungskräfte vorherrschende Menschen- und Unternehmensbild eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung der Verhältnisse ein (Ilmarinen 2006, S. 135).

Die Beobachtungsstudie fand sowohl für den Bereich emotionale Anforderungen als auch Wahrnehmung von Zeitdruck bedeutsame Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Dabei schätzt die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet, die emotionalen Anforderungen und die Wahrnehmung von Zeitdruck am niedrigsten ein.

Eingewanderte Pflegekräfte orientieren sich in der Auseinandersetzung mit der neuen Wirklichkeit im Gastland stark an der Bewältigung der direkten Arbeitsanforderungen. Stressoren, die nicht unmittelbar mit diesen Anforderungen zusammenhängen, werden anscheinend primär nicht als belastend bewertet. Habermann (2013) fand in seinen Forschungen drei Phänomene bei eingewanderten Pflegekräften, die im Zusammenhang mit den zuletzt genannten Ergebnissen der Beobachtungsstudie stehen könnten. Diese Gruppe bewertet die eigene Arbeitssituation bzw. -herausforderungen oft positiver als einheimische Pflegekräfte: als Ausdruck der Selbstverwirklichung, weil sie z. B. oft über weniger Informationen verfügen bzw. ein geringeres Bewusstsein für Gefahren haben, weil sie über eine angepasste Erwartungshaltung verfügen.

Zu den wesentlichen Unterschieden gehören auch die Ergebnisse von patientenbezogenen Stressoren. Die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals, die in Deutschland arbeitet, empfindet den patientenbezogenen Stress stärker als die Vergleichsgruppen.

Patientenbezogene Stressoren werden in mehreren Studien über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften beschrieben. Oft gibt es Sprach- und Verständnisschwierigkeiten mit Patienten ausgelöst durch verschiedene kulturelle Hintergründe (Ma et al., 2010; Sherman und Eggenberger, 2008; Tregunno, et al. 2009) und es entsteht Stress durch streitsüchtige, bzw. prozesssüchtige Patienten (Allan und Larsen, 2003).

Patienten verweigern die Pflege von eingewanderten Pflegekräften und wollen eine einheimische Pflegekraft (Allan et al. 2004; Larsen, 2007; Magnúsdóttir, 2005; Mapedzahama et al., 2012; Shields und Price, 2002; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005). Diese Ablehnung wird oft als rassistisch motiviert empfunden (Xu, 2007). In dieser Kategorie stehen auch die verbalen Angriffe von Patienten oder Kollegen (Mapedzahama et al. 2012; Walsh und Shutes, 2013).

Bedeutende Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bei der Einschätzung der „Organisation allgemein“. Diese schätzte das Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund wesentlich besser bzw. als unproblematisch ein als die einheimischen Gruppen. Hier könnten die gleichen Phänomene zum Tragen kommen, die bei der Einschätzung von emotionale Anforderungen und Wahrnehmung von Zeitdruck ausgeführt wurden.

Mehrere Studien belegen vielfältige Probleme der eingewanderten Pflegekräfte mit den Organisationen bzw. Organisationsprozessen. Eine organisatorische Benachteiligung wird gesehen in der Zuweisung von „schlimmsten Patienten“ und unerwünschten Arbeitsschichten (Allen und Larsen, 2003), dem Aufzwingen von Überstunden ohne Bezahlung (Shields und Price, 2002) und dem Unterliegen exzessiver Kontrollen und Supervision (Hagey et al., 2001).

Beklagt wurden in einigen Studien auch eine distanzierte Behandlung, keine Wertschätzung bzw. fehlendes Vertrauen (Magnúsdóttir, 2005) und fehlender Respekt von inländischen Kollegen, nachrangigen Kollegen, Managern oder Patienten (Allan et al., 2004; Deegan und Simkin, 2010; Larsen, 2007; Mapedzahama et al., 2012; Smith et al., 2006; Shields und Price, 2002; Xu et al., 2008).

Die Tätigkeitsspielräume werden von eingewanderten Pflegekräften als verringert angesehen, da sie z. B. Angst haben, Patienten unabhängig zu betreuen. Aus dem Herkunftsland waren sie es gewohnt, dass die Ärzte die Pflege organisiert haben (Newton et al., 2012).

Durch die kulturellen Unterschiede zwischen eingewandertem und einheimischem Pflegepersonal entstehen Missverständnisse und Spannungen, die zu ineffektiver Kommunikation und schlechten Beziehungen führen (Durey et al., 2008). Diese Differenzen zeigten sich auch in anderen Erfahrungen und Vorstellungen in der Ausübung der Gesundheitsfürsorgepraxis. Das führt bei eingewanderten Pflegekräften zu erlebter Unzufriedenheit und dem Empfinden fehlender Grundregeln und fehlender gut-strukturierter Orientierung (Higginbottom, 2011).

Als letzter bedeutsamer Unterschied wurde die Beurteilung des Feedbacks durch Vorgesetzte in der Beobachtungsstudie festgestellt. Die niedrige Bewertung desselben seitens des Gesundheitspersonals mit Migrationshintergrund scheint grundsätzlich konform zu den Hinweisen aus den Studien, die diesbezüglich in Deutschland durchgeführt wurden (Friebe, Zalucki, 2003; Friebe, 2006) zu stehen.

Eingewanderte Pflegekräfte fühlen sich besonders marginalisiert und diskriminiert, wenn die Manager/Führungskräfte ihre beruflichen Fähigkeiten nicht erkennen und Wert schätzen (Smith, 2006). Beispielsweise wenn eingewanderte Pflegekräfte von Patienten zurückgewiesen werden, werden einheimische Pflegekräfte von den Managern eingesetzt. Dies wird als ausweichend und nicht unterstützend empfunden und als eine Bestärkung der "Gewalt des Rassismus", die vom Patienten initiiert worden ist (Mapedzahama et al., 2012).

Außerdem leiden die eingewanderten Pflegekräfte unter den Aggressionen (Tregunno et al., 2009) und dem Misstrauen derer, die scheinbar die unterbundenen Beschäftigungs- und Aufstiegschancen nutzen, um Führungsstärke zu demonstrieren (Alexis et al., 2007).

Einige weitere spezifische Auswirkungen im Arbeitsleben von Pflegekräften mit Migrationshintergrund, die in der Literaturübersicht prominent dargestellt und als wichtig bezüglich Arbeitsgestaltung, Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung, eingestuft werden, werden hier noch in die Diskussion eingebracht. Diese Aspekte sind grundsätzlich in den Fragebögen von „WiN“ enthalten. Bei der Beobachtungsstudie konnten dazu jedoch keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden.

Diskussion weiterer relevanter Zielfaktoren bei Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung

Arbeitsfähigkeit strebt eine auf Dauer angelegte Balance zwischen den Arbeitsanforderungen und den Fähigkeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an. Aus der Sicht des Arbeitsfähigkeitskonzepts wirken Arbeitsbelastungen auf diese Balance in unterschiedlichen Formen und auf mehreren Ebenen des Arbeitsfähigkeitshauses. Nachfolgende werden einige dieser Arbeitsbelastungen dargestellt.

Bozionelos (2009) sieht rassistisch motivierte „Dauerschikanen“ als Belastungen, die bei eingewanderten Pflegekräften zu *Arbeits- und Berufswechselabsichten* führen.

Nach Curran et al. (2008) führt ungenügende Anpassungszeit und Unterstützung an das neue Gesundheitssystem bei eingewanderten Pflegekräften zu Stress und wird als Herausforderung bezüglich der *qualitativen Anforderungen* erlebt. Einige Studien über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften sehen durchaus Probleme, die mit kognitiven Anforderungen einhergehen. Zum Beispiel werden Schwierigkeiten mit der Dokumentation (Sherman und Eggenberger, 2008; Xu et al., 2008) und neuen Technologien von eingewanderten Pflegekräften als große Hürden angesehen und als hohe *kognitive Anforderungen* bewertet (Blythe et al., 2009).

Eingewanderte Pflegekräfte erzählen von Trauer und Verzweiflung wegen fehlender familiärer Unterstützung (Brunero et al., 2008) und Heimweh (Brunero et al., 2008; Humphries et al., 2009; Ma et al., 2010; Ronquillo, 2012). Probleme dieser Natur charakterisieren den *Work-Family-Privacy-Conflict*.

Eingewanderte Pflegekräfte berichten in einigen Studien über geringe bzw. Nicht-Berücksichtigung bei Aufstiegschancen und beruflichem Weiterkommen (Kingma, 2006). Als Ursachen werden Sprachbarrieren (Blythe et al., 2009; Brunero et al., 2008; Henry, 2007; Ma et al., 2010; Xu et al., 2008;

Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005) inklusive kulturspezifischer Ausdrücke und das Verwenden von Umgangssprache (Smith et al., 2006) sowie rassistische Barrieren genannt (Allan et al., 2004; Diccico-Bloom, 2004; Hagey et al., 2001; Henry, 2007; Shields und Price, 2002; Smith et al., 2006; Winkelmann-Gleed und Seeley, 2005). Dies führt zum „Feststecken“ von eingewanderten Pflegekräften in Junior-Positionen trotz langer Berufserfahrung, niedriger Bezahlung, geringer Einstufung und zum Eindruck, dass keine Chancengleichheit besteht (Ball und Pike, 2005b, 2007).

Sehr häufig wurde festgestellt, dass eingewanderte Pflegekräfte bevorzugt im Niedriglohnssektor als niedrig Graduierte in unattraktiven Jobs beschäftigt werden. Dazu gehört die Beschäftigung in Pflegeheimen (Larsen, 2007) oder der Einsatz von hoch ausgebildeten, eingewanderten Pflegekräften lediglich in der Grundpflege (O'Brien, 2007). Damit einher geht der Verlust der professionellen Autonomie und die Degradierung des professionellen Status während der Integration in die lokale Arbeitsumgebung (Omeri und Atkins, 2002; Blythe et al., 2009; Jauregui und Xu, 2010; Higginbottom, 2011; Sidebotham und Ahern, 2011; Smith et al., 2011; Vapor und Xu, 2011).

Rassistische Diskriminierung, die eine Beförderung oder Weiterbildung verhindert, wird als der zweitwichtigste Grund für *Arbeitsunzufriedenheit* genannt (Shields und Price, 2002). Eine erfolgreiche Akkulturation ist hingegen ein positiv korrelierender Faktor zur Arbeitszufriedenheit (Emerson et al., 2008).

Die Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung, und Umgebung, die sowohl die physischen, als auch die psychische und organisatorische Beanspruchung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland darstellen, scheinen in einigen Bereichen von spezifischen Migrationsfaktoren beeinflusst zu sein und somit zu denen von Pflegekräften in Deutschland ohne Migrationshintergrund in bestimmten Bereichen unterschiedlich zu sein. Daraus folgend kann die Hypothese IV (s. 2.2 d, S. 32) falsifiziert werden.

5.5 Hinweise zu Ansätzen und Empfehlungen für die Gestaltung geeigneter Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung bzw. Schadensvorbeugung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund

Die Faktoren, die im Arbeitsleben von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in den Gastländern eine relevante Rolle spielen, stellen sich häufig als spezifisch dar. Sie haben als Ausgangspunkt die Pflegefachkraft und ihre Lebensumstände, ihre Ressourcen, die Arbeitsumgebung bzw. das Setting Gesundheitseinrichtung und die Gesellschaft im Gastland.

Lee et al. (2016) weisen auf die Notwendigkeit der Umsetzung von Gesundheitsinformationen und gesunder Lebensweisen hin - insbesondere in der frühen Migrationsphase zur Sensibilisierung von Wanderarbeitnehmern für die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen. Der positive Effekt von unterstützenden Maßnahmen in der frühen Phase der Migration auf das Wohlbefinden von Pflegekräften aus dem Ausland wurden von Hayne et al. (2009) beschrieben. Es wurde festgestellt, dass unterstützende Maßnahmen im Rekrutierungs- und Orientierungsprozess neu angekommenen Pflegekräften

aus dem Ausland helfen, sich in ihrem Umfeld auf unbekanntes Arbeits- und Lebensumfeld einzustellen und sich zu akkommodieren.

Die Notwendigkeit von Transitionsprogrammen, die eine kulturelle Ausbildung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sowie für ihre Gastkollegen umfassen, ist in mehreren Studien bekräftigt worden (Schilgen et al, 2017). Diese Programme sollen kulturelle Kompetenz fördern und Diskriminierung und unlautere Praktiken verhindern. Ein effektives kulturelles Kompetenzmodell sollte auf vier zentralen Komponenten basieren: berufliche Ebene, individuelle Ebene, systematische und organisatorische Ebene.

Sowohl die spezifischen Arbeitsbelastungen bei Pflegefachkräften mit Migrationshintergrund als auch ihre Lebensumstände sind bei den einheimischen Pflegefachkräften wenig bekannt und werden von diesen häufig nicht reflektiert. Einzelstudien in Deutschland, die den Kenntnisstand der einheimischen Pflegekräfte über Migration und Interkulturalität untersucht haben, bescheinigen dieser Gruppe einen niedrigen Wissensstand darüber (Friebe, 2003; Schaffranke und Schwenzer, 2014). Daraus folgend ist anzunehmen, dass auch die Prozesse, die bei der Integration von Pflegefachkräften mit Migrationshintergrund auftreten und die entscheidenden Einfluss auf relevante Arbeitsfähigkeitsfaktoren haben, wie Sozialisation, Akkulturation, Deskilling, Transition usw. weder beim einheimischen Pflegepersonal noch beim verantwortlichen Führungspersonal/Management in dem erforderlichen Ausmaß bekannt sind.

In diesem Zusammenhang haben sich Studentenaustausch, Praktikums- und Erfahrungsaufenthalte bei ausländischen Gesundheitssystemen von Studenten bzw. Gesundheitsfachkräften bewährt.

Die Datenerhebung mit Screeninstrumenten wie dem „WiN“-Screeningmanual werden in der Praxis durchgeführt, um einen aktuellen Stand der relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren bei Mitarbeitern im Unternehmen aufzuzeigen. Dadurch sollte es möglich sein, Bereiche festzulegen, in denen adäquate Maßnahmen zur Gefahrenprävention und Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter gestaltet werden können. Eine Sensibilisierung für die wichtigen Faktoren, die beim Arbeitsleben auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeitserhaltung der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund wirken, muss bei diesen Maßnahmen berücksichtigt werden.

Die Literaturübersicht hat einen bemerkenswerten Mangel an empirischen Studien zur Arbeitsfähigkeitserhaltung bei eingewanderten Pflegekräften mit Lücken in Wissen, Theorie und Methodik festgestellt. Außerdem lag der Fokus der Studien auf der Untersuchung von Belastungen / Stressoren am Arbeitsplatz bei eingewanderten Pflegekräften, mit der Absicht, Schwierigkeiten und Hindernisse zu identifizieren und Strategien zu entwickeln, diese abzubauen. Die dabei vorherrschende Denkweise folgte einem defizitorientierten Ansatz. Um allerdings eingewanderte Pflegekräfte zu unterstützen und um sie in eine neue Arbeitsumgebung zu integrieren, braucht es eine Förder-Perspektive auf die Schwierigkeiten und Hindernisse, die bei dieser Arbeitnehmergruppe auftreten. Dieser Förder-Ansatz ist die Grundlage des Arbeitsfähigkeitsförderungskonzepts.

Weiterhin bedarf es – neben der hier durchgeführten Beobachtungsstudie – mehr Studien, die Vergleichsdaten zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräfte bezüglich der Arbeitsfähigkeit und nachhaltiger Gesundheitsförderung erheben. Diese Vergleichsdaten würden helfen, eine faktorenspezifische Analyse durchführen zu können, um die Unterschiede und dessen Relevanz bei der Gestaltung integrierender Arbeitsfähigkeitserhaltungs-, Arbeitsfähigkeitsförderungs- sowie Schadensvorbeugungs-Programme für diese Gruppe wissenschaftlich zu bewerten.

Eine Herausforderung bleibt es, die Kenntnisse über die genannten Faktoren sowie deren Wirkung und die Zusammenhänge mit der Arbeitsumgebung für die Verantwortlichen der Gestaltung von Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen und dem verantwortlichen Management in den Organisationen verfügbar zu machen.

Für die Weiterentwicklung der Arbeitsfähigkeitsförderung und deren Operationalisierung ist zum einen notwendig, die konzeptionellen Verankerungen oben genannter Erkenntnisse zu eruieren und zum anderen die Handlungsebene zu spezifizieren bzw. daraus entstehende Verantwortlichkeiten zu klären. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) gilt als das erfolgreichste Managementkonzept zur Umsetzung eines gesundheitsfördernden Ansatzes in einer Arbeitsumgebung in Deutschland (Altgeld, 2010, S. 48).

Dieses Konzept bietet sich an, um die Erkenntnisse dieser Arbeit umzusetzen. Gleichwohl muss berücksichtigt werden, dass die bei der BGM verwendeten Erfassungsinstrumente Schwächen in der Erfassung spezifischer Dimensionen wie Gender, Kultur, Religion usw. aufweisen (Altgeld, 2010, S. 55).

Wie es auch diese Arbeit nahelegt sollte der Fokus bei der Gestaltung von Maßnahmen zur Arbeitsfähigkeitserhaltung- und Förderung vor allem auf individuellen und arbeitsweltlichen Faktoren liegen.

Eine empfehlenswerte Möglichkeit dabei ist, an Ansätzen zur Integration von eingewanderten Mitarbeitern im Betrieblichen Gesundheitsmanagement anzuknüpfen, die bereits in Deutschland vorliegen (Harms et al, 2010). Sehr wichtig dabei erscheint, dass bei der Planung der betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen - vor allem bei der Phase der Ist-Zustandserhebung bzw. der Auswahl von Datenerhebungsinstrumenten - diese auf Sensitivität bezüglich spezifischer Migrationsfaktoren (Stressoren) überprüft werden. Die angewandten Ansätze sollen die Sensibilisierung für das Thema Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bzw. Aspekte des Migrationsprozesses gewährleisten sowie die Miterfassung solcher Faktoren und die Mitberücksichtigung und Operationalisierung dieser in Programmen und Maßnahmen der Gefahrenprävention und Gesundheitsförderung sicherstellen.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit werden weitere Forschungsschritte empfohlen, die eine nähere Analyse der Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund beinhalten. Die wissenschaftliche Klärung dieser Auswirkungen und deren Wirkmechanismen auf die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von eingewanderten Gesundheitsfachkräften ermöglicht die Erarbeitung von Ansätzen, um geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfä-

higkeitserhaltung- und Förderung bzw. Schadensvorbeugung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu gestalten.

Die aktuelle Datenlage - bestärkt von den Ergebnissen dieser Beobachtungsstudie - lässt einige Maßnahmen zur Erhöhung der Wirksamkeit betrieblichen Gesundheitsmanagements in Organisationen, die Gesundheitsfachpersonal mit Migrationshintergrund beschäftigen, als zielführend erscheinen. Dazu gehören u. a. gezielte Förderungen und Unterstützungen dieses Personals besonders in der „Transitionsphase“, z. B. durch ein Mentorship.

Die nachfolgend vorgeschlagenen Maßnahmen stellen eine positive Erweiterung und Weiterentwicklung des BGMs im Sinne eines ressourcenorientierten Fördermodells zur Integration von Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund dar.

Im Einzelnen:

- a) Information und Aufklärung der betrieblichen Führung über die Erweiterung und Verankerung von spezifischen Migrationsfaktoren in das betriebliche Gesundheitsmanagement während der konzeptionellen Phase
- b) Adaptierung und Erweiterung von Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von spezifischen Migrationsfaktoren
- c) Training von Experten sowie des mittleren Managements, die für die Umsetzung der BGM-Maßnahmen verantwortlich sind, in der Verwendung und Durchführung der veränderten Erhebungsinstrumente.
- d) Adaptierung und Erweiterung von Gesundheitszirkeln und Maßnahmen zur Gefahrenprävention und Gesundheitsförderung usw. um spezifische Migrationsfaktoren
- e) Umsetzung der Maßnahmen unter Berücksichtigung von Migrationsfaktoren
- f) Migrationssensible Evaluation

Die adäquate Adressierung von migrationsspezifischen Belastungen innerhalb des Konzeptes des betrieblichen Gesundheitsmanagements würde bei den Mitarbeitern mit Migrationshintergrund neben den arbeitsfähigkeitsfördernden bzw. gesundheitsfördernden Effekten auch zu einem Gefühl der Gleichbehandlung bzw. Aufwertung führen. Es könnte ihnen leichter fallen, sich mit der Organisation zu identifizieren. Letztlich kann das um spezifische Migrationsfaktoren erweiterte Konzept der BGM damit einen Schritt weiter zur Einbeziehung einer stark wachsenden Mitarbeitergruppe weltweit gehen und somit einen erheblichen Beitrag zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung leisten.

5.6 Diskussion der Methoden

Diese Arbeit hat methodische Stärken. Der Natur der Arbeit und den Zielen geschuldet, wurden einige methodischen Schwächen in Kauf genommen. Im Folgenden werden einige Limitationen dargestellt.

Limitationen dieser Arbeit

Um Erkenntnisse über Erfahrungen von eingewanderten Pflegekräften in ihrem Arbeitsleben, die Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert sind und ihre individuellen Bewältigungsstrategien im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit zu ermitteln, wurde eine Literaturübersicht durchgeführt.

In einem besonderen Arbeitsschritt wurden die aus der Literaturübersicht extrahierten relevanten Aspekte, die bei eingewanderten Pflegekräften eine wichtige Rolle bezüglich Gesundheit und Arbeitsfähigkeit spielen, den Faktoren des Arbeitsfähigkeitshauses gegenübergestellt. Dabei wurden deren Einordnung und die möglichen Wirkungen in den jeweiligen Kategorien erläutert.

Dieser Schritt war notwendig, um die Ergebnisse der Literatur, die zum größten Teil Defizite bzw. Hindernisse und Stressoren am Arbeitsplatz in Kategorien wie: Sprache und Kommunikation, Deskilling / Abwertung, Diskriminierung / Rassismus, kulturelle Unterschiede / Akkulturation, Anpassung / Unterschiede in der Pflegepraxis/ -system darstellen, bezüglich deren Wirkung in den jeweiligen Kategorien / Stockwerken des Arbeitsfähigkeitshauses analysieren zu können.

Um eine systematische Darstellung der Ergebnisse der Literaturübersicht zu gewährleisten, wurde hier als Orientierung der Rahmen des Bewertungsinstrument PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Liberati et al., 2009) und die Empfehlungen von Alexis et al. (2005a) über Reviews bei eingewanderten Gesundheitsfachkräften verwendet.

Bei diesem Schritt ergaben sich einige Limitationen:

In die Literaturlauswertung sind ausschließlich Reviews eingegangen, damit möglichst das ganze Spektrum der erforschten Aspekte im Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit in die Kategorisierung und bei den Strategien zu deren Erhaltung berücksichtigt wird.

Keine der ausgewerteten Reviews beleuchtete im Besonderen den deutschen Kontext. Dies wirft die Frage der Übertragbarkeit dieser Literaturübersicht für Deutschland auf. Hierzu ist zum einen festzustellen, dass sowohl der gesellschaftliche Kontext als auch der Kontext der Gesundheitssysteme der in den Reviews behandelten Gastländer sowie die Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Gesundheitssystemen denen von Deutschland sehr ähnlich sind und somit eine Übertragung zulassen. Zum anderen wurden bei der Überprüfung der erforschten Aspekte in dieser Literaturübersicht vorhandene relevante Einzelstudien und Berichte aus Deutschland einbezogen, um die Übertragbarkeit zu verbessern.

Die untersuchten Bereiche wie Gesundheit und arbeitsbezogene Risiken sind sehr breit gefasst. Die analysierten Reviews bedienen sich sehr unterschiedlicher Methodik und empfehlen in ihrer jeweiligen Arbeit für die Literatursuche bestimmte Stichwörter und entsprechende Kombinationen davon zu verwenden. Angelehnt an Alexis und Vydellingum (2005a) und orientiert an den Zielen dieser Arbeit wurden Kategorien gebildet. Innerhalb dieser Kategorien wurden Synonyme und Unterkategorien zusammengefasst (s. Tab. 1, S. 22) und bei der Literatursuche alleinstehend und in Verbindung miteinander eingegeben.

Die Vergleichsanalyse der arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren bei Gesundheitspersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland erfolgte durch das spezifisch für Pflegekräfte entwickelte

Screening-Instrument „WiN“. Der Vergleich der mit „WiN“ erhobenen Daten von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland mit denen einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland sollte die Identifizierung von Unterschieden bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren zwischen den Gruppen in deren Arbeitsumgebung ermöglichen.

Die Verwendung von „WiN“ bei eingewanderten Pflegekräften stellt im Grunde kein neues Setting dar. Für diese Beobachtungsstudie ist „WiN“ mit dem Übersetzungs- und Adaptierungsinstrument ISPOR bearbeitet worden. Trotz Validierung können letztlich Verzerrungen aufgrund der Übersetzung nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Die Erhebung bei Gruppe I und II wurde - soweit die institutionellen Gegebenheiten es zuließen - in der gleichen Weise und bei ähnlichen Institutionen und Abteilungen sowie bei ähnlichen Mitarbeitergruppen durchgeführt. Auch die Verteilung und die Sammlung der Fragebogen erfolgte in der gleichen Weise (s. 3.2.1, S. 33)

Dennoch gab es auch einige Limitationen. Die Gruppen hatten unterschiedliche Größen. Die dritte Gruppe war sehr schwierig zu erreichen und demzufolge unterschied sie sich in der Größe und bei der Erhebung. Als einzige Erhebungsmethode konnte hier die Schneeballmethode angewendet werden, indem die Teilnehmer per Postweg und durch Onlinefragebogen erreicht werden konnten.

Als weitere Einschränkung dieser Studie kann das Querschnittsdesign genannt werden, das kausale Zusammenhänge nicht erfasst.

6. Zusammenfassung

Die hier durchgeführte Beobachtungsstudie beabsichtigte eine Vergleichsanalyse der arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren bei Gesundheitspersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Dies erfolgte durch das spezifisch für Pflegekräfte entwickelte Screening-Instrument „WiN“. Der Vergleich der mit „WiN“ erhobenen Daten von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland mit denen einer repräsentativen Vergleichsgruppe von Pflegekräften im jeweiligen Ursprungsland sollte die Identifizierung von Unterschieden bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren zwischen den Gruppen in deren Arbeitsumgebung ermöglichen.

Die Ergebnisse der Beobachtungsstudie wurden entlang von Hypothesen bzw. den darin enthaltenen Zielfaktoren diskutiert. Die Zielfaktoren waren angelehnt an das Modell des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ aufgestellt worden.

Bei den Ausprägungen der Faktoren der Arbeitsfähigkeit im Bereich physischer / psychischer / sozialer Gesundheit sowie im Bereich Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung wurden Unterschiede bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland festgestellt.

Dagegen konnten bei den Ausprägungen der Faktoren der Arbeitsfähigkeit im Bereich berufsspezifische Kompetenzen, Zuwachs von beruflichen Kenntnissen im Arbeitsleben sowie bei den sozialen und

moralischen Werten, den persönlichen Einstellungen und der Arbeitskultur keine wesentlichen Unterschiede zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland gefunden werden. Auch wenn die Literatur im Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften den Migrationsprozessen einen spezifischen belastenden Einfluss allen Bereichen des Arbeitsfähigkeitshauses zuschreibt, ergaben die mit „WiN“ erhobenen Daten lediglich in den obengenannten Bereichen relevante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Anhand der erarbeiteten Ergebnisse wurden Hinweise zu möglichen Ansätzen für die nachhaltige Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. der Gestaltung integrierender Schadensvorbeugungs- und Gesundheitsförderungs-Programme für diese Gruppe abgeleitet.

Für die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von eingewanderten Pflegekräften sind spezifische migrationsbedingte Prozesse wie Deskilling, Diskriminierung und Ähnliche mit zu berücksichtigen. Dazu sind nachhaltige institutionelle Maßnahmen zur Prävention- und Gesundheitsförderung notwendig.

Diese Arbeit stellte über die durchgeführte Beobachtungsstudie und die Literaturübersicht fest, dass nicht genügend Daten vorhanden sind, die ausreichend Erkenntnisse über die Herausforderungen von eingewanderten Pflegekräften in ihrem Arbeitsleben und ihren individuellen Bewältigungsstrategien im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit zur Verfügung stellen. Die wissenschaftliche Klärung der Auswirkungen von Migrationsprozessen und deren Wirkmechanismen auf die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von eingewanderten Pflegekräften würde die Gestaltung von neuen Ansätzen und geeigneten Maßnahmen zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung bzw. Schadensvorbeugung für diese Gruppe ermöglichen.

7. Literatur

- Aboderin I (2007) Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: understanding links to globalization. *Journal of Clinical Nursing* 16(12):2237-2245.
- Afentakis A, Maier T (2010) Projektionen des Personalbedarfs und-angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 11(2010):990-1002.
- Afentakis A, Maier T (2014) Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken. *Wirtschaft und Statistik* 3(2014):173-180.
- Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M (2004) Trends in international nurse migration. *Health Affairs* 23(3):69-77.
- Alexis O, Vydelingum V (2005a) Overseas black and minority ethnic nurses: a systematic review. *Nurse Researcher* 12(4):42-56.
- Alexis O, Vydelingum V (2005b) The experiences of overseas black and minority ethnic registered nurses in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Research in Nursing* 10(4):459-472.
- Alexis O, Vydelingum V, Robbins I (2007) Engaging with new reality: Experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing* 16(12):2221-2228.
- Alexis O, Vydelingum V (2009) Experiences in the UK National Health Service: The overseas nurses' workforce. *Health Policy* 90(2-3):320-328.
- Allan H, Larsen JA: "We need respect": Experiences of internationally recruited nurses in the UK. London, 2003.
- Allan H, Larsen JA, Bryan K, Smith PA (2004) The social reproduction of institutional racism: internationally recruited nurses' experiences of the British health services. *Diversity in Health and Social Care* 1:117-125.
- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. 1. Aufl. dgvt-Verlag, Tübingen, 1997.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg): Bildung in Deutschland 2014: Ein Indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Bertelsmann, Bielefeld, 2014.
- Badura B: Außerökonomische Bedingungen wirtschaftlichen Erfolgs in: Badura B, Greiner P, Rixgens M, Ueberle M, Behr M: Sozialkapital - Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer, Berlin-Heidelberg, 2008, S. 25-47.
- Ball J, Pike G: Managing to work differently - Results from the RCN Employment Survey 2005. London, 2005.
- Batnitzky A, McDowell L (2011) Migration, nursing, institutional discrimination and emotional/affective labour: ethnicity and labour stratification in the UK National Health Service. *Social & Cultural Geography* 12(2):181-201.
- Baumann A, Blythe J, Rheame A, McIntosh K: Internationally educated nurses in Ontario: Maximizing the brain gain. 2. Aufl. Health Human Resource Services Series 3, 2006.
- Beishon S, Virdee S, Hagell A: Nursing in a Multi-Ethnic NHS. Policy Studies Institute, London, 1995.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, 1997.
- Bender R, Stefan L (2000) Adjusting for multiple testing - when and how? *Journal of Clinical Epidemiology* 54(4):343-349.

- Binder-Fritz, C: Herausforderungen und Chancen interkultureller Bildung in der Pflege. https://www.researchgate.net/publication/267849339_Herausforderungen_und_Chancen_interkultureller_Bildung_in_der_Pflege (Letzter Zugriff: 17.07.2017).
- Bieski T (2007) Foreign-Educated Nurses: An Overview of Migration and Credentialing Issues. *Nursing Economic* 25(1):20-24.
- Bland M, Woolbridge M (2011) From India to New Zealand—A challenging but rewarding passage. *Nursing New Zealand* 17(10):21-23.
- Blythe J, Baumann A, Rheame A, McIntosh K (2009) Nurse migration to Canada: Pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing* 20:202-210.
- Bruyneel L, Li B, Aiken L, Lesaffre E, Van den Heede K, Sermeus W, Consortium RC (2013) A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: Reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries. *International Journal of Nursing Studies* 50:202-209.
- Bonin H, Braeseke G, Ganserer, A: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. 1. Aufl. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, 2015.
- Borde T, David M, Kentenich H (Hrsg): Migration-Frauen-Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. 3. Aufl. Mabuse, Frankfurt, 2017.
- Bortz J, Schuster C: Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler. Limitierte Sonderausgabe, Springer, Berlin-Heidelberg, 2011.
- Bourgeault IL, Atanackovic J, LeBrun J, Parpia R, Rashid A, Winkup J: The Role of Immigrant Care Workers in an Ageing Society: The Canadian Context and Experience. Ottawa, 2013.
- Bozionelos N (2009) Expatriation outside the boundaries of the multinational corporation: a study with expatriate nurses in Saudi Arabia. *Human Resources Management* 48(1):111-134.
- Brown D, James G (2000) Physiological stress responses in Filipino-American immigrant nurses: the effects of residence time, life-style, and job strain. *Psychosomatic Medicine* 62(3):394-400.
- Brunero S, Smith J, Bates E (2008) Expectations and experiences of recently recruited overseas qualified nurses in Australia. *Contemporary Nurse* 28(1-2):101-110.
- Buchan J: Here to stay? International nurses in the UK. London, 2003a.
- Buchan J, Markin T, Sochalski J: International nurse mobility: trends and policy implications. Genf, 2003.
- Buchan J, Calman L: The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Genf, 2004.
- Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014. Nürnberg, 2014.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg): BA 2020. Antworten der Bundesagentur für Arbeit auf Fragen der Zukunft. Nürnberg, 2013.
- Bußmann S, Flake R, Seyda S: Fachkräfteengpässe in Unternehmen: Unternehmen steigern Ausbildungsangebote in Engpassberufen. KOFA-Studie Nr. 2/2014, Köln, 2014.
- Cangiano A, Shutes I, Spencer S, Leeson G: Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom. ESRC Centre on Migration, Policy and Society, Oxford, 2009.
- Chowdhury R, Gutman G (2012) Migrant live-in caregivers providing care to Canadian older adults: an exploratory study of workers' life and job satisfaction. *Journal of Population Ageing* 5(4):215-240.

- Cooper H: Integrating Research: A Guide for Literature Reviews. 2.Aufl. Newbury Park, 1989.
- Curran V, Hollett A, Hann S, Bradbury C (2008) A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process. *Canadian Journal of Rural Medicine* 13:163-169.
- Deegan J, Simkin K (2010) Expert to novice: experiences of professional adaptation reported by non-English speaking nurses in Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27(3):31.
- de Veer A, den Ouden DJ, Francke A (2004) Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. *Health Policy* 68:55–61.
- Delavari M, Sonderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. (2013). Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health* 13:458.
- Diciccio-Bloom B (2004) The racial and gendered experiences of immigrant nursis from Kerala, India. *Journal of Transcultural Nursing* 15(1):26-33.
- Durey A, Hill P, Arkles R, Gilles M, Peterson K, Wearne S, Pulver LJ (2008) Overseas-trained doctors in Indigenous rural health services: negotiating professional relationships across cultural domains. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 32(6):12-518.
- Dywili S, Bonner A, Anderson J, O'Brien L (2012) Experience of overseas-trained health professionals in rural and remote areas of destination countries: A literature review. *Australian journal of Rural Health* 20(4):175-184.
- Elsner G (2005) Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht. *Gute Arbeit* 17(2):18-21.
- EMA (Hrsg): Guideline for Good Clinical Practice. London, 2002, <https://www.imim.cat/media/upload/arxiu/emea.pdf>. (Letzter Zugriff: 17.08.2017).
- Emerson EE, Griffin MQ, Plattenier N, Fitzpatrick JJ (2008) Job satisfaction and acculturation among Filipino registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 40:46–51.
- Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N (2012) Migration:a conceptanalysis from a nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing* 68(5):1176-1186.
- Friebe J: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege: Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Bonn, 2006.
- Friebe J, Zalucki M (Hrsg): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bertelsmann, Bielefeld, 2003.
- Geißler H, Bökenheide T, Geisler-Gruber B, Schlünkes H, Rinnsland G: Der anerkennende Erfahrungsaustausch – Das neue Instrument für die Führung. Campus, Frankfurt am Main-New York, 2003.
- Georg A, Peter G (2005) Zur gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Einordnung des Arbeitsbewältigungsindex. *Gute Arbeit* 17(2):22-24.
- Gerish K, McManus M, Ashworth P (2003) Creating what sort of professional? Master's level nurse education as a professionalising strategy. *Nursing Inquiry* 10(2):103-112.
- Gerrish K, & riffith V (2004) Integration of overseas Registered Nurses: evaluation of an adaptation programme. *Journal of Advanced Nursing* 45(6):579-587.
- Girbig M, Nowak H, Jahn P (2010) Entwicklung des Screeningmanuals „Workability in Nursing (WiN)“. *Pflegewissenschaft* 5:300-306.
- Goins RT, Williams KA, Carter MW, Spencer SM, Solovieva T (2005) Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *The Journal of Rural Health* 21(3):206-213.

- Gould R, Ilmarinen J, Jarvisalo J, Koskinen S (ed): Dimensions of Work Ability: Results of the Health 2000 Survey. Vaasa, 2008.
- Gross JM, Rogers MF, Teplinskiy I, Oywer E, Wambua D, Kamenju A, Waudo A (2011) The impact of out-migration on the nursing workforce in Kenya. *Health Services Research* 46:1300-1318.
- Habermann M, Cramer H: Migration von Health Professionals und Patientensicherheit. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg): *Prävention und Versorgung*. Thieme, Stuttgart, 2012, S. 622-633.
- Hagey R, Choudhry U, Guruge S, Turriffin J, Collins E, Lee R (2001) Immigrant nurses' experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship* 33(4):389-394.
- Hardill I, MacDonald S (2000) Skilled international migration: The experience of nurses in the UK. *Regional Studies* 34(7):681-692.
- Harms M, Salman R, Bödeker W: Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement: Konzept und praktische Erfahrungen. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg): *Fehlzeiten-Report 2010*. Springer, Berlin-Heidelberg, 2010, S. 153-161.
- Hasselhorn HM, Seibt R, Tielsch R, Müller BH (2005) Der Work Ability Index – Fluch oder Segen. *Gute Arbeit* 17(4):33-37.
- Hayne AN, Gerhardt C, Davis J (2009) Filipino nurses in the United States: recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction. *Journal of Transcultural Nursing* 20(3):313–22.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44(1):1-25.
- Henry L (2007) Institutionalised disadvantage: Older Ghanaian nurses and their reflections of career progression and stagnation in the HNS. *Journal of Clinical Nursing* 16:2196-2202.
- Hener T, Weller A, Shor R (1997) Stages of acculturation as reflected by depression reduction in immigrant nursing students. *The International Journal of Social Psychiatry* 43(4):247-56.
- Higginbottom GM (2011) The transitioning experiences of internationally-educated nurses into a Canadian health care system: A focused ethnography. *BMC Nursing* 10(1):14.
- Ho KH, Chiang VC (2015) A meta-ethnography of the acculturation and socialization experiences of migrant care workers. *Journal of Advanced Nursing* 71(2):237-254.
- Horrigan JM, Lightfoot NE, Larivière MA, Jacklin K (2013) Evaluating and improving nurses' health and quality of work life. *Workplace Health & Safety* 61(4):173-181.
- Humphries, N., Brugh, R., McGee, H. (2009) "I won't be staying here for long": A qualitative study on the retention of migrant nurses in Ireland. *Human Resources for Health* 7:68.
- Ilmarinen J: *Arbeitsfähig in die Zukunft* in: Giesert M (Hrsg): *Arbeitsfähig in die Zukunft - Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!* VSA-Verlag, Hamburg, 2011, S. 20-29.
- Ilmarinen J: *Towards a longer worklife: Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Työterveyslaitos, 2006.
- Ilmarinen J, Tuomi K: Past, present and future of work ability. In: *Proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability*. Helsinki, 2004.
- Ilmarinen J: Ageing workers in the European Union: Status and promotion of work ability, employability, and employment. <http://www.worldcat.org/title/ageing-workers-in-the-european-union-status-and-promotion-of-work-ability-employability-and-employment/oclc/42925542> (Letzter Zugriff: 12.07.2017).
- Ilmarinen J, Tempel J: *Arbeitsfähigkeit 2010: was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* VSA-Verlag, Hamburg, 2002.

- Jauregui AB, Xu Y (2010) Transition into practice: Experiences of Filipino physician-turned nurse practitioners. *Journal of Transcultural Nursing* 21(3):257-264.
- Jose MM (2011) Lived experiences of internationality educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review* 58:123-129.
- Kawi J, Xu Y (2009) Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: an integrative review. *International Nursing Review* 56(2):174-183.
- Kingma M (2006) New challenges, emerging trends, and issues in regulation of migrating nurses. *Policy, Politics & Nursing Practice* 7:26-33.
- Kittner M, Pieper R: *Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften*. 3. Aufl. Bund-Verlag, Frankfurt am Main, 2006.
- Kling M: *Wettbewerbsfähigkeit im demografischen Wandel*. http://www.fuks.org/fiealdmin/download/transfer/kt32_KT_32_demo.Wandel.pdf (Letzter Zugriff: 12.06.2017).
- Knauth P: *Arbeitszeit und Pausen*. in: Letzel S, Nowak D (Hrsg): *Handbuch der Arbeitsmedizin*. ecomed Medizin, Heidelberg, 2008.
- Kollmer N, Klindt T, Schucht C (Hrsg): *Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG*. 3. Aufl. C. H. Beck, München, 2016.
- Konno R (2006) Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 4:83-100.
- Kuhlmann AM, Sauter W: *Innovative Lernsysteme - Kompetenzentwicklung mit Blended Learning und Social Software*. Springer, Berlin-Heidelberg, 2008.
- Larsen JA (2007) Embodiment of discrimination and overseas nurses' career progression. *Journal of Clinical Nursing* 16(12):2187-2195.
- Lee H, Cho S, Kim YK, Kim JH (2016) Is There Disparity in Cardiovascular Health Between Migrant Workers and Native Workers? *Workplace Health & Safety* 64(8):350-358.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, Moher D (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLOS Medicine* 6(7):e1000100.
- Likupe G (2006) Experiences of African nurses in the UK National Health Service: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 15(10):1213-1220.
- Lillis S, St. George I, Upsdell R (2006) Perceptions of migrant doctors joining the New Zealand medical workforce. *The New Zealand Medical Journal* 119(1229):1844.
- Ma AX, Griffin MTQ, Capitulo KL, Fitzpatrick JJ (2010) Demands of immigration among Chinese immigrant nurses. *International Journal of Nursing Practice* 16:443-453.
- Magnusdottir H (2005) Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. *International Nursing Review* 52:263-269.
- Mangold K: *Globalisierung durch innovative Dienstleistungen*. In: Bullinger HJ (Hrsg): *Dienstleistungen - Innovation für Wachstum und Beschäftigung*. Gabler, Wiesbaden, 1999, S. 12-25.
- Martin J, Vincenzi Ch (2007) Prinzipien der wissenschaftlich akkuraten Praxis bezüglich Übersetzungen und kultureller Adaptation von Instrumenten der ISPOR. *Pflege* 20:157-163.
- Mäkitalo J, Launis K (1998) The Finnish Work Ability Approach – a historical and conceptual analysis. *Työterveyslääkäri* 16(1):42-46.
- Mapedzahama V, Rudge T, West S, Perron A (2012) Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. *Nursing Inquiry* 19(2):153-164.

- Merda M, Braeseke G, Kähler B: Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Hamburg, 2014.
- Montour A, Baumann A, Blythe J, Hunsberger M (2009) The changing nature of nursing work in rural and small community hospitals. *Rural & Remote Health* 9(1):1089-1101.
- Moyce S, Lash R, de Leon Siantz ML (2015) Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Transcultural Nursing* 27(2):181-188.
- Neiterman E, Bourgeault IL (2012) Conceptualizing professional diaspora: international medical graduates in Canada. *Journal of International Migration and Integration* 13(1):39-57.
- Newton S, Pillay J, Higginbottom G (2012) The migration and transitioning experiences of internationally educated nurses: a global perspective. *Journal of Nursing Management* 20(4):534-550.
- Nichols J, Campbell J (2010) The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995–2007): an integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 19(19-20):2814-2823.
- O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis DA, Haynes RB, Harvey EL (2007) Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 17(4):CD000409.
- Okougha M, Tilki M (2010) Experience of overseas nurses: The potential for misunderstanding. *British Journal of Nursing* 19:102-106.
- Oldenburg R, Ilmarinen J: Für eine lebenslaufbezogene Arbeitsfähigkeitspolitik. in: Naegele G (Hrsg): *Soziale Lebenslaufpolitik*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010.
- Omeri A, Atkins K (2002) Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies* 39(5):495-505.
- Opaschowski HW: *Deutschland 2030 – Wie wir in Zukunft leben werden*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008.
- OECD: *Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte: Deutschland*. OECD Publishing, Berlin-Paris, 2013.
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G (2015) Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10(9):e0138511.
- Persola T, Järvikoski A: Marital status. in: Gould R, Ilmarinen J, Jarvisalo J, Koskinen S (ed): *Dimensions of Work Ability: Results of the Health 2000 Survey*. Vaasa, 2008.
- Polsky D, Ross SJ, Brush BL, Sochalski J (2007) Trends in characteristics and country of origin among foreign-trained nurses in the United States, 1990 and 2000. *American Journal of Public Health* 97:895–899.
- Richenhagen G: Initiative Neue Qualität der Arbeit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg): *Tagungsband zum Abschlussworkshop des Pfiff-Projektes*, 2009.
- Ronquillo C (2012) Leaving the Philippines: Oral histories of nurses' transition to Canadian nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research* 44:96-115.
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R: *BARMER GEK Pfliegerport*. Asgard-Verlag, St. Augustin, 2014.
- Rosenstiel Lv, Bögel R: *Betriebsklima geht jeden an!* München, 1992.
- Schaffranke D, Schwenzer V: *Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älter Migrantinnen und Migranten*. Berlin, 2014.

- Schramm J, Tempel J: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen, in: Richert N (Hrsg): Gesammelte Beiträge aus der VHH PVG-Kurir. Hamburg, 2011.
- Schumacher EJ (2011) Foreign-born nurses in the US labor market. *Health Economics* 20(3):362-378.
- Sherman RO, Eggenberger T (2008) Transitioning internationally recruited nurses into clinical settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39(12):535-544.
- Shields MA, Price SW (2002) Racial harassment, job satisfaction and intentions to quit: evidence from the British nursing profession. *Economica* 69(274):295-326.
- Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M (2017) Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. *PLoS ONE* 12(6):e0179183.
- Shutes I (2012) The employment of migrant workers in long-term care: Dynamics of choice and control. *Journal of Social Policy* 41(1):43-59.
- Sidebotham M, Ahern K (2011) Finding a way: the experiences of UK educated midwives finding their place in the midwifery workforce in Australia. *Midwifery* 27(3):316-323.
- Smith PA, Allen H, Henry LW, Larsen JA, Mackintosh MM: Valuing and Recognising the Talents of a Diverse Healthcare Workforce. Report from the REOH Study: Researching Equal Opportunities for Overseas-Trained Nurses and Other Healthcare Professionals. 2006.
- Smith CD, Fisher C, Mercer A (2011) Rediscovering nursing: A study of overseas nurses working in Western Australia. *Nursing & Health Sciences* 13(3):289-295.
- Sochan A, Singh MD (2007) Acculturation and socialization: voices of internationally educated nurses in Ontario. *International Nursing Review* 54(2):130-136.
- Takeno Y (2010) Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. *Journal of Nursing Management* 18:215-224.
- Taylor B (2005) The experiences of overseas nurses working in the NHS: results of a qualitative study. *Diversity in Health and Social Care* 2:17-27.
- Tempel J, Giesert M: Arbeitsfähigkeit 2010: Von 16 bis 65 in einem Unternehmen. Abschlussbericht zum ABI-NRW-Projekt. Düsseldorf, 2005.
- Tempel J, Ilmarinen J: Arbeitsleben 2025 - Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA Verlag, Hamburg, 2013.
- Tivig T, Henseke G, Neuhaus J: Berufe im demografischen Wandel - Alterungstrends und Fachkräfteangebot. 1. Aufl. Dortmund, 2013.
- Tregunno D, Peters S, Campbell H, Gordon, S (2009) International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nursing Inquiry* 16:182-190.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A: Work Ability Index. 2. Aufl. Helsinki, 1998.
- Turritin J, Hagey R, Guruge S, Collins E, Mitchell M (2002) The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: Cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies* 39:655-667.
- Tuttas CA (2015) Perceived racial and ethnic prejudice and discrimination experiences of minority migrant nurses: a literature review. *Journal of Transcultural Nursing* 26(5):514-520.
- Ulich E: Arbeitspsychologie. 4. Aufl. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1998.
- Vapor VR, Xu Y (2011) Double whammy for a new breed of foreign-educated nurses: Lived experiences of Filipino physician-turned nurses in the United States. *Research and theory for nursing practice* 25(3):210.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D (2004) Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care* 42(2. Suppl):II57.

- Walsh K, Shutes I (2013) Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people. *Ageing & Society* 33(3):393-420.
- Walter U: Neurobiologische Grundlagen. In: Badura B, U Walter U, Hehlmann T: Betriebliche Gesundheitspolitik. 2. Aufl. Springer, Heidelberg-Berlin, 2010, S. 77-87.
- Wilson, DW (2004) Cultural diversity: what do we fear. *Diversity in Health and Social Care* 1(2):145-150.
- Winkelmann-Gleed A, Seeley J (2005) Strangers in a British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing* 14(18):954-961.
- Witchell L, Ousch A (2002) Managing international recruits. *Nursing Management* 9(3):10.
- Withers J, Snowball J (2003) Adapting to a new culture: a study of the expectations and experiences of Filipino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. *Journal of Research in Nursing* 8(4):278-290.
- Xu Y, Gutierrez A, Kim SH (2008) Adaptation and transformation through (un)learning: Lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *Advances in Nursing Science* 31:E33-E47.
- Xu Y (2007) Strangers in strange lands:a metasynthesis of lived experiences of immigrant Asian nurses working in Western countries. *Advances in Nursing Science* 30(3):246-265.
- Yi M. 1993. Adjustment of Korean Nurses to US Hospital Settings [Unpublished Doctoral Dissertation]. New York: State University of New York.
- Zhou Y, Windsor C, Theobald K, Coyer F (2011) The concept of difference and the experience of China-educated nurses working in Australia: a symbolic interactionist exploration. *International Journal of Nursing Studies* 48:1420-1428.
- Zizzo KA, Xu Y (2009) Post-hire transitional programs for international nurses: A systematic review. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40(2):57-64.

8. Thesen

1. Arbeitsfähigkeit, als Summe der Faktoren, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (Ilmarinen und Tempel, 2002) ist von grundlegender Bedeutung für Unternehmen und Organisationen und entscheidet maßgeblich über Leistung, Produktivität, Innovationsfähigkeit und letztlich über das Wohlbefinden des Individuums.
2. Aus der Perspektive des Arbeits- und Gesundheitsschutzes stellen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine besonders gefährdete Berufsgruppe dar und sind damit eine sehr bedeutsame Zielgruppe zur effektiven Reduktion der Arbeitsgefährdung (Horrigan et al., 2013) bzw. zur nachhaltigen Förderung von Arbeitsfähigkeit.
3. Basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung fehlen relevante Erkenntnisse über Faktoren, die die Arbeitsfähigkeitserhaltung- und Förderung dieser Gruppe im Arbeitsleben bestimmen. Der Literaturübersicht über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräfte und der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung zufolge ist eine Wirkung von migrationsbedingten Prozessen auf die Ausprägung von Faktoren der Arbeitsfähigkeit bei dieser Gruppe zu erwarten.
4. Die Vergleichsanalyse (Beobachtungsstudie) stellte Unterschiede bei Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland bezüglich der Auswirkungen arbeitsbedingter Beanspruchungen bei relevanten Arbeitsfähigkeitsfaktoren – auf Grundlage der mit dem Screening-Instrument „WiN“ ermittelten Daten fest. Diese Ergebnisse können brauchbare Hinweise zu Ansätzen bieten, geeignete Programme zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitsförderung bzw. Schadensvorbeugung und Gesundheitsförderung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu gestalten.
5. Die bedeutsamen Unterschiede bei den arbeitsfähigkeitsbezogenen Faktoren - aufgestellt entlang des Modells des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ - zwischen Pflegepersonal mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland betreffen den Bereich Gesundheit in ihren physischen, psychischen und sozialen Dimensionen, sowie den Bereich Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung.
6. In nahezu allen Dimensionen der Gesundheit äußerte das kosovarische Gesundheitspersonal in Deutschland im Gruppenvergleich häufiger Gesundheitsprobleme als ihre deutschen KollegInnen. Lediglich bei der Dimension „psychische Gesundheit“ schätzt sich das deutsche Gesundheitspersonal stärker betroffen ein als das kosovarische in Deutschland.
7. Die Selbsteinschätzung bei den Zielfaktoren zu Anforderungen an Arbeitsorganisation, Führung und Umgebung unterscheidet sich zwischen den Gruppen: Emotionale Anforderungen und Zeitdruck werden vom kosovarischen Gesundheitspersonal in Deutschland als geringer belastend wahrgenommen als vom deutschen. Vor allem die „Einschätzung Organisation allgemein“ fällt bei dieser Gruppe deutlich positiver aus als bei dem deutschen Gesundheitspersonal. Allerdings „leidet“ die Gruppe des kosovarischen Gesundheitspersonals in Deutschland stärker unter patientenbezogenen

Stressoren und unklaren Anweisungen und Rückmeldungen durch die Vorgesetzten als die deutschen KollegInnen.

8. Im Bereich der berufsspezifischen Kompetenzen bzw. beruflichen Kenntnisse wurden in der Beobachtungsstudie – entgegen den Annahmen der Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung über die Wichtigkeit von Vorerfahrungen, Lernkonzepten und Ähnlichem für die Handlungskompetenzen und entgegen den Feststellungen der Literaturübersicht über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften – keine wesentlichen Unterschiede zwischen einheimischen und eingewanderten Pflegekräften sichtbar.

9. Trotzdem die Literatur über Arbeitsbelastungen bei eingewanderten Pflegekräften den Migrationsprozessen einen spezifisch belastenden Einfluss auf soziale und moralische Werte, Einstellungen und persönlichen Konzepten zuschreibt - und auch die Arbeitsfähigkeitserhaltungsforschung dies annimmt - ergaben die mit WiN erhobenen Daten keine relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

10. Basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit werden weitere Forschungsschritte empfohlen, die eine faktorenspezifische Analyse der Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund beinhalten. Die wissenschaftliche Klärung dieser Auswirkungen und deren Wirkmechanismen auf die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von eingewanderten Pflegekräften ermöglicht die Gestaltung von neuen Ansätzen und geeigneten Maßnahmen zur nachhaltigen Arbeitsfähigkeitserhaltung und -förderung bzw. Schadensvorbeugung für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Diese Maßnahmen könnten in das betriebliche Gesundheitsmanagement integriert werden und die Wirksamkeit desselben für diese Gruppe zu erhöhen.

Lebenslauf

Ausbildung, Abschlüsse

seit 2007	Doktorand an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
2000 - 2005	Studium Pflege- und Gesundheitswissenschaft Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg Diplom Gesundheits- und Pflegewissenschaftler
1993 - 2000	Studium Medizin Ludwig-Maximilians-Universität, München
1992 - 1993	Sprachunterricht Deutsch am Goethe-Institut und Ludwig-Maximilians-Universität, München
1990 - 1991	Studium Medizin, Universität Prishtina, Kosovo
1986 - 1990	Ausbildung zum Krankenpfleger, Hochschulreife, Prishtina, Kosovo

Beruflicher Werdegang

seit 2010	Geschäftsführer bei FH „Kolegji Heimerer“, Kosovo
seit 10/2008	Lehrbeauftragter an der Hochschule, München, Deutschland
seit 2007	Sprecher für das Südosteuropäische Institut zur Förderung von Gesundheit und Pflege
seit 02/2007	Patientenberater – Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Gesundheitsladen, München
2006 - 2016	Lehrbeauftragter an der Universität Prishtina, Kosovo
2005 - 2006	Freier Berater für Interkulturelle Kommunikation & Gesundheitsmanagement – Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin, A/Plus GmbH, Xoai Media Transfer
05/1992 - 08/1992	Krankenpfleger – Pflegeheim Kreszentia-Stift und in verschiedenen Krankenhäusern in München

Halle an der Saale im Dezember 2018,
Petrit Beqiri

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter oder die Benutzung anderer als angegebener Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken, Daten und Konzepte sind unter Angabe der Autoren gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit keine entgeltliche Hilfe in Anspruch genommen habe.

Halle an der Saale im Dezember 2018,

Petrit Beqiri

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Weiterhin versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift in keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht habe.

Ich stelle den Antrag auf Eröffnung des Promotionsverfahrens erstmalig an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Einen früheren Promotionsversuch meinerseits gab es nicht.

Halle an der Saale im Dezember 2018,

Petrit Beqiri

Danksagung

Eine Dissertationsschrift, vor allem wenn sie in einen voll beanspruchten privaten und beruflichen Alltag eingebunden ist, entsteht nicht ohne Unterstützung von zahlreichen Personen. Der Familie, den Kolleginnen und Kollegen und Freunden, die mich bei meiner Arbeit mit Ideen und Taten unterstützt haben, gebührt großer Dank. Zu nennen sind allen voran der Leiter dieses Vorhabens, Herr Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens für seine Betreuung, Herr Patrick Jahn und die Kollegen des SHSKUK im Kosovo, Pflegekräfte in Deutschland und Kosovo, Kollegen aus dem Kolegji Heimerer in Prishtina, Kosovo. Besonderer Dank gilt meinem Kollegen Jürgen Kretschmer für seine moralische und fachliche Unterstützung und vor allem für die langen Diskussionen und Auseinandersetzungen. Für ihre methodische Betreuung und Beratung danke ich Frau Dr. Christine Lautenschläger und Herrn apl. Prof. Dr. Andreas Wienke.

Ich widme diese Arbeit den Helden vieler Gesundheitssysteme, den Pflegekräften, die überall wo sie sind, ihre Arbeit gewissenhaft und mit Engagement und Freude ausüben.