

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl. Psych.

Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum. / PhD
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Benjamin Schilgen
aus Hagen

Hamburg 2019

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:** _____03.02.2020_____

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: _____Prof. Dr. Albert Nienhaus_____

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: _____Prof. Dr. Holger Schulz_____

Inhaltsverzeichnis

1	Synopse	4
1.1	Hintergrund	4
1.2	Fragestellungen und Studienziele	9
1.3	Material und Methodik	10
1.4	Ergebnisse	15
1.5	Diskussion	22
2	Abkürzungsverzeichnis	28
3	Literaturverzeichnis	29
4	Publikation 1	38
	Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review	
5	Publikation 2	67
	Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study	
6	Publikation 3	78
	Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie	
7	Zusammenfassung auf Deutsch und auf Englisch	93
8	Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen	95
9	Danksagung	96
10	Lebenslauf	97
11	Eidesstattliche Erklärung	98

1 Synopse

Diese kumulative Arbeit gibt einen Überblick über die internationale Evidenz zur Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund. Sie identifiziert arbeitsplatzbezogene Belastungen von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege sowie von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften. Dazu wurden in einem systematischen Review zunächst der Stand der internationalen Forschungsliteratur gesichtet und diejenigen Studien in die finale Synthese eingeschlossen, in denen mögliche Beeinträchtigungen der Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund von den jeweiligen StudienautorInnen im Schlussteil ihrer Aufsätze besprochen wurden. Darauf aufbauend wurden in einer qualitativen Interviewstudie Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz von 48 Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund identifiziert. Der Fokus lag dabei auf der Interkulturalität im Kontakt mit KollegInnen, Vorgesetzten und KlientInnen. In einer weiteren Interviewstudie haben neun ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in Privathaushalten haushalts- und personennahe Betreuungsleistungen durchführen, über die von ihnen wahrgenommenen Belastungen und Ressourcen berichtet.

Das Forschungsprojekt wurde von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) über einen Zeitraum von dreieinhalb Jahren finanziell gefördert.

1.1 Hintergrund

Herausforderungen der pflegerischen Versorgung in Deutschland

Die pflegerische Versorgung ist vor allem durch eine alternde Bevölkerung [1], steigende Multimorbidität [2] bei gleichzeitiger Zunahme chronischer Erkrankungen [3], Fachkräftemangel [4, 5] sowie durch zunehmende sprachliche und kulturelle Vielfalt gekennzeichnet [6]. Die Alterung der Bevölkerung zeigt sich im Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung in Europa seit 1960 um 12,5 auf 82 Jahre [7]. Der Anteil der Menschen in Deutschland, die 67 Jahre oder älter sind, nimmt weiter zu. Während er zwischen 1990 und 2018 um 54 % auf 15,4 Millionen stieg, wird er im Jahr 2039 auf 21,5 Millionen angewachsen sein [8].

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Anzahl gleichzeitig zu behandelnder Krankheiten [9, 10]. Fast 76 % der Frauen und 68 % der Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren haben zwei oder mehr gleichzeitig vorliegende chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, chronische Rückenschmerzen, Adipositas und Arthrose. Kardiovaskuläre und maligne

Erkrankungen gehen mit Depressionen und schweren Seh- oder Hörbeeinträchtigungen einher. Ab einem Alter von 75 Jahren nimmt der Anteil bei Frauen auf fast 82 % und bei Männern auf 74 % zu [9]. Die Pflegewahrscheinlichkeit bei Menschen unter 60 Jahren beträgt nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit 1,3 % und nimmt bei Menschen zwischen 60 und 80 Jahren auf 7 % zu, während sie bei den über 80-Jährigen auf 37 % steigt. Waren 2018 3,7 Millionen Menschen pflegebedürftig, wird ihre Anzahl auf 4,6 Millionen im Jahr 2030 und auf 5,9 Millionen im Jahr 2050 steigen [11]. Zugleich ist von einem Bevölkerungsrückgang von 83 Millionen Menschen im Jahr 2018 auf 76 Millionen im Jahr 2060 auszugehen [1].

In Deutschland waren 2018 1,6 Millionen Pflegekräfte erwerbstätig (Krankenpflege: 1,06 Millionen, Altenpflege: 583.000). Dies entspricht 1,3 Millionen Vollzeitäquivalenten (Krankenpflege: 0,8 Millionen, Altenpflege: 0,5 Millionen) [12]. Berechnungsszenarien gehen aufgrund der steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen, aber auch durch eine rückläufige Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials von einer Personallücke im ambulanten und stationären Sektor von insgesamt 260.000 bis 430.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 aus [13]. Dem europäischen Trend Ageing in place [14-17] folgend, hat Deutschland im Sozialgesetzbuch XII (Pflegeversicherung) die Priorisierung der ambulanten gegenüber der stationären Pflege festgeschrieben [18]. Die stärkere finanzielle Unterstützung der Pflege durch Angehörige soll die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung durch Fachkräfte angesichts des bereits bestehenden und zunehmenden Fachkräftemangels reduzieren [19].

Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Das Thema Zuwanderung und die damit einhergehende sprachliche und kulturelle Vielfalt stellen eine weitere aktuelle gesellschaftliche Herausforderung in Deutschland dar. 2017 hatten 24 % der deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund [20], dieser Anteil wird sich 2030 auf 28 % erhöht haben [21]. In der Altersgruppe der unter 20-Jährigen liegt der Anteil bei 36 % und in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei 10 % [20]. Während 2018 nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums 310.000 Menschen mit Migrationshintergrund pflegebedürftig waren, wird sich diese Zahl auf 474.000 im Jahr 2030 erhöhen [21].

Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der Gesundheitsversorgung, wie Früherkennungsuntersuchungen, medizinische Rehabilitation oder ambulante Psychotherapien [22], Versorgungsleistungen der ambulanten Pflege [23] oder der spezialisierten

Hospiz- und Palliativversorgung, weniger in Anspruch nehmen [24]. Die BehandlerInnen nennen unter anderem ethnozentristische Missverständnisse und Vorurteile, stereotypisches Verhalten und Kulturalisierungen, fehlende Kommunikationskompetenz sowie ein Beharren auf bekannten und vertrauten Wissens- und Handlungsrouninen als Gründe [25, 26]. PatientInnen/KlientInnen mit Migrationshintergrund beklagen ihre Unkenntnis der Versorgungsangebote und deren Beantragung [27], sprachliche und kulturelle Barrieren, die eine Verständigung erschweren [28], und wünschen sich daher, auch von Familienangehörigen unterstützt zu werden [29].

Arbeitssituation von Pflegekräften

Die oben aufgeführten Herausforderungen führen zu einer verstärkten Nachfrage nach pflegerischen Versorgungleistungen und insbesondere nach einer sprachlich und kulturell sensiblen Pflege. Ein Ansatz zur Bewältigung der steigenden Nachfrage nach Pflegekräften besteht in der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Drei Entwicklungen lassen vermuten, dass der Anteil an Pflege- und Betreuungskräften mit Migrationshintergrund steigen wird. Zum einen wird der Anteil der bundesdeutschen Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt wachsen [30]. Ferner werden verstärkt Pflegekräfte aus dem Ausland (z. B. Philippinen, Vietnam, Osteuropa) für den deutschen Arbeitsmarkt angeworben [31]. Drittens werden mehr pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt werden, was zwangsläufig zu einer zunehmenden Nachfrage nach haushaltsnahen Dienstleistungen führen wird. Diese werden vermehrt von 24-Stunden-Betreuungskräften ausgeführt, die aus mittel- und osteuropäischen Ländern in deutsche Haushalte vermittelt werden. Man geht derzeit von ca. 115.000 bis 300.000 Betreuungskräften in deutschen Haushalten aus [32, 33].

Nach der Statistik der Bundesagentur für Arbeit stieg im Rahmen der europäischen Freizügigkeit die Anzahl der in Deutschland beschäftigten Pflegekräfte um fast 60 % auf 40.000 Krankenpflege- und 35.000 Altenpflegekräfte. Unter Berücksichtigung der außereuropäischen Pflegekräfte, die 2018 in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, ergibt sich eine Gesamtzahl von 71.000 Alten- und 80.000 KrankenpflegerInnen. Somit liegt der Anteil ausländischer Pflegekräfte bei 9 %; der Anteil an allen Beschäftigten in Deutschland liegt bei 12 % [12].

Pflegende gehören zu den Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung mit den häufigsten psychischen und physischen Belastungen, die die Berufsausübung negativ beeinflussen oder

langfristig verhindern können [34-36]. Die Mobilisierung von PatientInnen zur Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten wie der Körperpflege und der Zeitdruck durch zunehmende Arbeitsverdichtung werden als besonders belastend erlebt. Es folgen Verwaltungsaufgaben wie Dokumentation der durchgeführten Leistungen und wiederholt auftretende Unterbrechungen des Arbeitsablaufs [37, 38]. In der häuslichen Pflege tätige Pflegekräfte sind zudem spezifischen muskuloskelettalen Belastungen wie dem Bewegen von Möbeln zur Optimierung ihres Arbeitsplatzes ausgesetzt [39]. Sie haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko, Opfer verbaler und sexueller Belästigung durch ihre KlientInnen zu werden [40]. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund erleben Diskriminierung [41, 42] in Form abgelehnter Bewerbungen auf einen Arbeitsplatz sowie verwehrter Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten [43, 44]. Im Kontakt mit PatientInnen und deren Familien, aber auch mit KollegInnen, ÄrztInnen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz werden sie zudem mit rassistischen Beleidigungen konfrontiert [45]. Diskriminierungs- und Rassismuserlebnisse haben erhebliche negative Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit [46], die sich zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen entwickeln können [47].

Pflegende kompensieren einen Teil ihrer Belastungen durch die Vielfalt, den großen Handlungsspielraum, die Teamarbeit und die starke persönliche Bestätigung durch die Arbeit. Als weitere Ressourcen werden funktionierende Kooperationsbeziehungen im Arbeitsbereich und innerhalb der Institutionen genannt [37].

24-Stunden-Betreuungskräfte können einer pflegebedürftigen Person eine umfassende hauswirtschaftliche und soziale Betreuung in deren vertrauter und gewohnter Umgebung, ihrem Zuhause, bieten. Studien berichten jedoch, dass diese Betreuungspersonen enormen Belastungen ausgesetzt sind: Missachtung des Arbeits- und Beschäftigungsrechts (Arbeitszeiten, Unfallschutz, Urlaubsanspruch, Krankheitsschutz) [33, 48], Nichtzahlung des marktüblichen Mindestlohns [49], nicht vorhandene Qualitätskontrollen [32, 50] und ein unklares Haftungsrisiko im Schadensfall [51].

Forschungsbedarf

In der nationalen und internationalen Forschungsliteratur gibt es eine umfassende Evidenz zur Gesundheit von Pflegekräften. Jedoch ist bisher wenig über die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege geforscht worden. Der steigende Trend

der häuslichen Versorgung und die zunehmende sprachliche und kulturelle Vielfalt in Deutschland belegen die Notwendigkeit verstärkter Forschungsaktivitäten hinsichtlich dieser Berufsgruppe [40, 52]. Der europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss fordert verstärkte Forschungsaktivitäten zur Ermittlung der Anzahl, Herkunft, Arbeitsbedingungen und Qualifikationen von 24-Stunden-Betreuungskräften. Bisher liegen nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse zur psychosozialen Gesundheit dieser Personengruppe vor [32, 53].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine systematische Untersuchung der Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegenden mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege in Deutschland bisher fehlte [51, 54, 55].

1.2 Fragestellungen und Studienziele

Die vorliegende Dissertation verfolgt drei Ziele:

Ziel 1: Systematischer Überblick über die bestehende Evidenz zur gesundheitlichen Situation und die berufsbedingten Belastungen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Forschungsfrage 1: Was ist über die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der internationalen Literatur bekannt?

Publikation 1: Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review

Ziel 2: Qualitative arbeitsplatzbezogene Untersuchungen zu psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege

Forschungsfrage 2: Welche psychosozialen Stressoren erfahren Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte am Arbeitsplatz?

Forschungsfrage 3: Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien setzen sie ein, um psychosozialen Stressoren zu begegnen?

Forschungsfrage 4: Inwiefern unterscheiden sich Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte in ihren allgemeinen Erfahrungen und im interkulturellen Kontext?

Publikation 2: Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous Homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study

Ziel 3: Qualitative arbeitsplatzbezogene Untersuchungen zu psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in Privathaushalten

Forschungsfrage 5: Welche arbeitsplatzbezogenen Belastungen erleben ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in deutschen Privathaushalten arbeiten?

Forschungsfrage 6: Welche Ressourcen nutzen sie, um die Belastungen zu bewältigen?

Publikation 3: Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie

1.3 Material und Methodik

Forschungsfrage 1: Was ist über die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der internationalen Literatur bekannt?

Das breite Spektrum der Forschungsfrage in der systematischen Literatursuche wurde durch Adaption der PICO-Kriterien abgebildet [56]. Das Kriterium „Population“ entsprach dabei den „migrierten Pflegekräften“ und das Kriterium „Outcome“ der „Gesundheit“. Aufgrund einer synonym und uneinheitlich verwendeten Terminologie für „Pflegekraft mit Migrationshintergrund“ wurde dieser Begriff zunächst in die Kategorien „Pflegekraft“ und „Migration“ unterteilt. Entsprechend wurde mit dem Outcome „Gesundheit“ in „Gesundheit allgemein“ und „Determinanten der Gesundheit“ verfahren. Diese Kategorien wurden dann mit korrespondierenden Suchbegriffen versehen. Nach Identifizierung der Suchbegriffe als MeSH-Begriffe sowie weiterer themenrelevanter Schlüsselwörter aus in hochrangigen Medien publizierten Forschungsartikeln wurden erstere für die Suche in der Datenbank Medline aufbereitet und diese Suchlogik iterativ an die Suchdatenbanken PsycINFO, CINAHL und Web of Science angepasst. Dabei wurde keine Zeitraumbeschränkung definiert.

Die Auswahl der Artikel erfolgte schließlich in zwei aufeinanderfolgende Phasen. In der ersten Phase wurden alle identifizierten Titel und Abstracts eingeschlossen, sofern sie inhaltlich die Themen „Migration“, „Pflegekräfte“ und „Gesundheit“ abbildeten. Die zweite Selektionsphase (Volltextscreening) erfolgte in zwei Stufen. In der ersten Stufe wurden sämtliche empirischen Studien oder Reviews mit einer Populationsgröße größer als eins berücksichtigt und dabei Kommentare, Richtlinienaussagen, Bücher oder Leserbriefe als Medien sowie pflegende Angehörige und Haushaltshilfen als Population ausgeschlossen. „Migranten“ wurden identifiziert als diejenigen, die selbst oder deren Eltern einen ausländischen Geburtsort haben oder diejenigen, die eine Fremdsprache als Muttersprache sprechen oder eine ausländische Staatsangehörigkeit haben oder diejenigen, die explizit im Text als „Migranten“ oder „Einwanderer“ oder „Ausländer“ bezeichnet werden. Inhaltlich mussten die identifizierten Studien den Gesundheitszustand (psychisch, psychosozial und physisch) oder gesundheitsrelevante Faktoren untersuchen, die die Gesundheit des Individuums positiv oder negativ beeinflussen könnten (z. B. Teamunterstützung, hohe Arbeitsbelastung, Zufriedenheit). Nach Abschluss des Volltextscreenings folgte die zweite Stufe: Es wurden alle bisher identifizierten Artikel erneut daraufhin untersucht, ob die Studienautoren eindeutig im Diskussions- oder Schlussteil ihres Artikels mitteilten, ob die Gesundheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beeinträchtigt

ist. Diese weitreichende Anpassung wurde vorgenommen, um sicherzustellen, dass im Review zusammengeführte Artikel thematisch explizit die *Gesundheit* von Pflegekräften mit Migrationshintergrund abbilden.

Die Qualitätsprüfung der eingeschlossenen Artikel erfolgte mit dem MMAT [57]. Die qualitativen Studienergebnisse wurden nach einer thematischen Analyse narrativ synthetisiert und die quantitativen Ergebnisse deskriptiv dargestellt.

Forschungsfrage 2: Welche psychosozialen Stressoren erfahren Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte am Arbeitsplatz?

Forschungsfrage 3: Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien setzen sie ein, um psychosozialen Stressoren zu begegnen?

Forschungsfrage 4: Inwiefern unterscheiden sich Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte in ihren allgemeinen Erfahrungen und im interkulturellen Kontext?

Die wissenschaftstheoretische Basis für die qualitative Interviewstudie ist der phänomenologische Forschungsansatz nach Husserl. Er beschreibt die Bedeutung der Erfahrungen eines erlebten Phänomens. Der phänomenologische Ansatz richtet seinen Blick auf die Beschreibung dessen, was die an der Untersuchung Teilnehmenden bei dem Erleben eines Phänomens gemeinsam erkennen. Die Reduzierung der individuellen Erfahrungen mit *einem* Phänomen auf die Beschreibung des Allgemeingültigen ist der Auftrag der Phänomenologie [58]. Die Interpretation von Verhaltensweisen interagierender Individuen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen ist anfällig für kulturelle Verzerrungen [59, 60]. Daher wurden sowohl Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als auch einheimische Pflegekräfte befragt. Die Untersuchung wurde im Stadtstaat Hamburg durchgeführt. Dort sind ambulante Pflegedienste entweder in frei-gemeinnütziger oder in privat-gewerblicher Trägerschaft organisiert [61]. Die Annahme, dass privat-gewerblich organisierte Pflegedienste im Gegensatz zu frei-gemeinnützigen eine Gewinnabsicht verfolgen und dies einen möglichen Einfluss auf die wahrgenommene Arbeitsbelastung von Pflegekräften [62], wie Zeitdruck [63], hat, führte zur Unterteilung der geplanten Stichprobe in beide Trägerschaften (s. Abbildung 1). Pflegedienste, die ein spezielles pflegerisches Versorgungskonzept für KlientInnen mit Migrationshintergrund haben, können sich von solchen, die keine entsprechende Schwerpunktsetzung haben, unterscheiden [64]. Daher wurden die beiden Strata je in Pflegedienste mit und ohne Schwerpunktsetzung

weiter unterteilt. Schließlich wurden je Stratum zwei Dienste per Zufall gezogen. Die Entscheidung einer zufallsbasierten Stichprobe erfolgte bewusst auf Grundlage des interkulturellen Kontextes der Studie [65, 66]. Die Geschäftsführungen der per Zufall ausgewählten Pflegedienste wurden über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Nach Zusage rekrutierten diese sechs Pflegekräfte mit und sechs Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund [67] aus ihrer Mitarbeiterschaft. Im Falle einer Absage wurde per Zufall ein weiterer Dienst ausgewählt und entsprechend kontaktiert.

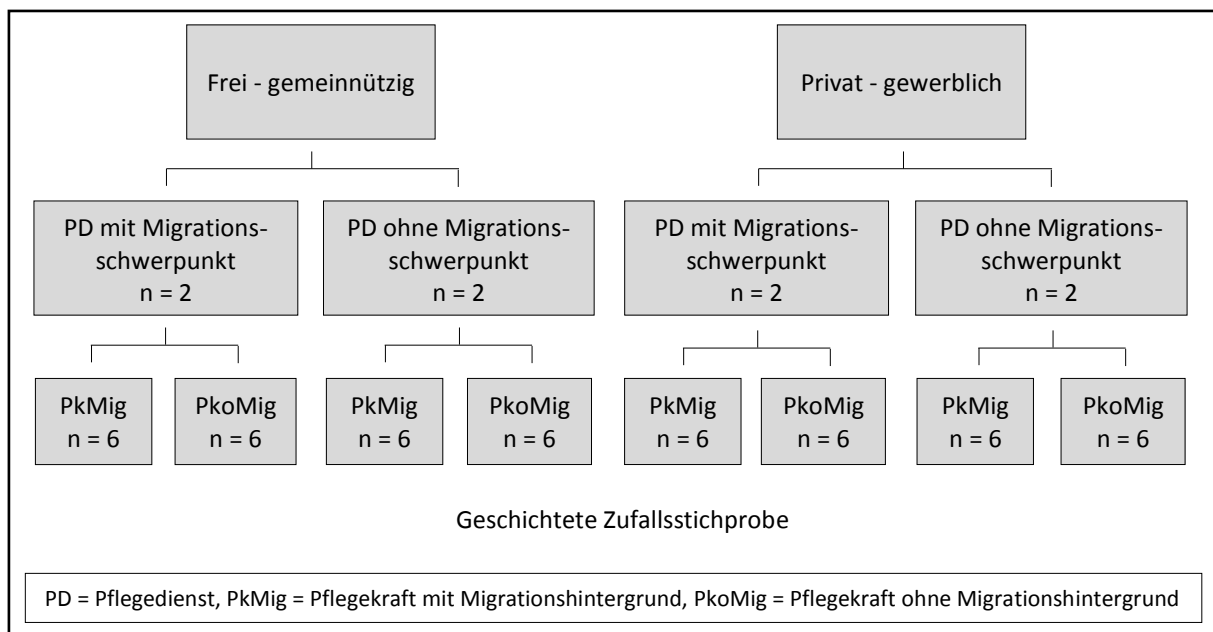


Abbildung 1: Rekrutierungsschema

Die Entwicklung des Befragungsinstrumentes (Interviewleitfaden) basierte auf dem systematischen Literaturreview zu Forschungsfrage 1 sowie weiteren Literaturrecherchen und ExpertInnenbefragungen. Ein erster Entwurf wurde in der Arbeitsgruppe ausführlich besprochen und überarbeitet. Anschließend wurde der Leitfaden von externen ExpertInnen aus der ambulanten Pflege sowie aus der qualitativen Interviewforschung kritisch geprüft und entsprechend modifiziert. Die finale Version wurde dann in einem Pretest mit vier Pflegekräften durchgeführt, um die Anwendbarkeit des Fragebogens zu testen und Anpassungen vorzunehmen. Demnach waren diese Interviews nicht Bestandteil der Gesamtauswertung für die Publikation 2.

Die Transkription der Interviews erfolgte durch einen externen Dienstleister. Die Transkripte hat der Studienleiter stichprobenartig hinsichtlich der Qualität geprüft. Die Auswertung der

Interviews erfolgte auf Basis der Software MaxQDA 10® gemäß dem konventionellen Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse nach Hsiu-Fang Hsieh und Sarah E. Shannon [68].

Forschungsfrage 5: Welche arbeitsplatzbezogenen Belastungen erleben ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in deutschen Privathaushalten arbeiten?

Forschungsfrage 6: Welche Ressourcen nutzen sie, um die Belastungen zu bewältigen?

Qualitative Forschung erlaubt ein tiefes, kontextspezifisches Verständnis menschlicher Erfahrungen durch eine intensive Feldforschung [69]. Der begrenzte Kenntnisstand über einerseits die Arbeits- und Gesundheitssituation von 24-Stunden-Betreuungskräften [27] und andererseits über den Feldzugang im Kontext halb legaler Beschäftigungsverhältnisse [32] bedürfen einer explorativen Vorgehensweise zur Herstellung einer Interviewsituation und Generierung von neuen Erkenntnissen [70]. Um die „Perspektiven der Beteiligten und ihre Vielschichtigkeit“ [70, S. 28] zu verdeutlichen, empfiehlt sich ebenfalls der Einsatz qualitativer Forschungsmethoden. Individuelle Sicht- und Handlungsweisen der Untersuchten nehmen in der qualitativen Forschung eine zentrale Rolle ein; so können subjektive und soziale Bedeutungen des Forschungsgegenstands der an der Untersuchung teilnehmenden Personen analysiert werden [70].

Der Interviewleitfaden orientierte sich an den Ergebnissen des Literaturreviews sowie am Interviewleitfaden der Studie mit 48 Pflegekräften. Der Leitfaden wurde von drei ExpertInnen für qualitative Sozialforschung und den AutorInnen dieser Studie geprüft und vor seinem Feldeinsatz einem Pretest unterzogen, indem Interviews mit zwei 24-Stunden-Betreuungskräften geführt wurden. Es wurde ein Rekrutierungskonzept erstellt, um den Herausforderungen beim Feldzugang begegnen zu können. Dazu wurden beispielsweise Organisationen recherchiert, die Betreuungskräfte vermitteln, aber auch Institutionen und Beratungsstellen kontaktiert, die mit dieser Zielgruppe in anderen Kontexten gearbeitet haben. Dazu zählten die Arbeitnehmerkammer Bremen, der Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V., der Bundesverband häusliche Seniorenbetreuung e.V., die Institution „Faire Mobilität“ des Deutschen Gewerkschaftsbunds, „Arbeit und Leben Hamburg e.V.“ sowie die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit. Kontakte zu Betreuungskräften wurden schließlich über Vermittlungsagenturen, Onlineportale und soziale Netzwerke hergestellt. Die sprachli-

che Verständigung während der Interviews wurde bei Bedarf durch den Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen gewährleistet. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit MaxQDA 12® und orientierte sich an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring mit einer induktiven Kategorienbildung [71].

1.4 Ergebnisse

Forschungsfrage 1: Was ist über die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der internationalen Literatur bekannt?

Bei philippinischen Pflegekräften, die in die USA migrierten, konnte gezeigt werden, dass die Länge ihres Aufenthalts im Zielland positiv mit ihrem Noradrenalin Spiegel bei der Arbeit und zu Hause als auch mit ihrem diastolischen Blutdruck während des Schlafs korrelierte [72]. Eine unklare Rollenverteilung und große Arbeitsbelastung verunsicherten sie und führten zu Stress. Unterstützende Maßnahmen während der Rekrutierung und des Orientierungsprozesses halfen neu angekommenen Pflegekräften mit Migrationshintergrund dabei, sich in ihrem noch unbekannten Arbeits- und Lebensumfeld zu orientieren. Die selbstständige und eigenverantwortliche Durchführung von professioneller Pflege führte zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, außerdem wurde ihr Arbeitsumfeld durch eine positive Beziehung zu den ArbeitskollegInnen verbessert [73]. Aus der ehemaligen Sowjetunion eingewanderte Pflegekräfte und – studentInnen wiesen in den ersten Monaten nach Ankunft im Zielland leichte Formen einer Depression auf. Zunehmende soziale Unterstützung durch Freunde und Bekannte führte zu einer Abnahme des Depressionslevels auf Normalniveau. Je höher die StudentInnen die soziale Unterstützung und Zufriedenheit direkt nach ihrer Ankunft bewerteten, desto geringer war ihr Risiko, an einer Depression zu erkranken [74].

Osteuropäische und asiatische Pflegekräfte hatten gegenüber ihren einheimischen KollegInnen in Dänemark ein höheres Mobbingrisiko. Nicht westliche MigrantInnen erlitten Mobbing an Berufsschulen doppelt so häufig wie Migranten aus Island, Norwegen, den 25 EU-Ländern oder Nordamerika. Hingegen erlebten westliche und nicht westliche StudentInnen gleichermaßen Mobbing durch Vorgesetzte und/oder KollegInnen. Mobbing durch KlientInnen/PatientInnen richtete sich signifikant eher gegen westliche und nicht westliche MigrantInnen [75]. Pittmann et al. (2014) zeigten, dass Pflegekräfte, die über eine Agentur für eine Tätigkeit in den USA rekrutiert worden waren, signifikant geringere Löhne als diejenigen Pflegekräfte erhielten, die sich direkt bei den Unternehmen beworben hatten [76]. Afrikanische Pflegekräfte gaben an, für Fehlverhalten eher diszipliniert und bei Beförderungen übergangen zu werden. Auch ihre Anfragen nach freien Tagen wurden von ihren Vorgesetzten oft ignoriert. Pflegekräfte aus Subsahara-Afrika, die im Vereinigten Königreich arbeiteten, berichteten, dass ihre Erfahrung und ihr Wissen nicht nur von weißen KollegInnen, sondern auch von anderen Pfl-

gekräften, Vorgesetzten, PatientInnen und deren Angehörigen ignoriert würden. Diese Erfahrungen führten zu erheblichem Stress mit möglichen negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit [77].

Europäische Pflegekräfte, die in den USA arbeiten, berichteten eher über Stress und psychische Beanspruchungen als ihre philippinischen KollegInnen; was den Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz angeht, wiesen beide Gruppen hingegen ähnliche Resultate auf. Pflegekräfte mit großer Arbeitsbelastung hatten keine signifikant höheren Werte physiologischer Stressreaktionen wie Blutdruck oder Katecholamin-Ausscheidungen [78]. Jemenitische Pflegekräfte, die in öffentlichen Krankenhäusern im Jemen arbeiteten, klagten innerhalb eines Jahres häufiger über Rückenschmerzen als ihre KollegInnen aus Indien. Verzicht auf Nikotin und durchschnittlich mehr als fünfstündiger regelmäßiger Schlaf wurden ebenso wie höheres Einkommen als protektive Faktoren identifiziert, während ein Body-Maß-Index von mehr als 25 zu einem höheren Risiko für Rückenschmerzen innerhalb eines Sieben-Tage-Zeitraums führte [79]. Karibische Pflegekräfte in den USA klagten häufiger über starke Arbeitsbelastungen als ihre kaukasischen KollegInnen, während sich höher qualifizierte Pflegekräfte in ihren Aussagen zur Arbeitsbelastung unabhängig von ihrer Herkunft nicht voneinander unterschieden [80].

Zusammengefasst zeigt dieses Review, dass

1. die Zeit des Aufenthalts im Einwanderungsland positiv mit einem erhöhten Blutdruck bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund korreliert,
2. eine anfängliche Depression bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund im ersten Monat nach ihrer Ankunft im Laufe der Zeit durch zunehmende soziale Unterstützung abklingt,
3. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, vor allem Angehörige ethnischer Minderheiten, täglich am Arbeitsplatz Diskriminierung, Rassismus und Mobbing begegnen,
4. die physiologische Reaktion auf Stress bei Pflegekräften je nach Herkunft variiert und
5. sich Pflegekräfte unterschiedlicher Herkunft von einheimischen Pflegekräften auch in der Hinsicht voneinander unterscheiden, ob und wie häufig sie berufsbedingte Beschwerden wie Rückenschmerzen im Betrieb melden.

- Forschungsfrage 2: Welche psychosozialen Stressoren erfahren Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte am Arbeitsplatz?*
- Forschungsfrage 3: Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien setzen sie ein, um psychosozialen Stressoren zu begegnen?*
- Forschungsfrage 4: Inwiefern unterscheiden sich Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und einheimische Pflegekräfte in ihren allgemeinen Erfahrungen und im interkulturellen Kontext?*

Pflegekräfte empfinden Zeitdruck, das Mobilisieren schwergewichtiger KlientInnen und den Mangel an Arbeitsmitteln wie Handschuhe, Inkontinenzvorlagen, elektrisch höhenverstellbare Betten in den Haushalten der KlientInnen als wesentliche strukturelle Stressoren am Arbeitsplatz. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berichten zudem über belastendes Konkurrenzdenken, beispielsweise, dass sich mehrere migrierte Pflegekräfte auf dieselbe Ausschreibung bewerben. Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund empfinden es als belastend, dass sie sich in ihrer Freizeit nicht von ihrer physisch und psychisch belastenden Arbeit gedanklich distanzieren können. Sport- und andere Angebote des Arbeitgebers wie Kurse zum rückengerechten Arbeiten sowie soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten werden in beiden Gruppen als Ressourcen genannt.

Die Interaktion von Pflegekräften unterschiedlicher Herkunft ist häufig mit einem sehr unterschiedlichen Verständnis von Verhaltensweisen verbunden. So schreiben sich Pflegekräfte „typische“ Verhaltensmuster zu, die sie aus der kulturellen und ethnischen Zugehörigkeit der Person ableiten. Das Berufsverständnis einheimischer Pflegekräfte in Deutschland weicht von dem der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ab. Dies führt zu Irritationen und Missverständnissen, die eine funktionierende Pflege aus ihrer Sicht behindern. Eine weitere wesentliche Barriere für die Kommunikation untereinander ist das nicht Beherrschen der Sprache.

		Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	Einheimische Pflegekräfte
Arbeit im Allgemeinen	Barrieren	<i>Persönlich:</i> Konkurrenzdenken <i>Strukturell:</i> Zeitdruck Mobilisieren schwergewichtiger KlientInnen Mangel/Nichtvorhandensein von Arbeitsmitteln	<i>Persönlich:</i> Schwierigkeiten, sich abzugrenzen <i>Strukturell:</i> Zeitdruck Mobilisieren schwergewichtiger KlientInnen Mangel/Nichtvorhandensein von Arbeitsmitteln
	Ressourcen	<i>Berufsbezogen:</i> Technische Hilfsmittel, Angebote des Arbeitgebers (Kurse zum rückengerechten Arbeiten) <i>Persönlich/Privat</i> Soziale Kontakte Freizeitaktivitäten	
	Bewältigungsstrategien	Sinnstiftung des Berufs Pflegekraft Umgang mit Menschen	
Zusammenarbeit mit KollegInnen	Barrieren	<i>Interkulturell</i> Divergierendes Verständnis von Verhaltensweisen Sprachliche/Kommunikative Divergenz Divergierendes Verständnis von (professioneller) Pflege <i>Allgemein</i> Übereinander statt miteinander reden	Priorisierung des eigenen Wohls
	Ressourcen	Probleme mit KollegInnen direkt besprechen	
	Bewältigungsstrategien	<i>Interkulturell</i> Keine Ethnisierung oder Kulturalisierung Teilen von Gemeinsamkeiten <i>Allgemein</i> Gegenseitige Unterstützung Erfahren von Freundlichkeit/Respekt Alleine arbeiten	Keine Ethnisierung oder Kulturalisierung Gegenseitige Unterstützung als Sprach-/KulturmittlerIn
Zusammenarbeit mit Vorgesetzten	Barrieren	Fehlende Wertschätzung Ungleiche Behandlung	
	Ressourcen	Klärendes Gespräch suchen Anerkennung der persönlichen Leistungen durch Vorgesetzte	
	Bewältigungsstrategien	Eigene Meinung äußern Sich auf Augenhöhe begegnen	Bereitschaft zum Gespräch Sich auf Augenhöhe begegnen
Kontakt mit KlientInnen	Barrieren	<i>Interkulturell</i> Ansprüche/Erwartungen von KlientInnen Vorurteile gegenüber MigrantInnen <i>Allgemein</i> Persönliches Schicksal desR KlientIn Belästigung durch KlientIn (z. B. verbal, sexuell)	Nicht funktionierende verbale Kommunikation Ansprüche/Erwartungen von KlientInnen Persönliches Schicksal desR KlientIn
	Ressourcen	Sprachlicher Austausch mit KollegInnen Probleme direkt mit KundInnen besprechen	Sprachlicher Austausch mit KollegInnen
	Bewältigungsstrategien	Sich mit KlientInnen unterhalten Erfahren von Dankbarkeit/Wertschätzung Sich distanzieren	

Tabelle 1: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

Die sprachliche und kulturelle Vielfalt innerhalb des Teams eines Pflegedienstes wird von Pflegekräften ohne Migrationshintergrund aber auch als sehr bereichernd und hilfreich wahrgenommen, da man sich gegenseitig als Sprach- und KulturmittlerIn unterstützt. Die Vermeidung von ethnischen und kulturellen Zuschreibungen und damit die Anerkennung von Diversität, Interkulturalität und Multikulturalität hilft Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund, belastende interkulturelle Barrieren zu bewältigen.

Fehlende Anerkennung durch ihre Vorgesetzten bei Verlangen voller Einsatzbereitschaft empfinden Pflegekräfte als belastend, ebenso eine ungleiche Behandlung im Vergleich zu ihren KollegInnen bei Urlaubsanfragen. Vorgesetzte, die hingegen immer ansprechbar sind und sich Zeit für die Anliegen ihrer MitarbeiterInnen nehmen, werden als verständnisvoll geschätzt. Seine eigene Meinung gegenüber seinen Vorgesetzten äußern zu können/zu dürfen, ermöglicht Pflegekräften mit Migrationshintergrund, eine funktionierende Beziehung zu ihren Vorgesetzten auf Augenhöhe herzustellen.

Eine nicht funktionierende Kommunikation mit KlientInnen wird von einheimischen Pflegekräften als besonders belastend genannt, da dies die Etablierung einer echten Beziehung verhindert. Sie empfinden die unterschiedlichen Erwartungen ihrer KlientInnen mit Migrationshintergrund an den pflegerischen Versorgungsauftrag in Deutschland als sehr belastend. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund erleben in ihrem Arbeitsalltag rassistische Diskriminierung, etwa indem man ihnen den Zugang zu der Wohnung der zu versorgenden KlientInnen verwehrt, aber auch aufgrund ihrer Hautfarbe. Weibliche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben Formen sexueller Belästigung erlebt, dies ihrem Betrieb aber nicht gemeldet. Das bewusste sich Distanzieren von der Situation/dem Kontext einerseits, andererseits auch der Austausch mit KollegInnen über das Erlebte hilft ihnen, derartige Vorkommnisse zu bewältigen. Das Spüren von Dankbarkeit, auch nonverbal, und das Gefühl der Wertschätzung durch KlientInnen werden als weitere wesentliche Bewältigungsstrategien von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund genannt.

Zusammengefasst zeigt die qualitative Interviewstudie mit Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund, dass

1. Pflegekräfte unabhängig von ihrer Herkunft und Kultur Zeitdruck, Mobilisierung von schweren KlientInnen, mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte und das persönliche Schicksal ihrer KlientInnen als physisch und psychisch belastend erleben,
2. einheimische Pflegekräfte Verständigungsprobleme mit ihren KollegInnen mit Migrationshintergrund und vor allem mit KlientInnen aufgrund von Sprachbarrieren als belastend wahrnehmen,
3. ein divergierendes Verständnis von Verhaltensmustern in einem sprachlich und kulturell diversen Team die Zusammenarbeit belastet,
4. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund nicht nur Formen der ethnischen Diskriminierung, sondern auch sexuelle Belästigungen erfahren,
5. die Sinnstiftung des Berufs Pflegekraft, die gegenseitige Unterstützung der KollegInnen, der direkte Austausch mit den Vorgesetzten auf Augenhöhe und das Erfahren von Wertschätzung und Dankbarkeit Pflegekräften jedoch helfen, Stressoren zu bewältigen.

Forschungsfrage 5: Welche arbeitsplatzbezogenen Belastungen erleben ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in deutschen Privathaushalten arbeiten?

Forschungsfrage 6: Welche Ressourcen nutzen sie, um die Belastungen zu bewältigen?

24-Stunden-Betreuungskräfte fühlen sich durch die Betreuung von KlientInnen mit schwer ausgeprägten psychischen Krankheitsbildern und aufgrund der erforderlichen permanenten Verfügbarkeit psychisch belastet. Sie sind mit Einsamkeit konfrontiert und haben das Gefühl, eingesperrt zu sein mit einem eingeschränkten Kontakt zur Außenwelt. Ihren Schlaf passen sie dem Rhythmus und den Bedürfnissen ihrer KlientInnen an und erleben daher meist ruhelose Nächte. Nicht ausreichende Sprachkenntnisse der 24-Stunden-Betreuungskräfte und die Nichtakzeptanz oder Ablehnung durch ihre KlientInnen führen zu interpersonellen Konflikten. Die Gestaltung einer funktionierenden Beziehung wird erschwert, wenn die KlientInnen, aber auch deren Angehörige, sie lediglich als Bedienstete behandeln. Andererseits führt die permanente Anwesenheit zur Teilhabe an teils sehr intimen Situationen der KlientInnen. Eingeschränkte Privatsphäre, mangelnde Informationen über den Zustand und das soziale

Umfeld ihrer KlientInnen vor Versorgungsbeginn, Verwehrung von Arbeitspausen und Ruhezeiten, aber auch das Verlangen von KlientInnen oder deren Familienangehörigen, nicht vertraglich vereinbarte Tätigkeiten auszuführen, belasten 24-Stunden-Betreuungskräfte.

Eigeninitiativen wie Recherchen zum Gesundheitszustand und zur medizinischen und pflegerischen Versorgung desR KlientIn, die Verabredung und Einhaltung klarer Absprachen zur Strukturierung des Alltags sowie die räumliche und emotionale Distanzierung helfen 24-Stunden-Betreuungskräften, belastende Situationen zu bewältigen. Das selbstständige Erlernen von Mobilisierungstechniken, aber auch die zunehmende Kenntnis über den Gesundheitszustand desR KlientIn ermöglichen der Betreuungskraft eine körperlich und psychisch entlastende Betreuung.

Dankbarkeit, Wertschätzung und Akzeptanz seitens der KlientInnen, aber auch ihrer Angehörigen tragen zu einem guten Arbeitsklima bei. 24-Stunden-Betreuungskräfte und Familienangehörige unterstützen sich, sodass beide ihre Termine wahrnehmen und auch Freizeitaktivitäten nachgehen können.

Viele 24-Stunden-Betreuungskräften begründen die Aufnahme einer Betreuungstätigkeit mit dem Verlust des Arbeitsplatzes oder dem Tod des Partners oder der Partnerin. Ein umfassender Krankenversicherungsschutz, eine legale Beschäftigung und ein geregeltes Einkommen sichern sie sozial ab: in ihren Heimatländern gibt es ein derartiges Sozialsystem in der Regel nicht. Die Tätigkeit als Betreuungskraft wird als selbsterfüllend und sinnstiftend wahrgenommen und als Motiv angeführt, dieser Tätigkeit in Deutschland nachzugehen.

Zusammengefasst zeigt die qualitative Interviewstudie mit ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten, dass

1. ständige Verfügbarkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte alltägliche Belastungen sind,
2. diese Belastungen mit Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit in Form von Erschöpfung, Schlaflosigkeit, erhöhter Reizbarkeit und Depressionssymptomen einhergehen,
3. 24-Stunden-Betreuungskräfte aber auch Unterstützung durch Dritte erfahren und sich emotional und räumlich von der Betreuungssituation distanzieren können,
4. das Erleben von Dankbarkeit, die Erfahrung akzeptiert zu werden und die finanzielle Absicherung weitere relevante Ressourcen sind.

1.5 Diskussion

Über die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen des Fachkräftemangels und des Pflegeotstands in Deutschland wird bereits seit den 1960er Jahren diskutiert [81], aktuell genießt das Thema durch die „Konzertierte Aktion Pflege“ erhöhte Aufmerksamkeit [82]. Die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen, die in diesem Zusammenhang steigende Mobilität und räumliche Distanz zwischen Eltern und ihren Kindern führen zu einem verringerten familiären Pflegepotenzial und somit zu einer verstärkten Inanspruchnahme pflegerischer Dienstleistungen für pflegebedürftige Angehörige [13, 83, 84].

In der ambulanten Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung sind mehr als 65 % Teilzeitbeschäftigte, mehr als 80 % weibliche Beschäftigte und 40 % Beschäftigte im Alter von 50 Jahren oder älter tätig [85]. Dem bereits angeführten Fachkräftemangel wird durch die aktive Anwerbung ausländischer Pflegekräfte zu begegnen versucht. Jedoch hat in der letzten Zeit nur eines von zehn Unternehmen solche Anwerbeversuche unternommen [86]. Pflegekräfte aus dem Ausland werden als gleichwertig kompetent wahrgenommen, zeigen eine höhere Einsatzbereitschaft und sind nach Einschätzung von Personalverantwortlichen anfänglich leistungsfähiger als ihre KollegInnen im pflegerischen Team. Interkulturelle Konflikte treten eher selten auf, was unter anderem mit einerseits funktionierenden Willkommensangeboten für die ausländischen Pflegekräfte, aber auch rechtzeitiger Information über die neuen KollegInnen bei der Stammebelegschaft erklärt werden kann [86].

Die vorliegende Dissertation hat die Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund und von 24-Stunden-Betreuungskräften untersucht.

Das einleitende systematische Review [87] kommt zu widersprüchlichen Antworten auf die Frage, ob sich die Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund über die Zeit verbessert oder verschlechtert. Diese Widersprüchlichkeiten können mit den im Kontext des Migrationsprozesses bekannten Theorien wie „exhausted migrant effect“ [88], „acculturation stress hypothesis“ [89], „healthy migrant hypothesis“ [90, 91] oder der „U-Curve-theory“ [92] erklärt werden. Der im Review beschriebene positive Zusammenhang der Länge des Aufenthalts im Zielland mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko von MigrantInnen wird von Lee et al. (2016) bestätigt und von den AutorInnen mit der Anpassung an die Lebensweise der Menschen im Zielland und den dortigen Arbeitsbedingungen begründet [93]. In diesem Zusammenhang schlagen Delavari et al. (2013) vor, in Akkulturationsprogrammen für MigrantInnen Traditionen aus deren Herkunftsländern im Zielland beizubehalten [94]. MigrantInnen

sollten direkt nach ihrer Ankunft im Zielland Informationen zur Erhaltung arbeitsplatzbezogener Gesundheit erhalten, um kardiovaskulären oder psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen [73, 93]. Der Zusammenhang von arbeitsplatzbezogener Diskriminierung und eingeschränkter Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund wird in zahlreichen Studien bestätigt [95-97]. So schreiben Pung und Goh (2016), dass Diskriminierungserfahrungen bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu erhöhtem Stress führen können und dass diese derartige Vorfälle aus Angst vor Isolation und arbeitsplatzbezogenen Konsequenzen nicht melden [97].

Die qualitative Interviewstudie mit Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund [98] bestätigt, dass sie den zunächst am Arbeitsplatz wahrgenommenen Stress durch zunehmende Kontakte mit KollegInnen mit der Zeit als weniger belastend empfinden. Es wurde darüber hinaus aber ebenfalls deutlich, dass rassistische Diskriminierungserfahrungen und Formen struktureller Benachteiligung in der ambulanten Pflege existieren und die Pflegekräfte diese als sehr belastend empfinden und teilweise nicht melden. Während einheimische Pflegekräfte Verständigungsprobleme mit ihren KollegInnen mit Migrationshintergrund als einen der zentralen arbeitsplatzbezogenen Stressoren nannten, führten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund die schwere körperliche Arbeit als einen der zentralen Stressoren an. Sprachliche Verständigungsprobleme werden in zahlreichen Untersuchungen als wesentlicher Einflussfaktor für eine nicht funktionierende Zusammenarbeit in einem interkulturellen Team genannt, aber auch als Risikofaktor für die Patientensicherheit im Sinne von Medikationsfehlern, dem Missverstehen von Schmerzäußerungen oder ähnlichen Missverständnissen [99, 100]. In der interkulturellen Interaktion mit Menschen gibt es eine Tendenz zur gegenseitigen Zuschreibung "typischer" Eigenschaften [101-105]. Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund stimmen darüber ein, dass Zeitdruck ein wesentlicher arbeitsplatzbezogener Stressor in der ambulanten Pflege ist. In ihren Erklärungen unterscheiden sich beide Gruppen jedoch diametral voneinander. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund schreiben ihren deutschen KollegInnen „deutsche Pünktlichkeit“ und „strikte Arbeitsweise“ zu, während die deutschen Pflegekräfte ihren KollegInnen mit Migrationshintergrund eine „legere Mentalität“ unterstellen. Das Beharren auf pünktliches Erscheinen im Haushalt der KlientInnen und auf das Befolgen von Vorschriften wie das Ausfüllen von Formularen wird von Pflegekräften mit Migrationshintergrund als belastend wahrgenommen, denn das Befolgen derartiger Vorschriften erfordert Zeit, im-

pliziert Zeitdruck, was wiederum Stress erzeugt. Sie sind der Ansicht, professionelle Pflege bedeute primär zeitliche Flexibilität im Gespräch mit KundInnen und sekundär das Befolgen von Vorschriften wie „Erledigung des Papierkrams“. Deutsche Pflegekräfte äußerten in den Interviews, sich durch dieses „legere Zeitmanagement“ ihrer KollegInnen mit Migrationshintergrund belastet zu fühlen, denn solches Verhalten erzeuge Zeitdruck. Die „deutsche Pünktlichkeit“ und die „strikte Arbeitsweise der Deutschen“ werden von den Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der Studie zwar als belastend, aber auch als wichtiges Merkmal qualitativ hochwertiger Pflege in Deutschland wahrgenommen.

Unabhängig vom Migrationshintergrund benötigen Pflegekräfte kommunikative Kompetenzen. Das gilt auch für Führungskräfte [106, 107]. Die Anerkennung durch Vorgesetzte ist Voraussetzung für eine effektive Gesprächsbasis zwischen Pflegekräften und Vorgesetzten.

Einige weibliche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund gaben an, Opfer sexueller Belästigung durch männliche Klienten geworden zu sein. Die ambulante Pflege findet in den Haushalten der KlientInnen, also in einem für diese geschützten Raum, statt, der den weiblichen Pflegekräften keinen Schutz vor derartigen Vorfällen bietet.

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund haben eine ähnliche Biografie. Diese Gemeinsamkeit ist eine wichtige Ressource in der täglichen Arbeit.

24-Stunden-Betreuungskräfte [108] fühlen sich durch die Nonstop-Verfügbarkeit, Schlaflosigkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte belastet. Die körperlich anstrengende Betreuung von KlientInnen (z. B. Mobilisierung) und der Umgang mit teilweise psychisch schwer erkrankten Menschen führen zu einer ausgeprägten physischen und psychischen Erschöpfung. Die Betreuungskräfte werden angehalten, Aufgaben im Betreuungshaus durchzuführen, die weder zuvor vereinbart worden waren noch ihren Fachkompetenzen entsprechen.

Die Betreuungstätigkeit in Privathaushalten wird andererseits auch als Selbstverwirklichung angesehen, da sie eine sinnvolle Tätigkeit darstellt. Zudem haben die Betreuungspersonen ein — verglichen mit dem Heimatland — weitaus höheres monatliches Einkommen und nehmen die psychisch und physisch anstrengende Tätigkeit als gegeben an.

Timonen und Doyle (2010) schreiben in ihrer Studie mit irischen Betreuungskräften, dass diese ihre teils ausbeuterischen Arbeitsverhältnisse aufgrund einer moralischen Verpflichtung zur Unterstützung ihrer KlientInnen akzeptierten [109]. Das Abgrenzen von der belastenden Situation, das Erleben von Dankbarkeit und Wertschätzung und die Möglichkeit, eigenen Hobbies

nachzugehen, nennen die 24-Stunden-Betreuungskräfte als wichtige Ressourcen. Knieska (2016) bestätigt, dass Betreuungskräfte eine größere Arbeitszufriedenheit angeben, wenn ihre Tätigkeit zu einer Verbesserung des Gesundheits- oder Mobilisationsstatus ihres Klienten oder ihrer Klientin führt [27].

Stärken und Grenzen

Die Teile der vorliegenden Publikation bauen aufeinander auf. Das systematische Review stellt den aktuellen internationalen Stand der Literatur zur Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zusammen und bietet so eine Grundlage zur Ableitung von arbeitsplatzbezogenen Belastungen und Ressourcen. Auf dieser Grundlage wurden die Leitfragen für die beiden qualitativen Interviewstudien mit Pflegekräften sowie 24-Stunden-Betreuungskräften entwickelt. Der intensive Diskurs der StudienautorInnen untereinander, mit externen ExpertInnen aus pflegerelevanter Praxis und Wissenschaft sowie einem regelmäßig tagenden Projektbeirat ermöglichte eine Forschung mit Pflegekräften und nicht über Pflegekräfte.

Untersuchungen über türkische MigrantInnen ergaben, dass Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und des Nutzens bzw. der Zielsetzung des Forschungsvorhabens bestehen [110, 111]. Daher wurden in den dieser Arbeit zugrunde liegenden Erhebungen eine klare und direkte Kommunikation mit den Beteiligten und der Einbezug von bekannten Personen in den MigrantInnen-Communities als wirksame Maßnahme zur erfolgreichen Rekrutierung und zur Studiendurchführung realisiert.

Die qualitativen Erhebungen wurden in Hamburg durchgeführt, da das Studienteam bereits Kontakte zu dortigen Branche hat. Obwohl die Versorgungsstruktur in der ambulanten Pflege in Hamburg in Bezug auf die Verteilung der privat-gewerblichen und frei-gemeinnützigen Dienste mit anderen Bundesländern vergleichbar ist [112, 113], muss eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse mit Bedacht vorgenommen werden. Die Befragung von deutschen 24-Stunden-Betreuungskräften war aufgrund der Nichterreichbarkeit dieser Personen nicht möglich.

Ausblick

Weitere Vergleichsstudien mit standardisierten Outcomes sind notwendig, um die bisherigen Ergebnisse aus dem systematischen Review und den qualitativen Erhebungen zu prüfen, zu bestätigen und zu erweitern. Die Wirksamkeit von Akkulturationsprogrammen für neu in

Deutschland angekommene Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, aber auch für einheimische Pflegekräfte, könnte in Längsschnittstudien untersucht werden.

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und 24-Stunden-Betreuungskräfte sind im Forschungssinne eine schwer erreichbare Personengruppe. Während der qualitativen Erhebungen wurden zahlreiche Anfragen von den Geschäftsführungen und Vermittlungsagenturen der ambulanten Dienste und der 24-Stunden-Betreuungsdienstleister abgelehnt mit der Begründung, dass es Zweifel an der Praxisrelevanz und bestehende Personalengpässe gebe. Daher muss der große zeit- und ressourcenintensive Aufwand für die Durchführung von Interviews bei entsprechenden Forschungsvorhaben berücksichtigt werden.

Diese Studie ist die erste flächendeckende Untersuchung der Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften in einem Bundesland, in der Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund verglichen werden. Es ist die erste bundesweit, bei der 24-Stunden-Betreuungskräfte direkt befragt wurden. Dabei wurden zahlreiche Belastungen und Ressourcen identifiziert. Forschungsergebnisse zur Gesundheit von MigrantInnen zeigen, dass die ältere Generation insgesamt häufiger und früher von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [114]. Die Beantwortung der Frage, ob Pflegekräfte mit Migrationshintergrund insgesamt stärker belastet sind als ihre KollegInnen ohne Migrationshintergrund steht noch aus. In einer weiteren Studie innerhalb dieses Forschungsprojekts wurden daher 104 Pflegekräfte mit und 179 Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege befragt. Die vorliegende Dissertation identifiziert umfassend Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften in der ambulanten Pflege im interkulturellen Kontext und von 24-Stunden-Betreuungskräften. Die quantitative Studie wird zeigen, welches Ausmaß die psychosozialen Belastungen von derzeit in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte haben. Die zunehmende Fokussierung auf die ambulante Pflege ist politisch gewollt. Eine gute Versorgung ist aber nur dann langfristig möglich, wenn die derzeitigen Pflegekräfte und solche, die für diesen Sektor auf dem Arbeitsmarkt gewonnen werden sollen, einen Arbeitsplatz vorfinden, der ihre Gesundheit fördert.

Die Attraktivität des Pflegeberufs soll durch das Pflegeberufegesetz ab 2020 gesteigert werden; so wird die abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachmann/-fachfrau in der Europäischen Union als gleichwertige Berufsqualifikation anerkannt und die Anerkennung einer innerhalb, aber auch außerhalb Europas abgeschlossenen pflegerischen Berufsqualifikation erleichtert.

Außerdem werden die bisher getrennten Ausbildungen von Kinder-, Gesundheits- sowie Kranken- und Altenpflege zu einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt [115]. Damit sollen pflegerisch und medizinisch immer komplexer werdenden Anforderungen begegnet werden und Pflegepersonen für sämtliche Settings flexibel einsatzbereit sein. Ob die ambulante Pflege davon profitiert, sollte beobachtet werden.

2 Abkürzungsverzeichnis

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
MaxQDA	Max (Weber) Qualitative Data Analysis
MeSH	Medical Subject Headings
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
PICO	Population, Intervention, Control, Outcomes

3 Literaturverzeichnis

- 1 Statistisches Bundesamt (2018). *Demografischer Wandel und Bevölkerungszahl*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/textbaustein-taser-blau-bevoelkerungszahl.html>. 9.7.2019.
- 2 Mathers CD, et al. (2015). *Causes of international increases in older age life expectancy*. Lancet, 385(9967): p. 540 - 548. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9).
- 3 Prince MJ, et al. (2015). *The burden of disease in older people and implications for health policy and practice*. Lancet, 385(9967): p. 549 - 562. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7).
- 4 Li H, Nie W & Li J (2014). *The benefits and caveats of international nurse migration*. International Journal of Nursing Sciences, 1(3): p. 314 - 317. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.07.006>.
- 5 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) / European Union (EU) (2018). *Health at a Glance: Europe, 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- 6 Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2018). *Jahresgutachten 2018*. Berlin. Online: https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2018/08/SVR_Jahresgutachten_2018.pdf.
- 7 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017). *Life expectancy at birth (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/bd12d298-en>.
- 8 Statistisches Bundesamt (2019). *Bevölkerung. Demografischer Wandel. Zukünftige Bevölkerungsentwicklung*. Online: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html. 9.7.2019.
- 9 Fuchs J, et al. (2009). *Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2012. 55(4): p. 576 - 586. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1464-9>.
- 10 Motel-Klingebiel A, Wurm S & Tesch-Römer C (2010). *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Altern_im_Wandel_2010.pdf.
- 11 Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-u-Fakten-zur-Pflegeversicherung_2019.pdf.
- 12 Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2019). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.
- 13 Rothgang H, Müller R & Unger R (2012). *Themenreport Pflege 2030: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. Online:

- https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf.
- 14 Gomes B, et al. (2013). *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers*. Cochrane Database Systematic Review, Cd007760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>.
 - 15 Mestheneos E (2011). *Ageing in Place in the European Union*. *International Federation on Ageing*. Global Ageing: Issues & Action, 7(2): 7. Online: <https://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/global-ageing/7.2/7.2.mestheneos.pdf>.
 - 16 Shepperd S, et al. (2016). *Hospital at home: home-based end-of-life care*. Cochrane Database Systematic Review, Cd009231. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231>.
 - 17 TNS Opinion & Social (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Brussels, European Commission, Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3. 2007. Online: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.
 - 18 Sozialgesetzbuch (SGB XI). Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 10 G v. 6.5.2019 I 646. § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege.
 - 19 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz–PSG II). Vom 21. Dezember 2015.
 - 20 Statistisches Bundesamt (2019). *Migration und Integration. Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Altersgruppen*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-alter.html>. 12.7.2019.
 - 21 Thum M, et al (2017). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Migration und Integration*. Online: <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>.
 - 22 Mösko M (2018). *Interkulturalität in Medizin und Gesundheitswesen*, in *Handbuch Interkulturelle Pädagogik*, I. Gogolin, et al., (Hrsg.). Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn. p. 163-169.
 - 23 Lotze E & Hübner N (2008). *Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven*. Online: http://www.iaw.uni-bremen.de/ccm/cms-service/download/asset/KoKoQ-MigrantenambulantenPflege.pdf?asset_id=4415077.
 - 24 Jansky M & Nauck F (o. J.). *Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger*, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen (Hrsg.), Göttingen. Online: http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf.
 - 25 Deutscher Caritasverband e.V., *Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung*. 2006: Freiburg. Online:

- http://ec.europa.eu/citizens_agenda/social_reality_stocktaking/contributions/docs/contrib44-1.pdf.
- 26 Gaitanides S (2004). *Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. Visionen und Stolpersteine*. Sozial Extra, 28(5): p. 34 - 36. <https://doi.org/10.1007/s12054-004-0056-9>.
 - 27 Kniejska P (2016). *Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14206-3>.
 - 28 Glaesmer H, Braehler E & von Lersner U (2012). *Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis: Stand des Wissens und Entwicklungspotentiale*. Der Psychotherapeut, 57(1): p. 22 - 28. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0877-5>.
 - 29 Ulusoy N & Gräbel E (2010). *Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43 (5): p. 330 - 338.
 - 30 Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014). *10. Bericht der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin. Online: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/733826/9e310b776de8879946bcb464935d23d0/10-auslaenderbericht-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1>.
 - 31 Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2015). *Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win)*. Bonn. Online: <https://www.giz.de/de/weltweit/20322.html>. 17.7.2019.
 - 32 Böning M & Steffen M (2014). *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten: Problemstellungen und politische Herausforderungen*. ver.di-Bundesverwaltung, Gesundheitspolitik: Berlin.
 - 33 Neuhaus A, Isfort M & Weidner F (2009). *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Projektbericht. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln*. Online: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushaltshilfen.pdf.
 - 34 Freitag S (2014). *The Impact of Stressful Postures on the Physical Workload in Nursing. Doctoral Dissertation in Technology and Health*. TRITA-STH REPORT, Royal Institute of Technology. School of Technology and Health (Hrsg.). Stockholm, Sweden: 3.
 - 35 Harling M (2014). *Der Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Beschäftigten in Pflegeberufen. Validierung der Nurse-Work Instability Scale*. Edition Gesundheit und Arbeit: ega; Schriftenreihe des CVcare, Nienhaus, A. (Hrsg.). Band 4, Hamburg, Germany: tredition GmbH.
 - 36 Kozak A (2017). *Muskel-Skelett-Erkrankungen und Beschwerden bei Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen: Kumulative Dissertation zu Häufigkeiten, Risiken und Interventionsmöglichkeiten*. Edition Gesundheit und Arbeit: ega; Schriftenreihe des CVcare., Nienhaus, A. (Hrsg.). Band 7, Hamburg, Germany: tredition GmbH.
 - 37 Braun B & Müller R (2005). *Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern*. Pflege & Gesellschaft, 3: p. 131 - 144.

- 38 Braun B, Müller R & Timm A (2004). *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. GEK, Gmünder ErsatzKasse: Asgard-Verlag. Hippe: Sankt Augustin.
- 39 Szeto GPY, et al. (2013). *A study of spinal kinematics in community nurses performing nursing tasks*. International Journal of Industrial Ergonomics. 43(3): p. 203 - 209. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2013.02.003>.
- 40 Hignett S, Edmunds Otter M & Keen C (2016). *Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies. 59: p. 1 - 14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011>.
- 41 Allan HT, Cowie H & Smith P (2009). *Overseas nurses' experiences of discrimination: a case of racist bullying?* Journal of nursing management. 17(7): p. 898 - 906. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00983.x>.
- 42 Likupe G (2015). *Experiences of African nurses and the perception of their managers in the NHS*. Journal of Nursing Management. 23(3): p. 231 - 241. <https://doi.org/10.1111/jonm.12119>.
- 43 Henry L (2007). *Institutionalized disadvantage: older Ghanaian nurses' and midwives' reflections on career progression and stagnation in the NHS*. Journal of Clinical Nursing, 16(12): p. 2196 - 2203. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02094.x>.
- 44 Shutes I & Walsh K (2012). *Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour in longtermcare*. Social Politics: International Studies in Gender, State & Society, 19(1): p. 78 - 104. <https://doi.org/10.1093/sp/jxr025>.
- 45 Neiterman E & Bourgeault IL (2015). *The shield of professional status: Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination*. Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 2015. 19(6): p. 615 - 634. <https://doi.org/10.1177/1363459314567788>.
- 46 Shields MA & Price SW (2002). *Racial harassment, job satisfaction and intentions to quit: Evidence from the British nursing profession*. Economica, 69(274): p. 295 - 326. <https://doi.org/10.1111/1468-0335.00284>.
- 47 Okechukwu CA, et al. (2014). *Discrimination, Harassment, Abuse and Bullying in the Workplace: Contribution of Workplace Injustice to Occupational Health Disparities*. American Journal of Industrial Medicine, 57(5): p. 573 - 586. <https://doi.org/10.1002/ajim.22221>.
- 48 International Labour Organization (ILO) (2018). *Domestic Workers*. Online: <http://www.ilo.org/global/topics/care-economy/domestic-workers/lang--en/index.htm>. 4.8.2019.
- 49 Martin-Matthews A (2008). *Employers, home support workers and elderly clients: identifying key issues in delivery and receipt of home support*. Healthcare Quarterly, 11(4): p. 69 - 75. PMID:18818533.
- 50 Prochazkova L, Rupp B & Schmid T (2008). *Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung. Endbericht*. SFS - Sozialökonomische Forschungsstelle. Online:

- [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/9/2/CH3434/CMS1458570732748/evaluierung_der_24-stunden-betreuung_\(endbericht\).pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/9/2/CH3434/CMS1458570732748/evaluierung_der_24-stunden-betreuung_(endbericht).pdf).
- 51 von Kondratowitz, H-J (2005). *Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38(6): p. 417 - 423.
<https://doi.org/10.1007/s00391-005-0348-0>.
 - 52 Young C, et al. (2017). *Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people*. Cochrane Database Syst Rev, Cd009844.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009844.pub2>.
 - 53 Hielscher V, Kirchen-Peters S & Nock L (2017). *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. edition Hans-Böckler-Stiftung. Online:
https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf.
 - 54 Merda M, Braseke G & Kähler B (2014). *Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Schlussbericht im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Hamburg.
 - 55 Razum O, et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Berlin. Online: <http://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf>.
 - 56 Sackett DL, et al. (1996). *Evidence-based medicine - how to practice and teach EBM*. British Medical Journal, 313:1410. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7069.1410>.
 - 57 Pluye P, et al. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Online: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.
Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>.
 - 58 Creswell JW (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*, Sage Publications, California.
 - 59 Aneas MA & Sandín MP (2009). *Intercultural and cross-cultural communication research: Some reflections about culture and qualitative methods*. Forum: Qualitative Social Research, 10(1): 51. <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-10.1.1251>.
 - 60 Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. (IDA) (2019). *Glossar des Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V.* Online: <https://www.idaev.de/researchetools/glossar/>. (22.7.2019).
 - 61 Statistisches-Bundesamt (2017). *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*. Online:
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-ambulante-pflegedienste-5224101179004.pdf?__blob=publicationFile.
 - 62 Slotala L (2011). *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Online: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93484-6>.

- 63 Hielscher V, et al. (2013). *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. 2013, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01378-3>.
- 64 Campinha-Bacote J (2002). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care*. Journal of Transcultural Nursing, 13(3): p. 181 - 184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>.
- 65 Buil I, de Chernatony L & Martínez E (2012). *Methodological issues in cross-cultural research: An overview and recommendations*. Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing, 20(3): p. 223 - 234. <https://doi.org/10.1057/jt.2012.18>.
- 66 Robinson OC (2014). *Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide*. Qualitative Research in Psychology, 11(1): p. 25 - 41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>.
- 67 Guest G, Bunce A & Johnson L (2006). *How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability*. Field Methods, 18(1): p. 59 - 82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>.
- 68 Hsieh HF & Shannon SE (2005). *Three approaches to qualitative content analysis*. Qualitative Health Research, 15(9): p. 1277 - 1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.
- 69 Polit DF & Beck CT (2010). *Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies*. International Journal of Nursing Studies, 47(11): p. 1451 - 1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>.
- 70 Flick U (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Auflage 7*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- 71 Mayring P (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. überarbeitete Ausgabe*. Weinheim: Beltz Verlag.
- 72 Brown DE & James GD (2000). *Physiological stress responses in Filipino-American immigrant nurses: the effects of residence time, life-style, and job strain*. Psychosomatic medicine, 62(3): p. 394 - 400. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845353>.
- 73 Hayne AN, Gerhardt C & Davis J (2009). *Filipino nurses in the United States: recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction*. Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 20(3): p. 313 - 322. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659609334927>.
- 74 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): p. 247 - 256. <http://dx.doi.org/10.1177/002076409704300402>.
- 75 Høgh A, et al. (2011). *Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study*. Scandinavian journal of psychology, 52(1): p. 49 - 56. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00840.x>.
- 76 Pittman P, et al. (2014). *Perceptions of employment-based discrimination among newly arrived foreign-educated nurses*. The American journal of nursing, 114(1): p. 26 - 35. <https://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000441792.93279.29>.

- 77 Likupe G & Archibong U (2013). *Black African Nurses' Experiences of Equality, Racism, and Discrimination in the National Health Service*. Journal of Psychological Issues in Organizational Culture, 3(S1): p. 227 - 246. <http://dx.doi.org/10.1002/jpoc.21071>.
- 78 Brown DE, et al. (2003). *Job strain and physiological stress responses in nurses and nurse's aides: predictors of daily blood pressure variability*. Blood Pressure Monitoring, 8(6): p. 237 - 242. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14688553>
- 79 Ghilan K, et al. (2013). *Low back pain among female nurses in Yemen*. International journal of occupational medicine and environmental health, 26(4): p. 605 - 614. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-013-0124-0>.
- 80 Hurtado DA, et al. (2012). *Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers*. International Nursing Review, 59(2): p. 237 - 244. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00948.x>.
- 81 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bonn. Online: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf.
- 82 Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Konzertierte Aktion Pflege*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>. (29.7.2019).
- 83 Pohl C (2011). *Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030*. Pflege & Gesellschaft, 16(1): p. 36 - 52. Online: <http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-1-2011.pdf>.
- 84 van Oorschot W & Arts W (2005). *The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited*. Journal of European Social Policy, 15(1): p. 5 - 26. <https://doi.org/10.1177/0958928705049159>.
- 85 Statistisches Bundesamt (2019). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf>.
- 86 Bonin H, Braeseke G & Ganserer A (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. Online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf.
- 87 Schilgen B, et al. (2017). *Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review*. PLOS ONE, 12(6): e0179183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>.
- 88 Bollini P & Siem H (1995). *No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000*. Social Science & Medicine 41(6): p. 819 - 828. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00386-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00386-8).
- 89 Assion H (2014). *Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten, in Psychiatrische Rehabilitation*. Rössler W (Hrsg.). Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.

- 90 Aldridge RW, et al. (2018). *Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet, 392(10164): p. 2553 - 2566.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32781-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32781-8)
- 91 Razum O (2006). *Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt*. In: *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*, M. Richter M & Hurrelmann K (Hrsg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_15.
- 92 Black JS & Mendenhall M (1991). *The U-Curve Adjustment Hypothesis Revisited: A Review and Theoretical Framework*. Journal of International Business Studies, 22(2): p. 225-247. <http://www.jstor.org/stable/155208>.
- 93 Lee H, et al. (2016). *Is There Disparity in Cardiovascular Health Between Migrant Workers and Native Workers?* Workplace Health & Safety, 64(8): p. 350 - 358.
<http://dx.doi.org/10.1177/2165079916633222>.
- 94 Delavari M, et al. (2013). *Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries - a systematic review*. BMC Public Health, 13(458).
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-458>.
- 95 Hargreaves S, et al. (2019). *Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Global Health, 7(7): p. e872 - e882. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9).
- 96 Paradies Y, et al. (2015). *Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PloS One, 10(9): e0138511.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- 97 Pung LX & Goh YS (2016). *Challenges faced by international nurses when migrating: an integrative literature review*. International Nursing Review.
<http://dx.doi.org/10.1111/inr.12306>.
- 98 Schilgen B, et al. (2019). *Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study*. Applied Nursing Research, 46: p. 57 - 66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008>.
- 99 O'Daniel M, Rosenstein AH (2008). *Professional Communication and Team Collaboration*. In: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Hughes RG (Hrsg.) Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville (MD).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>.
- 100 van Rosse F, et al. (2016). *Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study*. International Journal of Nursing Studies, 54: p. 45 - 53.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>.
- 101 Czopp AM, Kay AC & Cheryan S (2015). *Positive Stereotypes Are Pervasive and Powerful*. Perspectives on Psychological Science, 10(4): p. 451 - 463.
<https://doi.org/10.1177/1745691615588091>.
- 102 Drewniak D, Kronen T, & Wild V (2017). *Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review*. International Journal of Nursing Studies, 70: p. 89 - 98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>.

- 103 FitzGerald C & Hurst S (2017). *Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review*. BMC Medical Ethics, 18(1): 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>.
- 104 Ndobu A, et al. (2017). *The ethno-racial segmentation jobs: The impacts of the occupational stereotypes on hiring decisions*. Journal of Social Psychology, 158(6): p. 1 - 17. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1389685>.
- 105 Spencer SJ, Logel C & Davies PG (2016). *Stereotype Threat*. Annual Review of Psychology, 67: p. 415 - 437. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-073115-103235>.
- 106 Hunt B (2007). *Managing equality and cultural diversity in the health workforce*. Journal of Clinical Nursing, 16(12): p. 2252 - 2259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02157.x>.
- 107 Toode K, Routasalo P & Suominen T (2011). *Work motivation of nurses: a literature review*. International Journal of Nursing Studies, 48(2): p. 246 - 257. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013>.
- 108 Schilgen B, et al. (im Druck). *Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie*. Das Gesundheitswesen.
- 109 Timonen V & Doyle M (2010). *Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers*. European Journal of Women's Studies, 17(1): p. 25 - 41. <https://doi.org/10.1177/1350506809350859>.
- 110 Dingoyan D, Schulz H & Mösko M (2012). *The willingness to participate in health research studies of individuals with Turkish migration backgrounds: barriers and resources*. European Psychiatry, 27(2): p. S4 - S9. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75701-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75701-2).
- 111 Mösko M (2010). *Methodische Aspekte in der Psychosozialen Migrationsforschung. Dokumentation der Fachkonferenz am 21. November 2008*, Berlin: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration. Online: https://www.mdi-health.de/_doc/datenerhebung.pdf
- 112 Statistisches Bundesamt (2019). *Pflegeheime und ambulante Pflegedienste*. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html>. (30.07.2019).
- 113 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2019) *Pflege*. <https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/gesundheit-pflege/pflege>. (30.07.2019).
- 114 Klaus D & Baykara-Krumme H (2016). *Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund*. In: *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Mahne K, et al. (Hrsg.). Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Berlin. <https://www.springer.com/de/book/9783658125011>.
- 115 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung–PflAPrV). Vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018.

4 Publikation 1

Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M. (2017). Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. *PLOS ONE*; 12(6):e0179183.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>.

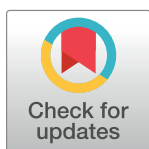
RESEARCH ARTICLE

Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review

Benjamin Schilgen^{1*}, Albert Nienhaus^{2,3}, Oriana Handtke¹, Holger Schulz¹, Mike Mösko¹

1 Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, **2** Competence Centre for Epidemiology and Health Service Research in Nursing, Institute for Health Service Research in Dermatology and Nursing, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, **3** Department of Occupational Health Research, German Social Accident Insurance Institution for the Health and Welfare Services, Hamburg, Germany

* b.schilgen@uke.de



Abstract

Introduction

Globally, life expectancy together with multimorbidity and chronic diseases are increasing. This leads to a growing demand for care and hence for healthcare personnel and nurses. To meet this demand, healthcare workers from abroad are increasingly hired. The nurses' workplace in general is characterized by physically and psychologically demanding tasks, while that of migrant and minority nurses is additionally characterized by discriminatory practices. The present knowledge about the health of migrant and minority nurses and the terminology in this context are diverse. Thus, the purpose of this review is to systematically identify and synthesize international publications that explicitly focus on migrant nurses' health.

Materials and methods

A systematic review of relevant studies was undertaken using the databases Medline, PsycINFO, CINAHL and Web of Science. The screening process was conducted in several phases. This review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines while the methodological quality assessment of the included papers was performed with the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT).

Results

Out of 11,599 citations initially obtained, 14 empirical studies were included in the final synthesis. The methodological quality of the empirical studies and reviews was diverse. The majority of the studies were conducted in the US and the nurses under study migrated from countries like the Philippines, India, Europe, and Africa. Among migrant nurses of different origins, there are differences in their physiological responses to stress. Migrant nurses and native nurses differ in reporting work-related injuries.

OPEN ACCESS

Citation: Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M (2017) Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. PLoS ONE 12(6): e0179183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>

Editor: Andre M. N. Renzaho, Western Sydney University, AUSTRALIA

Received: January 4, 2017

Accepted: May 7, 2017

Published: June 26, 2017

Copyright: © 2017 Schilgen et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was supported by the Institution for Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare services Grant recipient is: Dr. Mike Mösko (BGW). URL: www.bgw-online.de. The funds are provided by a non-profit organization that is part of the social security system in Germany. The funder had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Discussion

Migrant and minority nurses are at high risk of work-related injuries and discrimination than native or majority nurses. However, mixed results were obtained, namely that the reported health of migrant nurses either improves over time or it decreases. This review revealed that discrimination is the leading cause of impaired health amongst migrant and minority nurses.

Introduction

According to recent estimates of the International Labour Organization, there are 150.3 million migrant workers worldwide, nearly one fourth of which are located in North America as well as Northern and Western Europe. More than half of the overall number of migrant workers are engaged in the service sector, followed by the industrial and agricultural sector. Nearly 10% are employed as domestic workers, such as live-in caregivers or housemaids [1]. In the context of international mobility, the number of migrant nurses and doctors immigrating to OECD countries from countries with severe shortages in the health workforce (e.g. Angola, Ethiopia, Haiti, Pakistan, Cambodia or Indonesia) increased by 80% between 2000 and 2010 [2, 3]. The working situation of migrant and minority workers is characterized by temporary and part-time jobs as well as informal employment [4]. In addition migrant and minority workers are overrepresented in less skilled occupations [4, 5]. Migrant and minority workers are also at high risk of discrimination in hiring and layoffs and also face exploitation in terms of unequal payment, longer working hours at the workplace and restricted access to workplace benefits [5–8]. The risk of fatal and non-fatal injuries is higher for migrant and minority workers than for native workers [9], even if the occupational category is controlled [10]. The findings about the mental health of migrant workers show contradictory results. For example, while migrant workers in China show better mental health, migrant workers in Sweden reported increased levels of mental distress [11, 12].

Due to a global increase in life expectancy together with multimorbidity and chronic diseases the demand for care, and hence for nurses and other healthcare personnel in old age care is growing steadily [13–15]. The healthcare workforce itself is also not only ageing, but the growing demand is also confronted with declining supply [5, 16]. In addition to the strategy to educate and train domestic healthcare professionals, developed countries try to attract healthcare workers from abroad to meet the growing demand [6, 17].

The number of migrant nurses and doctors has grown by 60% within the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) since 2004 [1]. New Zealand, Switzerland, Australia and Luxembourg register the highest proportion of foreign-born nurses within the OECD with more than 30%. In the United States and in Germany 14% of nurses are not native. India and China send the largest proportion of doctors to OECD countries. Among the OECD European countries, Germany and the United Kingdom account for the largest number of emigrating doctors and nurses. [1, 18]. With reference to foreign-born nurses within the OECD, the Philippines and India accounted for the highest shares [1, 18].

The migration process can be associated with specific stressors causing adverse effects on the migrant's health. On the one hand the “exhausted migrant effect” [19], or the acculturation stress hypothesis [20], argues that the lower state of migrants' health compared to non-migrants is caused by impaired living and working conditions, separation from family, loss of social structures and support networks or social exclusion [21]. Studies showed that the level of acculturation has influence on the individual's social behaviour—e.g. the lower the level is,

the higher is the risk for stress in a relationship or conflicts with family members and friends [22]. The effect of acculturation on health outcomes has been shown by studies, in which traditionally-oriented migrants are more likely to have type 2 diabetes than their assimilated counterparts [22].

On the other hand, the “healthy-migrant hypothesis” or “selective migration theory” states that migrants are in better health than their native counterparts. This effect can be explained by the better health and wealth of those people who decide to migrate. These migrants are more willing to take the challenge that inheres in the process of migration in terms of unfamiliar culture, behaviours or language. While the sending country loses healthy people, the receiving country’s population benefits from those in terms of an influx of younger and more healthy people [23].

There is evidence that the mental health develops quite differently among migrants. According to the “U-Curve theory” [24] migrants feel euphoric and fascinated in the first year of their migration. This is followed by a period of disillusionment and frustration due to the challenge of coping with the new culture in daily life. Adapting gradually to these challenges makes migrants finally able to master their life in the new environment and culture. However, as studies show, migrants also suffer from anxiety and depression the longer they live in their host country [25].

Migrants report language barriers, lack of knowledge of cultural diversity, lacking trust and mutual respect as well as lack of knowledge. These are a few among several obstacles that can impede a working relationship between migrants and autochthonous people. Becoming culturally competent is an important step for healthcare providers to manage the challenges arising from a growing diversity [26]. It has been shown that cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care do not automatically lead to better practice and so to improved health-related outcomes on the side of patients. Nonetheless, these programs led to an increased knowledge and awareness how to deal with culturally diverse patients [27].

Migrant health is impeded by additional stressors not shared by their native colleagues [28]. Beyond the excessive job stress, burnout and job dissatisfaction that migrant and native employees share, foreign doctors experience discrimination, unknown norms and behavioural patterns and limited setting-specific knowledge at their workplace [29, 30]. A Finnish study revealed that migrant doctors perceive more work-related distress and are at twice the risk of burnout compared to their native colleagues [31]. Foreign-born family therapists are confronted with stereotypical behaviour and they feel they are perceived as less sympathetic by their clients [32].

The workplace of nurses is characterized by physically and psychologically demanding tasks and biological hazards, like acquiring hand dermatitis due to continuous use of gloves [33, 34]. They are at a high risk of musculoskeletal pain that can be compounded by work-related psychosocial factors. They are facing several stressors like high demands/low control, effort-reward imbalance and low social support, which are associated with pain in the upper and lower extremities [35]. Back pain is the leading cause of limited physical performance at work, as well as for nurses’ absenteeism [36]. Occupational stress among nurses presents a considerable risk of sleep disorder [37]. Nurses report poor working environments that lead to job dissatisfaction and burnout [38].

Migrant and minority nurses additionally report discrimination and racism at work [39–41] in terms of a lack of employment opportunities [42], poor career progression [43] or poor learning environment [44, 45].

They experience racial discrimination in contact with patients and their families, but also with doctors, management and nursing colleagues [46]. Discrimination and racial harassment have a significant negative impact on job satisfaction [47]. This effect may diminish over time,

as in one study Filipino nurses feel more satisfied with their job due to prolonged acculturation in the US [48]. Discrimination at workplace is also associated with unhealthy behaviours such as smoking and negative job outcomes like self-reported and medically-certified sickness absence. Racial/ ethnic discrimination may lead to poor mental health, psychological distress as well as anxiety and depression as Okechukwu et al. (2014) explained [49].

In summary, it can be stated that there is a broad variety of evidence that focuses on migrant workers facing specific work-related health risks. Workplace retention is positively correlated with the health of nurses, so providing them with a healthy workplace increases the retention rate [50–52].

However, to date no systematic review that focuses on the health of migrant and minority nurses has been undertaken. The purpose of this review is to systematically identify and synthesize international publications to gain understanding of work-related health risks and their impact on migrant and minority nurses' health.

Materials and methods

The research question underlying the review was “What do we know about the health of migrant and minority nurses?”. The review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines [53].

Search strategy

The search strategy included a systematic search of electronic databases. Additionally, reference lists of included studies were manually searched for additional citations. To systematically identify terms that map the broad spectrum of the research question, the PICO criteria were adapted [54] and focused on the criteria population (‘migrant nurses’) and outcome (‘health’). Terms in the context of migrant nurses are used interchangeably and inconsistently across the healthcare literature and so a distinct terminology in relation to migrant nurses is missing. Therefore, the population criterion was first divided into the content categories ‘nurse’ and ‘migration and minority’ and the outcome ‘health’ into ‘health in general’ and ‘determinants of health’. These categories were then each equipped with corresponding search terms. The category ‘nurse’ was determined by terms like nurse, nurse aide or home nurse, while terms like multicultural, overseas qualified, minority or ethnic, foreign or migrant workforce formed the category ‘migration’. Within the category ‘health in general’ terms like health, mental health and disease were used. The category ‘determinants of health’ consists of more specific health-related terms that in turn were subdivided into physical (e.g. musculoskeletal pain, smoking, sleep) and psychosocial (e.g. resilience, stress, job satisfaction) determinants of health.

The search terms were identified via an analysis of the Medical Subject Headings (MeSH) and text words of key articles identified a priori. The search terms were then discussed among the authors of the review and then compiled into a search string for Medline. The search string was iteratively adjusted to the other search databases PsycINFO, CINAHL and Web of Science.

The electronic database searches were conducted between April and May 2016. To reach the whole scope of published literature within each of the databases, a date restriction was not set. Titles and abstracts published in German or English were included. Any primary or secondary research studies that are conducted in a qualitative or quantitative manner were included in the full-text screening. While books, as well as commentaries, policy statements or letters to the editor were excluded, doctoral theses were screened for eligibility. The references were managed with EndNote X7 to assure a lossless processing of the data reduction. The exhaustive search string can be found in [S1 Appendix](#).

Eligibility criteria and assessment

The selection process was divided into two phases that were subdivided into stages. The first phase was characterized by being as comprehensive as possible. Thus, following the broad and diverse research question, titles and abstracts were included once they focused on ‘migration’ and ‘nurses’ and ‘health’. The screening process of titles and abstracts was split, so that the main author and a further member of the research group each screened 250 randomly chosen articles and reached an interrater reliability of $\kappa = 0.9$. Differences were analysed between both raters. One quarter of the retrieved references were then screened by the second rater, while three quarters were screened by the main author. Regular meetings between both raters were held throughout the screening process to ensure a high level of consensus and to discuss any uncertainties [55].

Selection phase two (full-text screening) was subdivided into two stages. A set of specific eligibility criteria was developed and iteratively adapted for this selection phase [56]. The eligibility criteria set was divided into the categories design, population and content [57]. Within the first stage of full-text screening any empirical studies or reviews with a population size greater than 1, but no commentaries or policy statements or books or letters to the editor were considered under the category ‘design’. The category ‘population’ screened for migrant and minority nurses as professional caregivers. Family caregivers as well as home health aides were excluded. ‘Migrants’ were identified as those who themselves or whose parents exhibit a foreign birth-place or those who speak a foreign native tongue or have a foreign nationality or those who are referred to as ‘migrants’ or ‘immigrants’ or ‘foreign’ [58]. Minority nurses were identified as those who are referred to as ‘minority’ or ‘ethnic minority’ or ‘racial minority’. To meet the ‘content’ criterion, relevant studies had to examine the state of health (mental, psychosocial, and physical) or health-related factors that might influence the individual’s health positively or negatively (e.g. team support, high load of work, satisfaction). Migrant nurses had to be clearly identifiable within the article and descriptions of health had to be distinctly attributed to this group.

After having completed the full-text screening, the inclusion criteria were adapted, so that only articles were finally included in which the study authors on their own explicitly discussed or concluded whether the health of the nurses under study is affected. This adaptation has been made to assure that this review explicitly focus on the health of migrant and minority nurses. (Fig 1). The list with excluded articles and the reasons for exclusion can be found in S2 Appendix. Within the second selection phase both raters reached an interrater reliability of $\kappa = 0.96$ after an initial screening of 50 independently chosen articles. To ensure a high level of consensus in the full-text screening, both raters held regular meetings to discuss possible differences [55]. All full-text articles were screened by both raters independently.

Data extraction and quality assessment

The data extraction was performed by the main author and cross-checked by a further member of the research group. The methodological quality assessment of the included papers was independently performed and based on the Mixed Method Appraisal Tool (MMAT).

Both raters reached a good interrater reliability of $\kappa = 0.8$ for the assessment with the MMAT [59]. Regular meetings between both raters were held throughout the screening process to ensure a high level of consensus and to discuss any uncertainties [55].

Pluye et al. (2011) suggest scoring the risk of bias of quantitative, qualitative as well as mixed-methods studies with their MMAT tool [60].

Selection phase 1:

Language of title or abstract	English or German
Content	- Nurses, caregivers - Human migration - Health related context

Selection phase 2, stage 1:

Language of article	
	English or German
Design	
1.	Any primary or secondary research studies that are conducted in a qualitative or quantitative manner NOT commentaries or policy statements or letters to the editor or books
Population	
2.	Adult nurses as well as professional caregivers, home health aides, homecare workers, nursing students NOT unpaid or voluntary or freelance or familial or informal caregivers NOT home health aides or homecare workers who are employed to take care of someone's household
3.	Individuals with migration background due to foreign birthplace (first-generation migrant) as well as minorities OR one or both parents born abroad (Hispanics, African-Americans) solitary mention of ethnicity or race NOT sufficient OR foreign native tongue OR foreign nationality OR who are referred to as 'migrants' or immigrants within the article (e.g. 'migrant care worker') OR who are referred to as 'foreign' within the article (e.g. 'foreign domestic care worker' or 'foreign nurse') OR who are referred to as 'minority' or 'ethnic minority' or 'racial minority'
Content	
4.	Studies reporting the state of health (mental, psychosocial, physical) OR health related factors that influence the individual's health positively or negatively e.g. team support, high load of work, satisfaction e.g. diseases (infectious diseases or musculoskeletal diseases) OR health indicators
5.	Articles that focus on nurses' health in general will be included if they report migrant nurses (see 2 & 3 above) separately when describing the results.

Selection phase 2, stage 2:

Articles that have passed phase 2, stage 1, will be included in the final summary only if the study authors on their own explicitly discussed or concluded whether the health of the nurses under study is affected.

Fig 1. Overall inclusion and exclusion criteria for selection phases 1 and 2.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.g001>

Data analysis and description

Due to the broad and diverse research question the results of this review were synthesized in a narrative and descriptive manner [56]. Study characteristics were summarized descriptively. The qualitative study findings were collated by applying a thematic analysis, whereas the quantitative study results were synthesised descriptively.

Results

The review findings are presented in four ways. First the flow of the study selection is described. Then the study characteristics are illustrated. Thirdly the quality of these studies is highlighted and finally the studies are organized according to the themes that emerged from the thematic analysis.

Study selection

The databases search resulted in 11,599 citations. After having removed duplicates, 10,227 references were scanned according to title and abstract for inclusion. Of these, 299 met the eligibility criteria in the first selection phase. Ten articles could not be retrieved in full text despite elaborate efforts. In phase two 289 articles were read in full text and 90 met the inclusion criteria (Fig 2). 75 articles were excluded since the impact on nurses' health was not explicitly discussed or concluded by the study authors. Of the remaining 15 articles, two were literature reviews containing 39 articles in total; those were scanned for eligibility and 24 articles were excluded since they were identical to those, that have been removed in selection phase one. The two literature reviews were not included in the final synthesis. Of the remaining 15 articles deriving from the two reviews, only one study met the inclusion criteria. Thus, the final data set comprised 14 articles with one study deriving from the two reviews. [40, 41, 61–72].

Study characteristics

All articles were published in English between 1997 and 2013 and issued in journals, while one study was conducted in the context of a doctoral dissertation [64]. The majority of the studies were conducted in the US, but also in Canada, Denmark, England, Israel and Yemen. Six studies were carried out in hospitals, two in colleges; one was implemented across three sites (NHS trusts, participants' home and restaurant), two in nursing homes and finally one study was administered via email. The target group of the studies were various nursing and allied professions such as professional nurses, nurse's aides or nursing students. In most of the empirical studies the nurses were mainly female and their average age ranged from 21 to 51 years. The nurses under study migrated from Europe and other countries of origin like Africa, the Philippines, India, the former Soviet Union, Israel, or Mexico.

Out of 14 empirical studies eleven were cross sectional and two were longitudinal studies. Twelve of the studies employed quantitative and one qualitative methods, while two used a mixed-method design. Convenience and purposive sampling methods were most frequently applied to recruit the study participants, while Beechnior et Fitzpatrick (2008), Pittman et al. (2014) and Tak et al. (2010) recruited their study sample randomly [41, 71, 72].

Within the studies diverse health-related outcomes were examined. While six studies focussed on somatic outcomes [61–63, 65, 70, 71], eight articles addressed psychosocial outcomes [41, 64, 66–69, 72, 73]. Physiological responses of nurses to anxiety, anger and happiness [61–63] like elevated blood pressure were observed but also physical reactions like back pain [65]. Simpson and Severson (2000) and Tak et al. (2010) examined injury rates among nurses [70, 71]. As direct health-related psychosocial outcomes perceived stress at work, job

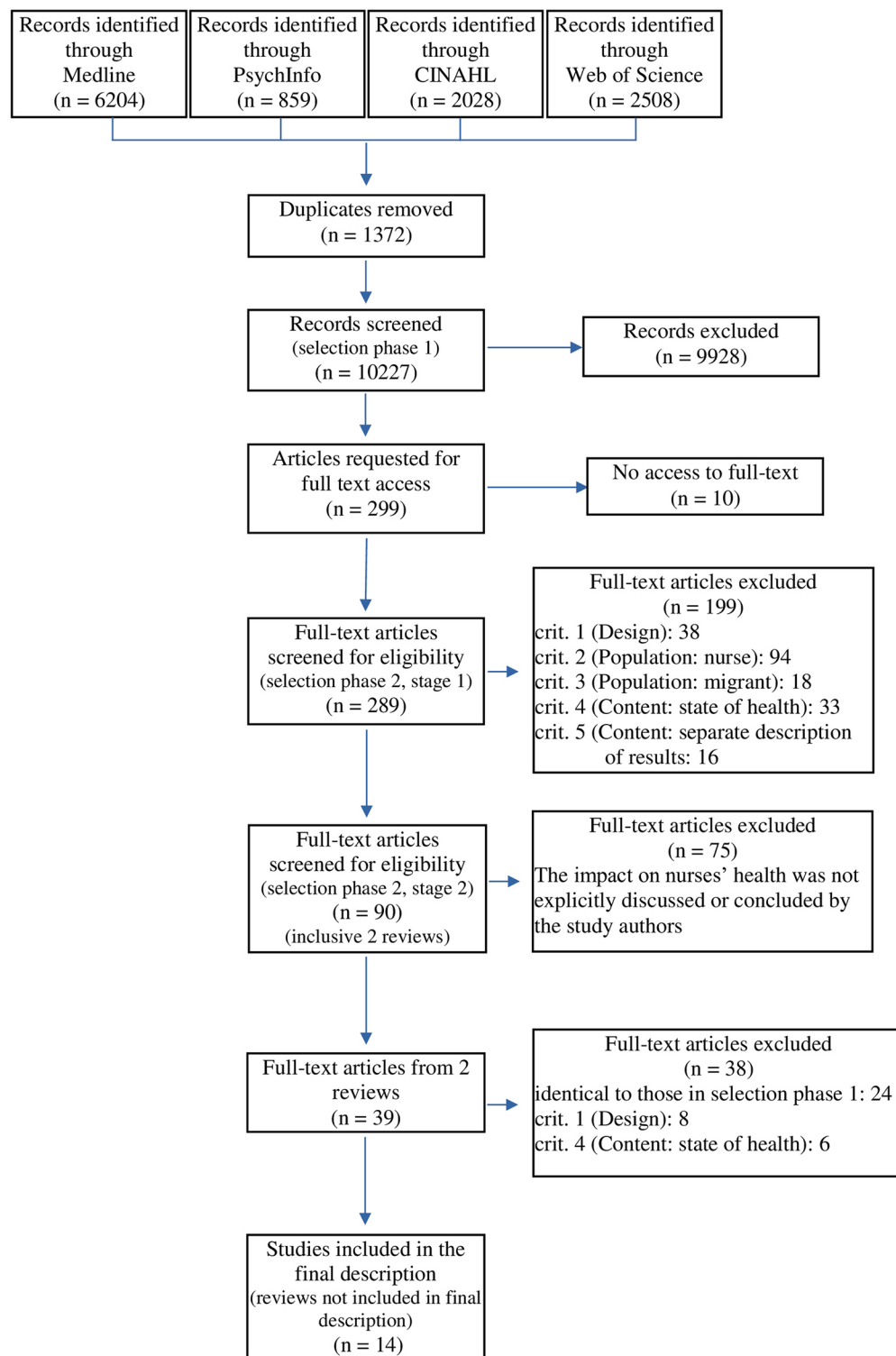


Fig 2. Flowchart of literature search. Source: Adapted from PRISMA flow diagram. crit. = criterion.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.g002>

strain and levels of depression [66, 68] and distress [72] were identified. The level of job satisfaction and autonomy [73] as an indirect health-related psychosocial outcome was assessed by Hayne et al. (2009). So did the studies of Hogh, Carneiro et al. (2011), Likupe and Archibong (2013) and Pittman, Davis et al. (2014) by focusing on experiences of discrimination, racism and bullying [41, 67, 69], while Diggs identified different coping styles of nursing students facing stress at work and university [64].

Diverse instruments were applied in the studies. Besides the job content questionnaire [66], the Nursing Work Index [73], the Occupation Stress Inventory [73], the Demands of immigration (D.I.) scale [72], the Ways of Coping Checklist [64], and the Beck Depression Inventory [61, 63, 67], self-developed questionnaires were used for data collection [41, 62, 65, 67, 69–71].

Characteristics of all articles are detailed in Tables 1–4. A more detailed overview of the characteristics (e.g. study objectives, participants' inclusion criteria, statistical and outcome measures, descriptive results) of all studies can be accessed in [S3 Appendix](#).

Quality assessment

The detailed methodological quality rating results of the empirical studies are displayed in Tables 5–8. Five studies met all criteria according to MMAT [65, 67, 69, 71, 72], three studies reached 3 out of 4 stars [41, 68, 70] and the remaining six met one or two criteria [61–64, 66, 73]. Among the quantitative descriptive studies, only Ghilan et al. (2013) and Tak et al. (2010) applied an adequate sampling strategy, provided a representative sample, used appropriate measurements and reached an acceptable response rate [65, 71]. The longitudinal study from Hogh et al. (2011) received robust rating results, since the study participants were recruited in a way that minimized selection bias and the measurements were appropriately designed [67]. Differences between groups and their possible impact on the results were considered and an acceptable response rate at follow-up was achieved. The one sole qualitative study by Likupe and Archibong (2013) reached a strong quality score. The study authors chose adequate sources of qualitative data as well as a corresponding data analysis strategy that matches the research objectives. The extent to which the study findings relate to the study context is precisely outlined, as is the authors' influence on the study findings [69].

The recruitment process in four studies [61–63, 66] was potentially affected by selection bias, since the study participants were chosen as a convenience sample. An acceptable response rate was not reached or not clearly identifiable in seven studies [41, 61–64, 66, 73]. Two studies [64, 73] did not precisely explain why they included or excluded eligible participants from the study sample and did not state comprehensibly any reasons for non-participation.

Diggs (2013) applied a mixed-method design in her doctoral thesis with heterogeneous methodological quality scores. The rating of the qualitative part yielded 'robust' results, while the quantitative section showed less robust results, since the sample was not representative and the response rate too low. However, the mixed-method approach turned out to be relevant in addressing the research questions and the author identified the limitations that arose from the integration of qualitative and quantitative study findings [64].

Summary of findings

The study findings were grouped into three themes: 1. acculturation and health, 2. health in the context of discrimination and bullying in the workplace, 3. health in the context of race and ethnic origin.

Acculturation and health. Adapting to a foreign country, foreign lifestyles, behaviours and language can lead to stressful experiences among migrant nurses and may affect their health as three studies revealed [61, 66, 73].

Table 1. Study characteristics of the included empirical studies: Cross-sectional quantitative.

reference	title	study setting		recruitment strategy	design and method instrument	strategy	total n	sample		professional status (n)	findings
		location	country					origin/race/ethnicity (n)	age		
[62]	Comparison of factors affecting daily variation of blood pressure in Filipino-American and Caucasian nurses in Hawaii	Hilo Medical Centre, Life Care Centre of Hilo	USA	on-site recruitment (workplace)	ABP monitor, mood scale	non-probability: convenience sample	60	Filipino-Americans (38) Caucasians (22)	33.8 ± 6.0 38.1 ± 6.8	professional nurses, nurse's aides	Filipino Americans had a slightly greater increase in systolic blood pressure at work relative to home than Caucasians. Filipino Americans reported more frequently negative moods at home as well as at work
[63]	Job strain and physiological stress responses in nurses and nurse's aides: predictors of daily blood pressure variability	Hilo Medical Centre, Life Care Centre of Hilo	USA	on-site recruitment (workplace)	job content questionnaire, ABP monitor, anthropometric measurements, urine sample	non-probability: convenience sample	59	Filipino-Americans (36) Euro-Americans (23)	33.7 ± 6.1 37.9 ± 6.6	professional nurses, nurse's aides	Euro-American reported more likely job strain than Filipino-Americans. Euro-American showed a significantly higher mean score on the psychological demand subscale of the JCQ ($p < 0.05$)
[61]	Physiological stress responses in Filipino-American immigrant nurses: the effects of residence time, life-style, and job strain	Hilo Medical Centre, Hilo Life Care Centre	USA	subsample of Brown, James, et al. 1998	anthropometric measurements, ABP monitor, urine sample, self-designed questionnaire, job content questionnaire (Karasek et al. 1998)	not reported since subgroup	31	Filipinos	35.0 ± 6.0 34.4 ± 5.2	nurse's aides (20) professional nurses (11)	Longer residence in the United States led to elevated norepinephrine levels among nurses from the Philippines in the work and home settings, higher diastolic blood pressure during sleep, and lower dips in blood pressure during sleep.
[65]	Low back pain among female nurses in Yemen	4 major hospitals in Sana'a City	Yemen	study hospitals' payroll lists used as a sampling frame	structured pre-coded questionnaire	random representative sample	687	Yemeni (332) Indian (346) others (9)	29.4 ± 6.6	professional nurses	Prevalence of low back pain was persistently higher among Yemeni nurses. The prevalence was significantly lower in Indian nurses compared to other nurses ($P < 0.001$). Although sharing the same working conditions, Indian nurses were less likely to report low back pain.

(Continued)

Table 1. (Continued)

reference	title	study setting		recruitment strategy	design and method instrument	strategy	sample			professional status (n)	findings
		location	country				total n	origin/race/ethnicity (n)	age		
[72]	Demands of immigration among nurses from Canada and the Philippines	State of Hawaii	USA	not reported	Demands of immigration (D.I.) scale (Aroian et al. 1998)	random sample	73	Canadians (C)	20–30: 25% (C); 0% (P)	Registered nurses	Canadian nurses reported significantly higher total distress due to the demands of immigration than did Filipino nurses working in the U.S.
									31–40: 13% (C); 21% (P)		
								Philippines (P)	41–50: 37% (C); 45% (P)		
									>50: 25% (C); 34% (P)		
[68]	Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers	4 nursing homes in Massachusetts	USA	not reported	job Content Questionnaire (Karasek et al. 1998)	non-probability: purposive sample	237	Non-Hispanic Black (127)	39.4 ± 10.4	registered nurses	Black certified nursing assistants reported more often job strain and low control. There is no difference between Black and White Registered nurses. Black workers earned less and worked more relative to White workers of the same occupation.
								[Caribbean (72), Black (51)]	42.6 ± 12.2		
								Non-Hispanic White (110)			
								[African (6)]			
[41]	Perceptions of employment-based discrimination among newly arrived foreign-educated nurses	questionnaires administered online	USA	email	self-developed questionnaire	random sample	502	Filipinos (182)	Not reported	registered nurses	Nurses, that migrated from low income countries and those recruited by staffing agencies were at higher risk to receive unjust treatment compared with their U.S. counterparts in terms of wages, orientation at workplace and discrimination.
								other low-income countries (161)			
								Canada (138)			
								other high-income countries (21)			
[70]	Risk of injury in African American hospital workers	metropolitan hospital	USA	N/A	Occupational Health Service (OHS) medical records	Complete survey	2247	African-American (1203, injured:111)	<30: 369;	Housekeeping aide, Nurse's aide, Radiology technologist, Staff nurse, Transportation aide, Unit clerk	African Americans were at higher risk of suffering work-related injuries than Whites.
									31–40: 664;		
									41–50: 699;		
								White (1044, injured:44)	51–60: 344;		
									>60: 171		

(Continued)

Table 1. (Continued)

reference	title	study setting		recruitment	design and method		strategy	sample			professional status (n)	findings
		location	country	strategy	instrument	total n		origin/race/ethnicity (n)	age			
[71]	Racial and ethnic disparities in work-related injuries and socio-economic resources among nursing assistants employed in US nursing homes	Nursing homes in United States of America	USA	representative sample	pilot tested self-developed questionnaire with input from National Institute for Occupational Safety and Health; Occupational Safety and Health Administration, and Centers for Medicare & Medicaid Services)	random sample	2880	Non-Hispanic White (1351, 46.9%)	18–24: 17.0%;	certified nursing assistants	Among all racial and ethnic groups, Non-Hispanic white Nursing Assistants were more likely to report work-related injuries. Non-Hispanic black NAs were more likely to have a low household income, no health insurance and no pay raises.	
								Non-Hispanic Black (1066, 37%)	25–34: 23.5%;			
								Hispanic (272, 9.4%)	35–44: 24.6%;			
								Other (191, 6.6%)	45–54: 22.6%;			
									>55: 12.2%			

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t001>

Table 2. Characteristics of the included empirical studies: Longitudinal quantitative.

reference	title	study setting		recruitment	design and method	sample				findings
		location	country	strategy	instrument	strategy	total n	origin/race/ethnicity (n)	age	professional status (n)
[66]	Stages of acculturation as reflected by depression reduction in immigrant nursing students	not reported	not reported	not reported	self-developed questionnaire	non-probability: convenience sample	75	Former Soviet Union	27 ± 8.1	registered nurses (26)
					Beck Depression Inventory			Israel	21 ± 3.5	nursing students (16)
[67]	Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study	healthcare colleges	Denmark	on-site recruitment (healthcare college)	self-developed questionnaire	Complete survey	T1: 5635	Danish (5040)	32.6	healthcare helper (HCH) students (elderly care)
							T2: 3109	Non-Western immigrants (457)	33.6	
								Western immigrants (138)	38.1	
								Danish (2831)	35.2	healthcare assistant (HCA) students (elderly and hospital care)
								Non-Western immigrants (73)	37.3	
								Western immigrants (205)	39.2	

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t002>

Table 3. Characteristics of the included empirical studies: Cross-sectional qualitative.

reference	title	study setting		recruitment	design and method	sample				findings	
		location	country	strategy	instrument	strategy	total n	origin/race/ethnicity (n)	age	professional status (n)	
[69]	Black African Nurses' Experiences of Equality, Racism, and Discrimination in the National Health Service	four NHS trusts in north-eastern England, participants' homes, restaurants	England	advertisements in various wards to invite nurses for participation	self-developed interview guide	non-probability: purposive sample	30	Malawi, Kenya, Ghana, Nigeria, South Africa, Zambia, Zimbabwe, Cameroon	35 (25 to 48 yrs)	nurses (30)	Black African nurses experienced racism, discrimination and lack of opportunity in their workplace. These experiences caused Black African nurses considerable distress and confusion that may affect their health, levels of confidence and their self-esteem

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t003>

Table 4. Characteristics of the included empirical studies: *Cross-sectional mixed methods*.

reference	title		study setting	recruitment	design and method	sample					findings
		location	country	strategy	instrument	strategy	total n	origin/ race/ ethnicity (n)	age	professional status (n)	
[64]	Coping and its relation to retention among male minority nursing students in an associate degree nursing programme in a South Texas community college: An explanatory sequential mixed methods inquiry	community college	USA	on-site recruitment (community college)	modified version of the Ways of Coping Checklist (WCC), (Folkman et al., 1986)	non-probability: purposive sample	39	Hispanic (Mexican) (28, 71.8%)	31	nursing students	Minority nursing students mostly employed planful problem-solving as a coping skill while escape-avoidance was the skill used the least. Challenges within the study progress motivated the students to finish their study program.
								Other Hispanic (1, 2.6%)			
								African-American (4, 10.3%)			
								Asian-American (6, 15.4%)			
					focus groups	non-probability: purposive sample (sampling of the quantitative cohort)	4	Hispanic (Mexican) (2)	not reported		
								Other Hispanic (1)			
								African-American (1)			
[73]	Filipino nurses in the United States: recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction	550-bed community hospital located in the United States	USA	participants were invited via the hospital e-mail system	self-developed interview guide	non-probability: purposive sample	3	Not reported	Not reported	Hospital President, Chief Nursing Officer, Staff Education Coordinator	Nurses felt supported to act in their patients' best interest and to make independent judgments. Practicing professional nursing and having a positive relationship with the medical staff also led to an overall positive job satisfaction.
					Nursing Work Index Revised Edition (Aiken & Patrician, 2000), Occupation Stress Inventory-Revised Edition (Osipow, 1998)						
					15						

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t004>

Brown and James (2000) described physiological reactions that are due to lifestyle changes. They showed that Filipina nurses with a longer time of residence in their destination country, compared to those with a shorter period, had elevated norepinephrine levels at work and at home as well as a higher diastolic blood pressure during sleep [61]. While a positive correlation between decision latitude and residence time was found among Filipina nurses, neither decision latitude nor psychological demand was significantly associated with blood pressure. Self-reports on how the Filipina nurses' current lifestyle complied with the Filipino as well as with

Table 5. Methodological quality of the included empirical studies (quantitative descriptive).

reference	Quantitative descriptive				Total Points	Score
	Sampling strategy relevant to objectives	Sample representativeness	Measurements appropriate	Acceptable response rate		
[41]	1	1	1	0	3/4	0.75 (***)
[65]	1	1	1	1	4/4	1.0 (****)
[68]	0	1	1	1	3/4	0.75 (***)
[71]	1	1	1	1	4/4	1.0 (****)

Score (MMAT):

*** (75%) = three out of four criteria met;

**** (100%) = all four criteria met

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t005>

Table 6. Methodological quality of the included empirical studies (quantitative non-randomized).

reference	Quantitative non-randomized				Total Points	Score
	Low-biased way of recruiting	Measurements appropriate	Consideration of differences between groups	Complete outcome data		
[67]	1	1	1	1	4/4	1.0 (****)
[66]	0	1	1	0	2/4	0.5 (**)
[62]	0	1	1	0	2/4	0.5 (**)
[61]	0	0	1	0	1/4	0.25 (*)
[63]	0	1	1	0	2/4	0.5 (**)
[70]	1	1	1	0	3/4	0.75 (***)
[72]	1	1	1	1	4/4	1.0 (****)

Score (MMAT):

* (25%) = one out of four criteria met;

** (50%) = two out of four criteria met;

*** (75%) = three out of four criteria met;

**** (100%) = all four criteria met

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t006>

the American lifestyle, yielded an overall higher mean score for the Filipino lifestyle. These reports were not significantly correlated with blood pressure, any measures of psychological demands, or catecholamine excretion rates [61].

Hener et al. (1997) showed that immigrant nurses and nursing students from the former Soviet Union experienced mild forms of depression during their first months in their host

Table 7. Methodological quality of the included empirical studies (qualitative).

Reference	Qualitative				Total Points	Score
	Sources of data relevant to objectives	Analysis process relevant to objectives	Consideration of findings relate to context	Consideration of findings relate to researchers' influence		
[69]	1	1	1	1	4/4	1.0 (****)

Score (MMAT):

**** (100%) = all four criteria met

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t007>

Table 8. Methodological quality of the included empirical studies (mixed methods).

Reference	Quantitative non-randomized				Qualitative				Mixed Methods			Total Points	Score
	Low-biased way of recruiting	Measurements appropriate	Consideration of differences between groups	Complete outcome data	Sources of data relevant to objectives	Analysis process relevant to objectives	Consideration of findings relate to context	Consideration of findings relate to researchers' influence	Mixed methods research design relevant to objectives	Integration of results relevant to objectives	Consideration of limitations associated with this integration		
[73]	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1/4	0.25 (*)
[64]	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2/4	0.5 (**)

Score (MMAT):

* (25%) = one out of four criteria met;

** (50%) = two out of four criteria met

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183.t008>

country [66]. After six month they reached normal level. Decreasing levels of depression were explained by growing social support provided by non-family members over time [66]. The lower the students rated the level of perceived social support and satisfaction initially, the higher the level of depression reduction six months later [66].

According to the study of Hayne et al. (2009), Filipino nurses reported feeling distressed due to confusion about their role and a high workload [73]. However, their reported levels of psychological, interpersonal and physical strains were within a normal range. All but one of the Filipino nurses reported doing exercises, having sufficient sleep and typical diets and only two nurses denied receiving excellent social support. Supporting measures within the recruitment and the orientation process helps newly arrived migrant nurses to acculturate in their unknown working and living environment. The authors also showed that migrant nurses who are entitled to practice professional nursing autonomously are satisfied with their job. A positive working environment is enhanced by a positive relationship to working colleagues [73].

Health in the context of discrimination and bullying in the workplace. Six studies outlined the relation of discrimination and bullying on the health of migrant nurses [41, 64, 67, 69].

Hogh et al. (2011) showed that immigrant students from Eastern Europe, Iran, Pakistan, Africa or Asia are at significantly higher risk of being bullied in colleges than their native counterparts in Denmark. These non-Western immigrants suffered bullying at their health-care college and in trainee periods to a much greater extent than natives and twice as often as immigrant students from Iceland, Norway, the 25 EU countries or North America. During their year at college, the risk of being bullied was twice as high for non-Western immigrants compared to native students. While Danish and Western immigrant students did not differ in having been bullied by managers/supervisors or co-workers at follow-up, Western and Non-Western immigrants were significantly more likely to be bullied by clients or residents [67].

Nurses who were recruited by a staffing agency for the US reported significantly lower wages than self-directed foreign nurses and those who received their education in high-income countries [41]. Foreign nurses who reported receiving insufficient orientation and workplace discrimination tended to be unsatisfied with their job. Nurses reported feeling insufficiently orientated concerning their patients' culture as well the clinical workplace. Foreign nurses who were recruited by a staffing agency experienced far higher levels of perceived discrimination than those recruited directly, whereas different recruitment models did not lead to significant variations in reported job satisfaction among all foreign nurses [41].

A detailed description of experiences of racism, discrimination and bullying can be found in Likupe and Archibong (2013). Black nurses from sub-Saharan Africa working in the United Kingdom report that their experience and knowledge is not taken into account or obviously ignored, not only by White colleagues but also by other overseas nurses, managers, patients and their relatives as well. In the context of discrimination, nurses stated that they were being passed over for promotion and were more likely to be disciplined for mistakes compared to their colleagues. Their requests for days off were often ignored by their supervisors. As a consequence nurses felt considerably distressed, with a possible negative effect on their health as concluded by Likupe and Archibong [69].

Smith Diggs (2013) explained, that male minority nursing students in the USA employ different skills to cope with stress [64]. While the most applied coping skill was 'planful problem-solving' (deliberate problem-focused efforts to alter the situation), 'escape-avoidance' (wishful thinking and behavioural efforts to escape or avoid the problem) was the coping skill used the least. The minority nursing students reported several physiological, psychological or sociological stressors during their course of studies. The health could be affected by those stressors, as Smith Diggs stated [64].

Health in the context of race and ethnic origin. Seven studies examined differences in health-related outcomes among nurses from diverse ethnic backgrounds.

In the study by Brown et al. (1998), Filipino-American nurses reported more frequently negative moods like anxiousness, anger and sadness than Caucasian nurses, who reported more often happiness. At work, both groups of nurses had higher blood pressures than at home. However, Filipino-American nurses' blood pressure was not elevated while doing household work at home. Caucasian nurses showed a higher increased variance in their diastolic blood pressure while reporting anxiety than did Filipino-American nurses [62]. This ethnic difference did not apply to reports of anger [62]. Compared to Filipino-American nurses, Euro-Americans were significantly more likely to report job strain and higher psychological demands, but showed comparable results for the decision latitude [63]. Nurses who reported having job strain did not show significantly higher values of physiological stress response such as blood pressure or catecholamine excretion rates. Filipino-American and Euro-American nurses also did not differ significantly in their physiological responses to stress in terms of catecholamine excretion, either at home or at work or asleep [63].

Native Yemeni nurses working in public hospitals in Yemen are more frequently affected by low back pain within a year than their migrant colleagues from India. Due to their back pain, they were absent from work for at least one day within one year. Having a higher income, being a non-smoker and having more than an average of five hours of sleep was shown to have a positive but not significant influence on incidence of back pain, while a BMI of more than 25 leads to a higher risk of low back pain within a seven-day time frame [65].

According to Hurtado et al. (2012), Black nurses were at higher risk of reporting job strain than White nurses. Among certified nursing assistants (CNA) the risk for Blacks was three times higher than for Whites. Among higher-skilled nurses, such as Registered or Licensed-Practical nurses (RN/LPN), Black and Whites did not differ from each other in reporting job strain. Black CNAs reported lower control in the context of job strain compared to Whites, while these differences were not detected among the higher-skilled nurses. Black Caribbean nurses reported higher scores than White-Americans, while there was no difference in reporting job strain between African and White-American RNs/LPNs [68].

Simpson and Severson (2000) found that African-American nurses were more likely to report a work-related injury than Whites did. Among the occupations in hospital with frequent risk of injuries, African-American and White nurse's aides did not differ in having suffered an injury. Among the group of risky occupations, more African-American staff nurses reported an injury compared to Whites. Among the injured nursing staff, there was no difference in the average number of hours worked [70].

Tak et al. (2010) showed that non-Hispanic White nursing assistants (NA) employed in United States nursing homes were more likely to report work-related injuries, while non-Hispanic Black nursing assistants rarely reported back injuries. Non-Hispanic White NAs also more often reported having been bitten by residents. Hispanic NAs had a lower level of education and more non-Hispanic Black NAs reported having a low household income compared to non-Hispanic Whites. Non-Hispanic white NAs were more likely to receive a pay rise than their colleagues from minority racial and ethnic groups [71].

Canadian nurses working in Hawaii experienced higher levels of distress than their colleagues from the Philippines as Beechinor and Fitzpatrick (2008) explained [72]. For Canadian nurses the distress was caused by demands of loss, novelty, and not feeling at home in the receiving country, whereas Philippine nurses reported higher distress due to language accommodation.

Taken together it was shown that the time of residence in the destination country is positively correlated with elevated blood pressure [61]. Findings also revealed that initial depression

in the first month after arrival may go into remission over time among migrant nurses [66]. Measures of mental and organizational support turned out to facilitate the process of acculturation for migrant nurses [73]. Migrant nurses, especially those of ethnic and racial minorities, encounter discrimination, racism and bullying at work on a daily basis [67]. This happens in the form of unequal career advancement options, unequal pay, insufficient orientation, overlooking of their skills by colleagues and supervisors [41, 69]. Among migrant nurses of different origins, there are differences in their physiological response to stress [62, 63]. Migrant nurses and native nurses also differ in reporting work-related injuries like back pain [65].

Discussion

This review provides a comprehensive and rigorous overview of the health of migrant and minority nurses in the international nursing literature to date.

There is a broad range of publications in the context of health of migrant and minority nurses, although only 14 articles focus precisely on the health of those nurses. After getting more familiarized with the body of literature it became apparent that a substantial number of articles do not explicitly discuss the relation between occupational health-related determinants like e.g. job satisfaction, discrimination or social support and health of migrant and minority nurses.

Not only recalling the postulated need for a growing supply of migrant healthcare workers to meet the growing demand for care and treatment—makes it apparent that scholarly interest in this occupational group is becoming established. But also this review supports the trend, that evidence in the context of migrant and minority nurses' health is emerging. The United States are the dominant employer of migrant and minority nurses and a majority of the research has been conducted there. New Zealand, Switzerland, Australia and Luxembourg also constitute a major market for migrant nurses within the OECD, but studies that have been conducted in these countries are scarce.

Most of the migrant nurses within the OECD originate from the Philippines and India. Besides these nurses, this review also identified studies that observed nurses from various other countries around the world like South America, the former Soviet Union, Yemen, and Israel.

In the context of acculturation and health it was discussed whether longer periods of residence in the host country lead to either an attenuated stress response or to increased levels in terms of elevated blood pressure or higher levels of depression [61, 66]. Lee et al. (2016) observed that a lower ten-year cardiovascular disease risk in Korean-Chinese migrant female workers compared to native Koreans was due to the healthy migrant effect. Korean-Chinese immigrant workers' health decreases to the same level as that of natives, due to being exposed to unhealthy lifestyles and working conditions [74]. Delavari et al. (2013) stated that the health migrant effect may diminish with increasing acculturation in high-income countries due to adapting to unhealthy eating habits of the host culture. [75]. Having said that, ongoing acculturation to the host culture can lead to health-related problems and thus, acculturation programs should also emphasise on retaining the positive parts of the traditional orientation and combine them with the positive aspects of the host culture [75].

Lee et al. (2016) endorsed the need for implementing health information and behaviours, particularly in the early migration phase to raise migrant workers' awareness and knowledge of cardiovascular disease prevention [74]. The positive effect of supporting measures in the early phase of migration on the well-being of migrant nurses was indicated by Hayne et al. (2009). They explained that supporting measures within the recruitment and orientation process helps newly arrived migrant nurses to acculturate in their unknown working and living environment [73].

The health of migrant nurses, especially those of ethnic and racial minorities, is also affected by experiences of discrimination and bullying at work, as this review identified. Paradies et al. (2015) proved that racism is significantly related to poorer health, and that this correlation is stronger in relation to poor mental health and weaker in relation to poor physical health [76]. Pung and Goh (2016) confirmed the patterns of discrimination towards migrant nurses and explained that discrimination can lead to impaired job performance and increased stress levels. Discrimination against migrant nurses affects staff morale and results in high turnover rates. Migrant nurses who experience discrimination and racism lack the confidence to report these incidences since they are frightened of isolation and retaliation [77]. Garner et al. (2015) explained that if the migrant nurses' residency status depends on their employment status, they may be less likely to report discrimination or criticize colleagues [78].

The need for transition programmes that include cultural training for migrant nurses, as well as for their host colleagues, has been confirmed in several studies. These programmes should promote cultural competency and thus prevent perceptions and experiences of discrimination and unfair practices [78–80]. However, the awareness for the need of cultural competent transition programmes still stands in the need of development [26, 81]. An effective cultural competence model should be based on four central components: professional level, individual level, systematic and organisational level [26]. Whether those programmes effectively allow migrant nurses and their host colleagues an adequate interacting at the workplace still remains unclear.

Nurses from poorer countries with lower compensation rates are encouraged to leave their home country to receive more attractive career opportunities and higher compensation [6, 17]. There is evidence that migrant nurses receive higher compensation in their host country [82], while this review revealed that migrant nurses face discrimination in terms of having not received a pay rise, even if they were entitled to it [71]. Being passed over for promotion or professional training [40] represents a further kind of reported discrimination.

Migrants and non-native ethnic groups experience poorer health outcomes like accidents or disabilities than natives [19]. Several studies show higher prevalence rates for psychiatric disorders among migrants compared to the majority population [25, 83, 84]. These findings are also present in this review. However, reported negative moods, work-related injuries or job strain differs across ethnicity: even though nurses have the same occupational background, share the same working conditions and do the same tasks, their reporting behaviour differs across ethnic and racial groups [62, 65, 70, 71]. Self-reporting bias can affect reported outcomes as Akresh (2008) and Stevens et al. (2003) [85, 86] discussed. They stated that people vary strongly in reporting moods or incidents. Social desirability as well as cultural influences can lead to the tendency to underreport incidents. This could explain the divergent reporting behaviour among migrant and native nurses in the context of occupational injuries and impairments. Differences in 'ethnocultural standards' [86] can also cause differences in self-reporting and thus explain why nurses from different countries of origin and with different racial and ethnic backgrounds experience their working conditions differently.

In terms of methodological quality of the studies, five studies met all four criteria and 3 studies passed 3 criteria according to MMAT. Six studies showed weaker values as four just met two criteria and the remaining two reached one criteria (Tables 5 to 8). Convenience sampling and a low response rate turned out to be the major challenges. The applied study instruments were mainly self-developed and not validated. Many psychological instruments were developed and standardized based on a primarily Caucasian population and thus they were inappropriate to be applied to minority groups [87, 88]. Six of the studies [61, 63, 64, 66, 68, 72, 73] that were included in the final summary employed four validated instruments in total

(Tables 1 to 4). Three instruments were successfully tested for cross-cultural validity, whereas the Beck Depression Inventory was tested among African-American and Caucasian students [88], the Job Content Questionnaire among Malay nurses [89], Iranian healthcare workers [90, 91] and hospital workers in Taiwan [92]. The same applies to the Nurses Work Index, which was validated for hospital nurses in South Korea [93] and Asian nurses working in the US [94]. However, it was unclear whether a culturally appropriate version of these three questionnaires was applied within the five studies in the final summary.

Strengths and limitations

Articles in languages other than English and German have not been obtained for abstract screening. Therefore some articles of interest published in other languages could be missing in this review. The abstract screening was performed by two persons, but one person screened three quarters of the titles. The data extraction was performed by the main author, but cross-checked by a further member of the research group.

This systematic review also has its distinct strengths, since a comprehensive literature search including recent and unpublished articles or theses has been performed. A date restriction for the database searches was not set. As a consequence, a broad extent of literature provided the basis for this review. The search terms covered a very broad topical range in the context of health, nurses and migration. Finally, a methodological quality assessment has been applied to support the findings of the study.

Conclusion

There are just 14 articles that explicitly focus on migrant and minority nurses' health in the international research literature. These studies agree that migrant and minority nurses are at a higher risk of work-related injuries and discrimination than native or majority ethnicity nurses. However, mixed results were obtained. The reported health of migrant nurses can improve over time or decrease. Different patterns of behaviour are possibly due to different 'ethnocultural standards'. The study results rather indicate that migrant and minority nurses and native nurses do not differ in reported health outcomes while sharing similar working conditions, except for experiences of discrimination or bullying. It is evident that racism is likely to be a health risk for the victim.

Further comparative studies with strong methodological quality and standardized outcome measures are needed to support and further establish the evidence found in existing studies. Longitudinal studies are required to determine the success of acculturation processes for newly arrived migrant nurses. Health-related self-reports of subjects such as migrant and minority nurses may lead to over- or underreporting of health outcomes. Even though cross-cultural versions of standard measurements are available, there is a further need to design more. Direct measures like medical screenings should also be employed more frequently to assess the health of migrant and minority nurses, since direct measures are less affected by reporting bias than self-reports on health. More research on migrant and minority nurses' health should also be conducted in European countries. There is also a need for further insight into the wellbeing of migrant nurses' originating from countries other than the Philippines.

Recruiting migrant healthcare workers is a key topic on the international political agenda [95, 96]. In order to successfully recruit and retain migrant nurses policymakers, organizations and those responsible at meso- and micro levels are requested to provide them a healthy workplace. This systematic review also revealed that discrimination is a major cause of impaired health for minority nurses. Thus, awareness of this danger should be raised.

Supporting information

S1 Appendix. Entire search strings for databases (Medline, PsycINFO, CINAHL and Web of Science).

(DOCX)

S2 Appendix. List of excluded full texts.

(XLSX)

S3 Appendix. Detailed study characteristics of included studies.

(XLSX)

S4 Appendix. PRISMA-Checklist.

(DOCX)

Author Contributions

Conceptualization: BS MM.

Formal analysis: BS.

Funding acquisition: BS MM HS AN.

Investigation: BS.

Supervision: MM.

Visualization: BS.

Writing – original draft: BS.

Writing – review & editing: BS AN OH HS MM.

References

1. International Labour Office. ILO—global estimates on migrant workers. Results and methodology. Special focus on migrant domestic workers. Geneva: ILO; 2015. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf.
2. Campbell J DG, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra AM, Leone C, Siyam A, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization 2013. 2013. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.
3. World Health Organization. Global Health Workforce Alliance. List of 57 countries facing Human Resources for Health crisis. Geneva: WHO; 2006. <http://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf>.
4. Organisation for Economic Cooperation and Development. International Migration Outlook 2009. SOPEMI 2009. Special Focus: Managing Labour Migration beyond the Crisis. Paris: OECD Publishing; 2009. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2009-en.
5. Organisation for Economic Cooperation and Development. International Migration Outlook 2015. Paris: OECD Publishing; 2015. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
6. Li H, Nie W, Li J. The benefits and caveats of international nurse migration. International Journal of Nursing Sciences. 2014; 1(3):314–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.07.006>.
7. Mallender J, Gutheil M, Heetman A, Griffiths D, Carlberg M, Marangozov R. Discrimination of Migrant Workers at the Workplace. 2014. European Parliament. Directorate-General for Internal Policies of the Union. <http://dx.doi.org/10.2861/63035>.
8. Satyen L, Toumbourou J, Mellor D, Secer I, Ghayour Minaie M. Migrant health in the workplace: a multi-country comparison. In Renzaho A, editor. Globalisation, migration and health: challenges and opportunities, Imperial College Press, London, Eng; 2016. pp.479–507.

9. Schenker M. A global perspective of migration and occupational health. *Am J Ind Med.* 2010; 53(4):329–37. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.20834> PMID: 20196095
10. Biering K, Lander F, Rasmussen K. Work injuries among migrant workers in Denmark. *Occup Environ Med.* 2016; 0: 1–8. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2016-103681>.
11. Dunlavy AC, Rostila M. Health Inequalities among Workers with a Foreign Background in Sweden: Do Working Conditions Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2013; 10(7):2871–87. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10072871> PMID: 23846669
12. Li J, Chang SS, Yip PSF, Li J, Jordan LP, Tang Y, et al. Mental wellbeing amongst younger and older migrant workers in comparison to their urban counterparts in Guangzhou city, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014; 14(1):1–10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1280>.
13. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *The Lancet.* 2015; 385(9967):540–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9).
14. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet.* 2015; 385(9967):549–62. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7).
15. Taylor R. Ageing, health and innovation. Policy reforms to facilitate healthy and active ageing in OECD countries. In: OECD, editor. *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities.* OECD Publishing; 2011. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>.
16. Simoons S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. *OECD Health Working Papers, No 19, OECD Publishing.* 2005. <http://dx.doi.org/10.1787/172102620474>.
17. Kline DS. Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship.* 2003; 35(2):107–11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00107.x>.
18. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health workforce migration (Edition 2015); 2016 [cited 2016 Oct 16]. Database:: OECD Health Statistics <http://dx.doi.org/10.1787/87fde0a0-en>.
19. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med.* 1995; 41(6):819–28. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00386-8](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)00386-8). PMID: 8571153
20. Assion H-J. Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten. In: Rössler W, editor. *Psychiatrische Rehabilitation.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2004. p. 489–99. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-18823-7_38.
21. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry.* 2005; 4(1):18–24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414713/>. PMID: 16633496
22. Renzaho AMN. Immigration and social exclusion: examining health inequalities of immigrants through acculturation lenses. In: Taket A, Crisp BR., Nevill A, Lamaro G, Graham M, Barter-Godfrey S, editor. *Theorising social exclusion.* Routledge, Abingdon, England, pp.117–126.
23. Renzaho AMN. Globalisation, migration and health: an introduction. In: Renzaho A, editor. *Globalisation, migration and health: challenges and opportunities.* Imperial College Press, London, Eng.; 2016. pp. 1–30.
24. Black JS, Mendenhall M. The U-Curve Adjustment Hypothesis Revisited: A Review and Theoretical Framework. *Journal of International Business Studies.* 1991; 22(2):225–47. <http://www.jstor.org/stable/155208>.
25. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Health and migration. *Psychosocial determinants. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2006; 49(9):873–83. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-006-0021-9> PMID: 16953359
26. Olaussen SJ, Renzaho AM. Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: a systematic review. *Australian journal of primary health.* 2016; 22(2):100–12. <https://doi.org/10.1071/PY14114> PMID: 26752498
27. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sonderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care.* 2013; 25(3): 261–9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006>
28. Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health affairs (Project Hope).* 2002; 21(1):140–54. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.1.140>.
29. Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human Resources for Health.* 2016; 14:57. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-016-0153-4> PMID: 27662831

30. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 2009; 374(9702):1714–21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0).
31. Aalto A-M, Heponiemi T, Keskimäki I, Kuusio H, Hietapakka L, Lämsä R, et al. Employment, psychosocial work environment and well-being among migrant and native physicians in Finnish health care. *The European Journal of Public Health*. 2014; 24(3):445–51. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku021> PMID: [24648502](#)
32. Niño A, Kissil K, Davey MP. Strategies Used by Foreign-Born Family Therapists to Connect Across Cultural Differences: A Thematic Analysis. *J Marital Fam Ther*. 2016; 42(1):123–38. <http://dx.doi.org/10.1111/jmft.12115> PMID: [25683384](#)
33. Horrigan JM, Lightfoot NE, Larivière MAS, Jacklin K. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life. *Workplace Health Saf*. 2013; 61(4):173–81; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23557346> PMID: [23557346](#)
34. Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLdCC. Work-related illness in nursing: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):495–504. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200031>. PMID: [22576557](#)
35. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(2):635–48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003> PMID: [25480459](#)
36. Janssens H, Clays E, De Clercq B, De Bacquer D, Braeckman L. The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of occupational health*. 2013; 55(3):132–41. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.12-0164-OA>. PMID: [23485571](#)
37. Han Y, Yuan Y, Zhang L, Fu Y. Sleep disorder status of nurses in general hospitals and its influencing factors. *Psychiatria Danubina*. 2016; 28(2):176–83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27287793>. PMID: [27287793](#)
38. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health affairs (Project Hope)*. 2011; 30(2):202–10. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>.
39. Allan HT, Cowie H, Smith P. Overseas nurses' experiences of discrimination: a case of racist bullying? *Journal of nursing management*. 2009; 17(7):898–906. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00983.x> PMID: [19793247](#)
40. Likupe G. Experiences of African nurses and the perception of their managers in the NHS. *Journal of nursing management*. 2015; 23(2):231–41. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12119> PMID: [23919645](#)
41. Pittman P, Davis C, Shaffer F, Herrera CN, Bennett C. Perceptions of employment-based discrimination among newly arrived foreign-educated nurses. *The American journal of nursing*. 2014; 114(1):26–35. <https://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000441792.93279.29> PMID: [24335593](#)
42. Shutes I, Walsh K. Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour in long-term care. *Social politics*. 2012; 19(1):78–104. <http://dx.doi.org/10.1093/sp/jxr025>. PMID: [22611574](#)
43. Henry L. Institutionalized disadvantage: older Ghanaian nurses' and midwives' reflections on career progression and stagnation in the NHS. *Journal of clinical nursing*. 2007; 16(12):2196–203. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02094.x> PMID: [18036109](#)
44. Wang CW, Singh C, Bird B, Ives G. The learning experiences of Taiwanese nursing students studying in Australia. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 2008; 19(2):140–50. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659607312968>.
45. Xu Y, Gutierrez A, Kim SH. Adaptation and transformation through (un)learning: lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *ANS Advances in nursing science*. 2008; 31(2):E33–47. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ANS.0000319570.99254.e5> PMID: [18497580](#)
46. Neiterman E, Bourgeault IL. The shield of professional status: Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination. *Health (London, England: 1997)*. 2015; 19(6):615–34. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459314567788>.
47. Shields MA, Price SW. Racial harassment, job satisfaction and intentions to quit: Evidence from the British nursing profession. *Economica*. 2002; 69(274):295–326. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0335.00284>.
48. Ea EE, Griffin MQ, L'Eplattenier N, Fitzpatrick JJ. Job satisfaction and acculturation among Filipino registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40(1):46–51. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00205.x> PMID: [18302591](#)
49. Okechukwu CA, Souza K, Davis KD, de Castro AB. Discrimination, Harassment, Abuse and Bullying in the Workplace: Contribution of Workplace Injustice to Occupational Health Disparities. *Am J Ind Med*. 2014; 57(5):573–86. <https://doi.org/10.1002/ajim.22221> PMID: [23813664](#)

50. Brooks Carthon JM, Nguyen TH, Chittams J, Park E, Guevara J. Measuring success: results from a national survey of recruitment and retention initiatives in the nursing workforce. *Nursing outlook*. 2014; 62(4):259–67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2014.04.006> PMID: 24880900
51. Cohen J, Stuenkel D, Nguyen Q. Providing a healthy work environment for nurses: the influence on retention. *Journal of Nursing Care Quality*. 2009; 24(4):308–15 8p. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181a4699a> PMID: 19381111
52. DeLapp T, Hautman MA, Anderson MS. Recruitment and retention of Alaska natives into nursing (RRANN). *The Journal of nursing education*. 2008; 47(7):293–7. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20080701-06> PMID: 18630714
53. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*. 2009; 6(7):e1000097. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> PMID: 19621072
54. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
55. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*. 2010; 5:69. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-69> PMID: 20854677
56. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19–32. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
57. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009; 339. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2700>.
58. Castles S. International Migration at the Beginning of the Twenty-First Century: Global Trends and Issues. *International Social Science Journal*. 2000; 52(165):269–81. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2451.00258>.
59. Pace R, Pluye P, Bartlett G, Macaulay A, Salsberg J, Jagosh J, et al., editors. Reliability of a tool for concomitantly appraising the methodological quality of qualitative, quantitative and mixed methods research: a pilot study. 38th Annual Meeting of the North American Primary Care Research Group (NAPCRG); 2010. Seattle, USA. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/f/Pace-Pluye-et-al-final-poster-2010-10-29.pdf>.
60. Pluye P, Robert E, Cargo M, Bartlett G, O'Cathain A, Griffiths F et al. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. 2011. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.
61. Brown DE, James GD. Physiological stress responses in Filipino-American immigrant nurses: the effects of residence time, life-style, and job strain. *Psychosomatic medicine*. 2000; 62(3):394–400. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845353> PMID: 10845353
62. Brown DE, James GD, Nordloh L. Comparison of factors affecting daily variation of blood pressure in Filipino-American and Caucasian nurses in Hawaii. *American journal of physical anthropology*. 1998; 106(3):373–83. [https://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8644\(199807\)106:3%3C373::AID-AJPA9%3E3.0.CO;2-N](https://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1096-8644(199807)106:3%3C373::AID-AJPA9%3E3.0.CO;2-N) PMID: 9696152
63. Brown DE, James GD, Nordloh L, Jones AA. Job strain and physiological stress responses in nurses and nurse's aides: predictors of daily blood pressure variability. *Blood pressure monitoring*. 2003; 8(6):237–42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14688553> PMID: 14688553
64. Diggs GS. Coping and its relation to retention among male minority nursing students in an associate degree nursing program in a South Texas community college: An explanatory sequential mixed methods inquiry. Doctoral dissertation, Texas A&M University—Corpus Christi; 2013. https://tamucc-ir.tdl.org/tamucc-ir/bitstream/handle/1969.6/520/247004.pdf_235945_09094788-76EF-11E3-8FB1-8B342E1BA5B1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
65. Ghilan K, Al-Taiar A, Yousfi NA, Zubaidi RA, Awadh I, Al-Obayed Z. Low back pain among female nurses in Yemen. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2013; 26(4):605–14. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-013-0124-0> PMID: 24052152
66. Hener T, Weller A, Shor R. Stages of acculturation as reflected by depression reduction in immigrant nursing students. *The International journal of social psychiatry*. 1997; 43(4):247–56. <http://dx.doi.org/10.1177/002076409704300402> PMID: 9483452
67. Hogh A, Carneiro IG, Giver H, Rugulies R. Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scandinavian journal of psychology*. 2011; 52(1):49–56. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00840.x> PMID: 21054415
68. Hurtado DA, Sabbath EL, Ertel KA, Buxton OM, Berkman LF. Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International nursing review*. 2012; 59(2):237–44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00948.x> PMID: 22591096

69. Likupe G, Archibong U. Black African Nurses' Experiences of Equality, Racism, and Discrimination in the National Health Service. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*. 2013; 3(S1): 227–46. <http://dx.doi.org/10.1002/jpoc.21071>.
70. Simpson CL, Severson RK. Risk of injury in African American hospital workers. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2000; 42(10):1035–40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11039167>
71. Tak S, Alterman T, Baron S, Calvert GM. Racial and ethnic disparities in work-related injuries and socio-economic resources among nursing assistants employed in US nursing homes. *American journal of industrial medicine*. 2010; 53(10):951–9. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.20852> PMID: 20860052
72. Beechinor LA, Fitzpatrick JJ. Demands of immigration among nurses from Canada and the Philippines. *International journal of nursing practice*. 2008; 14(2):178–87. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00680.x> PMID: 18315831
73. Hayne AN, Gerhardt C, Davis J. Filipino nurses in the United States: recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 2009; 20(3):313–22. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659609334927>.
74. Lee H, Cho S, Kim YK, Kim JH. Is There Disparity in Cardiovascular Health Between Migrant Workers and Native Workers? *Workplace Health Saf*. 2016; 64(8):350–8. <http://dx.doi.org/10.1177/2165079916633222> PMID: 27143145
75. Delavari M, Sonderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries—a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13:458. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-458> PMID: 23663279
76. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015; 10(9):e0138511. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0138511> PMID: 26398658
77. Pung LX, Goh YS. Challenges faced by international nurses when migrating: an integrative literature review. *Int Nurs Rev*. 2016. <https://dx.doi.org/10.1111/inr.12306>.
78. Garner SL, Conroy SF, Bader SG. Nurse migration from India: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(12):1879–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.003>.
79. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today*. 2015; 35(2):333–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.021> PMID: 25466790
80. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J Transcult Nurs*. 2015; 26(3):308–21. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659614524790> PMID: 24817206
81. Renzaho A. Re-visioning cultural competence in community health services in Victoria. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*. 2008; 32(2):223–35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18447808>.
82. de Vries DH, Steinmetz S, Tjidsen KG. Does migration 'pay off' for foreign-born migrant health workers? An exploratory analysis using the global WageIndicator dataset. *Human Resources for Health*. 2016; 14(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-016-0136-5>.
83. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2007; 33(2):96–104. <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1112>.
84. Dunlavy AC, Garcy AM, Rostila M. Educational mismatch and health status among foreign-born workers in Sweden. *Soc Sci Med*. 2016; 154:36–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.018> PMID: 26943012
85. Akresh IR. Overweight and obesity among foreign-born and U.S.-born Hispanics. *Biodemography Soc Biol*. 2008; 54(2):183–99. <http://dx.doi.org/10.1080/19485565.2008.9989141> PMID: 19350754
86. Stevens GWJM, Pels T, Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WAM, Crijnen AAM. Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38(10): 576–85. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-003-0677-5> PMID: 14569425
87. Fujishiro K, Gong F, Baron S, Jacobson CJ, DeLaney S, Flynn M, et al. Translating questionnaire items for a multi-lingual worker population: the iterative process of translation and cognitive interviews with English-, Spanish-, and Chinese-speaking workers. *Am J Ind Med*. 2010; 53(2):194–203. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.20733> PMID: 19650081

88. Sashidharan T, Pawlow LA, Pettibone JC. An examination of racial bias in the Beck Depression Inventory-II. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2012; 18(2):203–9. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027689> PMID: [22506823](#)
89. Amin NA, Quek KF, Oxley JA, Noah RM, Nordin R. Validity and Reliability of Malay Version of the Job Content Questionnaire among Public Hospital Female Nurses in Malaysia. *Int J Occup Environ Med*. 2015; 6(4):232–42. PMID: [26498051](#)
90. Choobineh A, Ghaem H, Ahmadian P. Validity and reliability of the Persian (Farsi) version of the Job Content Questionnaire: a study among hospital nurses. *East Mediterr Health J*. 2011; 17(4):335–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22259893> PMID: [22259893](#)
91. Tabatabaee Jabali SM, Ghaffari M, Pournik O, Ghalichi L, Tehrani Yazdi AR, Motevalian SA. Reliability and validity of Persian version of job content questionnaire in health care workers in Iran. *Int J Occup Environ Med*. 2013; 4(2):96–101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23567535> PMID: [23567535](#)
92. Chien T-W, Lai W-P, Wang H-Y, Hsu S-Y, Castillo RV, Guo H-R, et al. Applying the revised Chinese Job Content Questionnaire to assess psychosocial work conditions among Taiwan's hospital workers. *BMC public health*. 2011; 11:478. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-478> PMID: [21682912](#)
93. Kim C-W, Lee S-Y, Kang J-H, Park B-H, Park S-C, Park H-K, et al. Application of revised nursing work index to hospital nurses of South Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2013; 7(3):128–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.07.003>
94. Liou S-R, Cheng C-Y. Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nurs Res*. 2009; 58(3):218–25. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181a308cd> PMID: [19448526](#)
95. Amani S, Dal Poz R. Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. Geneva: WHO Document Production Services; 2014. http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf?ua=1
96. World Health Organization—WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly—WHA63. 16. Geneva: WHO; 2010. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1

5 Publikation 2

Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Mösko M. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Applied Nursing Research*; 46: 57-66.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008>



Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study



Benjamin Schilgen (B.A. Nursing, M.Sc. Health Sciences, RN)^{a,*},
Oriana Handtke (M.Sc. Psychology)^a, Albert Nienhaus (MD, MPH)^{b,c}, Mike Mösko (PhD)^a

^a Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Germany

^b Competence Centre for Epidemiology and Health Service Research in Nursing, Institute for Health Service Research in Dermatology and Nursing, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Bethanien-Höfe Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Germany

^c Department of Occupational Health Research, German Social Accident Insurance Institution for the Health and Welfare Services, Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:

Occupational health
Qualitative research
Foreign professional personnel
Comparative study
Home health nursing

ABSTRACT

Background: There is substantial research about the occupational health of nurses worldwide. However, empirical evidence about the psychosocial health of migrant and minority nurses in outpatient settings in Germany in comparison to that of autochthonous nurses is lacking.

Objectives: This study aims to identify work-related stressors, resources and the corresponding coping strategies of migrant and minority nurses in comparison to autochthonous nurses.

Design: 24 migrant and 24 autochthonous nurses employed in the German homecare sector were interviewed in qualitative explorative manner while a distinction was made between non-commercial and private-commercial services.

Settings: The interviews took place in the nursing services' premises or in the nurses' private homes.

Participants: Services were randomly chosen among all homecare providers in the second largest German federal city-state Hamburg. Nurses were invited for an interview, once their management agreed to participate in the study. Registered nurses and nursing assistants as well as those with a foreign certificate but validated or in process were eligible to participate.

Methods: Relevant literature findings formed the base for the semi-structured interview guide. Key areas in the interview guide were barriers, resources and coping strategies in the collaboration with colleagues, superiors and clients as well as in the collaboration within a linguistically and culturally diverse team and clients. The conventional approach to qualitative content analysis by Hsieh and Shannon guided the analysis.

Results: Regardless of their origin or culture, nurses perceive time pressure, lifting patients, lack of appreciation or the client's personal fate as burdening. In the intercultural context, the divergent understanding of behavioral patterns as well as of nursing care and a non-functioning communication impede the collaboration within a diverse nursing workforce. Migrant and minority nurses suffer prejudices, verbal and sexual harassment proceeding from their clients. However they keep it to themselves and don't broach it to their supervisors or colleagues. The interaction with humans, the verbal exchange with colleagues and supervisors at eye level as well as the sensemaking of being a nurse helps nurses to cope with occupational stressors.

Conclusions: Differences in language is a main stressor which impedes a functioning team collaboration as well as a positive nurse-client relationship. Migrant and autochthonous nurses share similar coping strategies to master occupational burdens. A good collaboration within the team and having an appreciative supervisor are resources that support migrant and minority nurses as well as autochthonous nurses to face the stressors and to cope with those. Migrant nurses of different origin perceive their status as migrants as a sense of community by sharing commonalities.

Contribution of the paper: What is already known about the topic?

- The growing demand for care due to the demographic change leads to an increasing trend to hire healthcare personnel such as nurses from abroad.
- The nurses' workplace is characterized by physically and psychologically demanding tasks leading to musculoskeletal pain and job dissatisfaction.

* Corresponding author.

E-mail addresses: b.schilgen@uke.de (B. Schilgen), o.handtke@uke.de (O. Handtke), a.nienhaus@uke.de (A. Nienhaus), mmoesko@uke.de (M. Mösko).

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008>

Received 17 December 2018; Received in revised form 7 February 2019; Accepted 10 February 2019

0897-1897/ © 2019 The Authors. Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

- Migrant healthcare workers experience additional stressors like discrimination practices as well acculturative stress.
What this paper adds:
- Migrant and Autochthonous nurses share similar coping strategies to master occupational burdens
- Differences in language is a main stressor, which impedes a functioning team collaboration as well as a working nurse-client relationship. More autochthonous than migrant and minority nurses report these differences as stressful.
- Migrant nurses of different origin perceive their status as migrants as a sense of community by sharing the same destiny – this appears as an important resource for migrant and minority nurses.

1. Introduction

The concomitant increase of the elderly population and the decline in the birthrate are challenges to the global demography (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017; Lutz, Sanderson, & Scherbov, 2008; Mathers, Stevens, Boerma, White, & Tobias, 2015). The global life expectancy at birth rose by 6.2 years from 65.3 in 1990 to 71.5 years in 2013 (Murray et al., 2015), while the population in Europe aged by 12.5 years since 1960 and now amounts to 82 years in average (OECD, 2017b).

The healthcare workforce is not only aging but also declining and so healthcare services are additionally confronted with a declining workforce supply (OECD, 2017a; Simoens, Villeneuve, & Hurst, 2005). Several strategies like large-scale nursing training campaigns (Janiszewski Goodin, 2003), monetary incentives to increase retention rates (Buykx, Humphreys, Wakeman, & Pashen, 2010), the academisation of the nursing profession (Fealy & McNamara, 2007; Heitlinger, 1999) or even the implementation of socially assistive robots (Bemelmans, Gelderblom, Jonker, & de Witte, 2012) are discussed and already partly applied to face the challenge of a long-standing rise in demand for care.

Beside these strategies, healthcare workers from abroad are increasingly hired (Li, Nie, & Li, 2014). The number of migrant nurses and doctors has grown by 60% within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) since 2004 (ILO, 2015). New Zealand, Switzerland, Australia and Luxembourg register the highest proportion of foreign-born nurses within the OECD with more than 30%. In the United States and in Germany 14% of nurses are not native. Among the OECD European countries, Germany and the United Kingdom account for the largest number of emigrating nurses. (ILO, 2015; OECD, 2016). With reference to foreign-born nurses within the OECD, the Philippines and India accounted for the highest shares (ILO, 2015; OECD, 2016).

Working as nurse comes along with various occupational strains in general. Next to physical strains like acquiring hand dermatitis by using gloves, experiencing musculoskeletal pain by lifting and moving patients or sleep disorder due to shift work, there are several specific psychosocial strains like impaired mental health by facing low social support or effort-reward imbalance (Bernal et al., 2015; Ribeiro, Martins, Marziale, & Robazzi, 2012). Homecare nurses are additionally challenged by musculoskeletal stressors like moving and handling household objects to gain access to the patient in his homely environment (Szeto, Wong, Law, & Lee, 2013). They also experience verbal and sexual abuse and violence, problems with workload planning due to time pressure and so feel rushed (Hignett, Edmunds Otter, & Keen, 2016; Hittle, Agbonifo, Suarez, Davis, & Ballard, 2016) with negative effects on their psychosocial health.

While there is a substantial body of research evidence about the psychosocial health of nurses in general, the present knowledge about the health of migrant and minority nurses is scarce as a recent systematic review shows (Schilgen, Nienhaus, Handtke, Schulz, & Mösko, 2017). Just 14 empirical studies explicitly focused on migrant and minority nurses' health in the international research literature. Those studies were mainly conducted in the United States, who are the

dominant employer of migrant and minority nurses, while the body of research in countries like New Zealand, Switzerland, Australia and Luxembourg as other major markets for migrant nurses within the OECD is limited. There is evidence that Canadian nurses feel distress due to demands of loss, novelty, and not feeling at home in the receiving country, whereas Philippine nurses reported higher distress due to language accommodation (Beechinor & Fitzpatrick, 2008). Migrant nurses, especially those of ethnic and racial minorities, encounter discrimination, racism and bullying at work on a daily basis (Hogh, Carneiro, Giver, & Rugulies, 2011). This happens in the form of unequal career advancement options, unequal pay, insufficient orientation, overlooking of their skills by colleagues and supervisors (Likupe & Archibong, 2013; Pittman, Davis, Shaffer, Herrera, & Bennett, 2014). Studies showed that the level of acculturation has an influence on the individual's social behavior – e.g. the lower the level is, the higher is the risk for stress in a relationship or conflicts with family members and work colleagues or friends (Renzaho, 2009). Nonetheless, findings also revealed that an initial depression in the first month after arrival goes into remission over time among migrant nurses (Hener, Weller, & Shor, 1997). Measures of mental and organizational support turned out to facilitate the process of acculturation for migrant nurses (Hayne, Gerhardt, & Davis, 2009).

In light of limited empirical evidence on the working situation of migrant and minority homecare nurses, this qualitative study's purpose is to explore their psychosocial strains and stressors, resources and coping strategies.

2. Methods

The research questions underlying the qualitative study were

1. “Which psychosocial stressors do migrant and autochthonous homecare nurses experience at work?”
2. “Which resources and coping strategies do they employ to face psychosocial stressors?”
3. “In what way do migrant and autochthonous homecare nurses differ in their experiences in general and in the intercultural context?”

2.1. Study design

Qualitative research allows to collect data in a natural setting that is sensitive to the people under study (Creswell, 2007). The interpretation and explanation of behavior in the context of interacting individuals of different cultural backgrounds is prone to cultural bias (Aneas & Sandín, 2009), so migrant nurses as well as native nurses were interviewed in equal shares. The scientific theoretical basis of this study is formed by the phenomenological research approach, which describes the significance of the lived experiences by the individual. The phenomenological approach focuses on the description of what the participants under study recognize together in experiencing a phenomenon (Creswell, 2007).

The qualitative study was conducted in accordance with the “Consolidated criteria for reporting qualitative research” (COREQ) guidelines (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

2.2. Selection and recruitment of participants

The research was undertaken in the federal state of Hamburg. The homecare system in Hamburg is organized either by non-commercial or private-commercial providers (Statistisches-Bundesamt, 2017b). Assuming that the intent to realize a profit within the private commercial services may have an effect on nurses reporting of stressors (Slotala, 2011), such as time pressure (Hielscher, Nock, Kirchen-Peters, & Blass, 2013) led to a subdivision of participants in two strata. Nursing care providers who additionally focus their services on migrant and minority clients may differ from those services that care for clients regardless of their origin (Campinha-Bacote, 2002). This led to a further stratification of the sample: The above-mentioned two strata were subdivided into those focusing on the care for migrant clients and those who not. Finally, two nursing services per stratum were randomly chosen. The choice for a random stratified sample originated on the one hand from the cross-cultural context of the study (Buil, de Chernatony, & Martínez, 2012; Robinson, 2014). On the other hand, it was the study team's aim to have a heterogeneous sample of nurses from different cultural backgrounds and to compare both without predetermining potential “typical” cultural traits to any of them. Firstly, the service's management was contacted. A brief glimpse was given into the study and to get to know whether migrant as well as natives are employed. Studies about data saturation in qualitative research recommend six to twelve interviews per stratum (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). Thus, per service six migrant and six natives nurses were recruited for an interview (Fig. 1).

Eligible to participate were (i) registered nurses and nursing assistants with German certificate or whose certificates are in a validation process, since they received their training and certificate abroad; (ii) who were born in Germany or born abroad and migrated to Germany; (iii) had been practising in homecare for at least one year; (iv) being employed on a full-time or part-time basis for at least one year in homecare or for six month in the case of having had changed the employer within the last year (this was needed to ensure a certain familiarity with the recent employer) and (v) who were at least 18 years old.

Not being able to speak German was not an exclusion criteria, since the intention of the study was to include every nurse in the recruiting process regardless of her or his command of language following the principle ‘language is no barrier’ (Lee, Sulaiman-Hill, & Thompson, 2014; Squires, 2009). In those cases, a professional interpreter would have assisted the interviews.

Table 1

Set of interview questions.

Work in general
• Please describe a typical working day!
• What do you like about your work as a nurse?
• What is stressful about your work as a nurse?
• How do you cope with it?
Collaboration with colleagues
• How do you interact with your colleagues?
• What do you like about working with your colleagues?
• What is stressful about working with your colleagues?
• What helps to deal better with the burdens you have just reported?
Collaboration with direct supervisor
• How do you interact with your supervisor?
• What do you like about working with your supervisor?
• What do you experience as stressful about working with your supervisor?
• How do you cope with the burdens you have just reported?
Contact with clients
• How do you experience being in contact with your clients?
• What do you like when you are in contact with your clients?
• What, from your point of view, is stressful in contact with your clients?
• How do you cope with the burdens you have just reported?
Intercultural context – colleagues and supervisors
• Do you also work with colleagues or supervisors who come from other countries or have a different cultural background than yourself?
If so,
• what do you like?
• what do you experience as stressful?
• how do you cope with the burdens?
Intercultural context – clients
• If you ever think about your clients who come from other countries or have a different cultural background than yourself, how do you experience the contact to these people?
• What do you like?
• What do you experience as stressful?
• How do you cope with the burdens?

The study team agreed on a top-down recruitment approach to arrange each of the 48 interviews. In case of a positive feedback of the management board, each service's nursing manager was contacted and invited for participation in this study.

Out of 404 eligible nursing providers in Hamburg, 62 were stepwise randomly contacted. Of those, fifteen agreed to participate and assured to ask their nurses whether those want to be interviewed. The services' nursing managers received information material mainly via email. In order to increase credibility, the study was presented during the

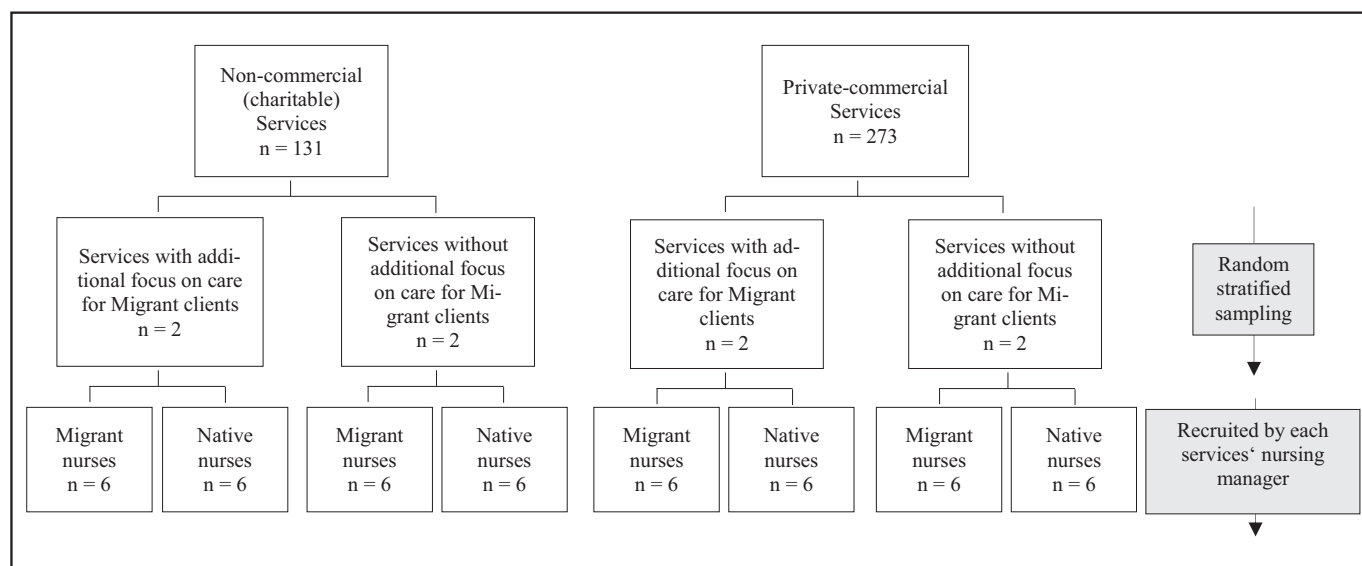


Fig. 1. Recruiting process.

employers' meeting in the premises of the services. A positive feedback was finally given by ten providers who provided 60 possible interviews with their nurses. The final study sample was formed by 48 nurses from eight providers.

2.3. Data collection

A semi-structured interview guide (Table 1) was developed based on relevant literature findings about work-related strains and stressors. The team of authors first discussed the draft of the guide and adapted it correspondingly. The modified version was then sent to five experts in the field of migration and health and respectively adapted. Finally, the interview guide was pilot tested among four nurses, slightly modified and considered appropriate for application.

Key areas in the interview guide were strains/stressors, resources and coping strategies in the collaboration/contact with colleagues, superiors and clients. In this context, the collaboration within a linguistically and culturally diverse team and with clients was also examined. Each nurse was asked whether she or he works with colleagues or has direct supervisors or cares for clients who each come from other countries or have a different cultural background than themselves.

All but one participant agreed that the interview would be digitally recorded, so one interview was recorded by paper and pencil. The interviewer's thoughts and reflections on all interviews were registered as field notes during as well as after each interview.

The main author conducted all interviews between February and July 2017; those lasted between 35 and 60 min and were taken after or before the nurses' work shift. The interviews took place in the offices of the nursing services or in the nurses' private homes while total privacy was assured.

2.4. Data analysis

For the purpose of this study, data were analysed by the conventional approach to qualitative content analysis described by Hsieh and Shannon (Hsieh & Shannon, 2005). The audiotapes were transcribed verbatim. The main author developed an initial coding framework.

In the context of quality assurance, two further members of the research group independently derived categories and its corresponding definitions and prototypical text passages from four randomly chosen transcripts. Their findings were then mapped with the initial coding framework. Differences as well as congruencies were discussed. The final category system was presented and reflected in a workshop within the research group. Afterwards, the suggestions were applied to the entire data set. Therefore, the category system was revised within the process of analysis. MAXQDA version 10 was utilised to manage the coding process (VERBI-Software, 2017).

2.5. Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the ethics commission of the Hamburg medical council (application "Antrag PV5440") prior to data collection phase. At the beginning of each interview, written consent was obtained and each participant was reminded that a withdrawal at any time of the interview is possible without any negative consequences for her or him. Each participant received an allowance in terms of a 15 Euro cash pay-out subsequent to the interview.

3. Results

The study findings are presented as follows: first, the sample characteristics are described. Then the category system that emerged from the qualitative content analysis is illustrated. The categories are highlighted including verbatim quotes from the interviews. Each quote has a corresponding identifier number for respondents, with captions of "I" for interview and "M" for migrant nurse or "A" for autochthonous

Table 2
Characteristics of the study sample.

	Migrant nurse (n = 24)	Autochthonous nurse (n = 24)
Gender		
Female	21 (87.5%)	20 (83.3%)
Male	3 (12.5%)	4 (16.7%)
Age (yrs)		
Mean (SD)	42.92 (11.98)	45.17 (9.78)
Range	23–68	30–62
Country of birth		
Afghanistan, Ghana	4 (each 2) (16.6% (8.3%))	
Africa, Bosnia, Brazil, Colombia, Croatia, Ecuador, Finland, Indonesia, Latvia, Russia, Uganda, Yugoslavia	12 (each 1) (50%) (4.2%)	
Iran	3 (12.5%)	
Turkey	5 (20.8%)	
Germany		24 (100%)
Occupational background		
Registered General Nurse	4 (16.7%)	12 (50%)
Nursing assistant	3 (12.5%)	2 (8.3%)
Geriatric nurse	8 (33.3%)	8 (33.3%)
Geriatric nursing auxiliary	9 (37.5%)	2 (8.3%)
Highest level of education		
Certificate of secondary education	6 (25%)	3 (12.5%)
General certificate of education ordinary level	10 (41.7%)	11 (45.8%)
Vocational diploma	0	3 (12.5%)
General certificate of education advanced level	4 (16.7%)	5 (20.8%)
University degree	4 (16.7%)	2 (8.3%)
Length of time working as nurse in general (yrs)		
Mean (SD)	12.04 (11.11)	19.65 (9.27)
Range	1–45	5–35
Length of time working at current employer (yrs)		
Mean (SD)	6.34 (7.20)	8.71 (8.66)
Range	0.5–26	0.5–30

nurse.

3.1. Sample characteristics

The sample consisted of 48 nurses. According to the initial criteria, half of them were born abroad. Migrant nurses are those study participants who were born abroad - in other words - not in Germany. Autochthonous nurses are those participants in the study, who were born in Germany and whose parents were both born in Germany. The typical gender distribution in favor for female nurses (Eurostat, 2017) proves true in this study as in both cohorts (migrants nurses & autochthonous nurses) less than 20% of the nurses are male (Table 2). Native nurses in this sample are older on average.

The migrant nurses' sample represents 16 countries on four continents and more likely employed as geriatric nurse or geriatric nursing auxiliary than their native counterparts are. The participants in this study are: 1. Registered general nurses (Gesundheits- und KrankenpflegerIn) who mainly work in hospitals, at specialist medical practices but also in the home care sector. They assist in medical examinations and treatment and document patient data. Registered general nurses have to complete a three-year vocational training. 2. Geriatric nurses (AltenpflegerIn) mainly work in geriatric and geropsychiatric settings and provide nursing care for the elderly. They also have to successfully pass a three-year vocational training. 3. Nursing Assistants (Gesundheits- und Pflegeassistent/in) completed a two-year vocational training and assist registered general nurses and geriatric

nurses in terms body care (washing the patients'/clients' body) or food intake. 4. Geriatric Nursing Auxiliaries (AltenpflegehelferIn) underwent a one-year training and support nurses in their daily care of the elderly. As the training last from one to three years, there are salary differentials between the different levels of profession (Bundesagentur-für-Arbeit, 2019). Native nurses in this study have worked on average more than seven years longer in the nursing sector than their migrant colleagues and two years longer with their current employer.

3.2. Category system

The three leading subjects of the study were “barriers”, “resources” and “coping strategies”. These three subjects were then embedded in four contexts, namely “work in general”, “colleagues”, “direct supervisor” and “clients”. Within the contexts colleagues and clients, a further subdivision into “intercultural” and “general” allowed the distinct description of cultural influences on the work of the nurses under study. Thus, one subject and its specific context formed a cluster (Hsieh & Shannon, 2005). The following grid illustrates the entire category system for the migrant and the autochthonous stratum respectively that was finally derived from the interviews (Table 3).

3.2.1. Work in general

Working as a nurse in the host country is connected with the expectation of better working and living conditions. However, migrant nurses explain that they feel a sense of competitiveness among their colleagues in a way that ‘other’ migrant nurses are competing for the

same job.

Caring for clients at their home is associated with physical strains. Migrant nurses reported that they struggle to handle those clients whose furnishing at home does not comply with the requirements of professional care: “And you also have some heavy bedridden patients and customers. You have such coercive positions. It's all physically stressful.” (I33-M). Among migrant nurses, the topic ‘Handling of heavy clients’ turned out to be very prominent. 15 out of 24 nurses voiced out that they feel burdened from transferring a heavy client from e.g. the wheelchair to the toilet.

Nurses often work under very physical and psychological stressful conditions. An autochthonous nurse explained that she feels stressed by being unable to distance herself from work. She stated her thoughts about her demanding job are ever-present and so she could not unwind.

Time pressure was perceived as a leading structural stressor with negative effects on nurse's physical and mental health as it was expressed in both strata. “What's very stressful for me is that I'm under time pressure. It's terrible that it has to be so accurate to the minute. And that's psychological stress for me, too.” (I33-M).

Approached on the subject ‘resources’ nurses told that they receive vouchers for fitness studios, massages or even special gymnastic exercises taking place in their nursing station. Other nurses added utilizing technical aids if present at client's household.

Being in contact with own friends and pursuing one's hobby supported nurses to cope with daily stressors. “If something is bothering me at work now, I'm not going straight to my supervisor. First of all, I talk to my mother or my family about it.” (I3-M).

Table 3
category system for the qualitative content analysis.

			Migrant nurses	Autochthonous nurses
1.	Work in general	barriers	<i>Personal:</i> Competitiveness	<i>Personal:</i> Non-distancing oneself from others and work
			<i>Structural:</i> Time pressure Handling heavy clients Lack of/absence of resources	<i>Structural:</i> Time pressure Mobilization of clients Lack of/absence of resources
		resources		<i>Professional:</i> Technical aids, Offers from employer (e. g. training courses)
		coping strategy		<i>Personal/Private:</i> Social contacts Freelance activities Endowment of the profession Human interaction
2.	Collaboration with colleagues	barriers	Intercultural	Divergent understanding of behavioral patterns Differences in language
			In general	Divergent understanding of nursing care Prioritizing one's own well-being
		resources	Intercultural	Addressing a problem directly to colleagues No ethnicization or culturalization
		coping strategy	In general	Mutual support as language/cultural interpreter Supporting mutually Experiencing friendliness/respect Working on one's own Lack of appreciation Unequal treatment Seeking clarifying discussions Appreciation of the individual by superiors
3.	Collaboration with direct supervisor	barriers		Willingness to talk Meeting at eye level
		resources		Malfunctioning verbal communication Claims/expectations of clients
		coping strategy		Client's personal fate Client's personal fate
				Exchanging with colleagues
4.	Contact with clients	barriers	Intercultural	Exchanging with colleagues
			In general	Conversing with clients Perceiving gratitude/appreciation Keeping one's distance
		resources		
		coping strategy		

The sensemaking of the profession ‘nurse’, the human interaction, helping elderly dependent people who in turn are shining with gratitude were vented a number of times as coping strategies “*because nursing it's something meaningful, the gratitude that comes back.*” (I32-A).

3.2.2. Collaboration with colleagues

A divergent understanding of behavioral patterns challenges the collaboration of migrant nurses and autochthonous nurses. In this intercultural context, an autochthonous registered general nurse expressed about her migrant colleague: “*it is this mentality; she arrives at work 45 minutes late. That is their laxly mentality. Of course, some of them come from another cultural background, where it's all handled a bit more laxly.*” (I17-A). German colleagues are perceived as strict in their way of working as this migrant registered general nurse noted: “*Foreigners are more flexible. I feel that the Germans are a bit strict but on the other hand, they are trying to do the job properly, so correct.*” (I24-M).

A leading stressor that hindered the collaboration of colleagues from different origins were differences in language. Experiencing communication difficulties with their migrant colleagues is burdensome as this negatively affects their way of working: “*filling out forms and explaining to them why, where, what has to be filled out is very difficult, because it goes back to almost baby language. It takes a lot of time.*” (I35-A). Beyond, a migrant nursing assistant expressed: “*The hard time was my language, because I could not speak German so well and my colleagues sometimes did not understand me.*” (I18-M).

Prioritizing one's own well-being affected the collaboration within a team as these nurses were missing common effort from their colleagues to balance unexpected events: “*Yeah, but I find that disrespectful if someone just does what he or she wants. Don't think what others want.*” (I18-M). Another registered general nurse complained: “*If it's always the same people who pick up the slack. Those who always say: ‘No, I can't.’ Everyone can be in that situation - but not always.*” (I7-A). Another registered general nurse said: “*Sick leave is an issue here; they are always the same four or five calling sick, but secondly there are always - and I count myself among them - the same four or five who, strangely enough, are almost never ill and have to absorb what the sick colleagues cause.*” (I10-A).

Nurses reported that they feel stressed by colleagues who talk about each other instead of one with other. This migrant registered general nurse reported: “*there were colleagues backbiting me. And I don't like that. You should rather say it directly to me, but don't blaspheme over others. I expect them not to hide anything from me. I want us to work together.*” (I40-M).

Even though homecare nursing is regulated by quality standards, the understanding of what is client oriented nursing care of high quality differs among nurses. This autochthonous nursing assistant pointed out that quality in nursing care means more than “*sated and tidy*” and she missed the lacking “*German efficiency*” (I36-A) among her migrant colleagues. This migrant nursing assistant was missing an understanding of holistic care and explained that care also has an emotional element: “*You can't prepare breakfast or lunch and leave the kitchen dirty afterwards, since the client is no longer able to clean the kitchen. There are colleagues who are just, what's it called, sloppy. They leave everything there or not really pay attention to cleanliness. But I've learned that we are not equal and you can't change your colleagues.*” (I18-M).

The direct verbal exchange with colleagues as the leading resource among the nurses under study enables them to cope with and possibly resolve barriers and strains. This migrant geriatric nurse expressed: “*If I have had difficult situations at work, I try to converse with my colleagues here.*” (I33-M). Her migrant colleague explained: “*Afterwards you also sit together and put the situation, the mistakes from both sides on the table and find a solution.*” (I34-M).

Migrant and autochthonous nurses commented positive on a diverse workforce: “*Well, I mean, we all see ourselves as normal, as human beings. And we don't say ‘Oh, look, they're from Turkey or they're from Poland’. I think we are steering more and more towards becoming multicultural.*” (I15-A). “*Turkey or Russia, Poland, Hungary. I work with all of them. To me,*

everyone is the same, the most important thing is [that they are] people.” (I40-M).

Autochthonous registered general nurses reported that they appreciate the support of their migrant colleagues as language or cultural interpreter: “*I have my apprentice with me and she translates everything wonderfully. Sometimes she also has a different feeling, because she is just a little bit closer to the culture. She can give me information that I might not have right now.*” (I6-A).

Four-fifths of all nurses in both strata explicitly appreciated the mutual support among their colleagues. They support each other by either picking up the slack for someone who calls in sick or switching shifts due to private reasons. Mutual respect and friendliness were also frequently mentioned factors having positive influence on nurses' collaboration: “*I especially like the way we deal with each other. I find the respect for each other very very important, because there are a lot of different people who work together and of course a lot of characters.*” (I8-A).

Migrant nurses felt in various situations at work more comfortable with other migrant nurses, since they are sharing commonalities: “*Somehow I feel better with these people, they're so close to me. For example, people from Poland - we have a lot of similarities with them.*” (I24-M, migrant registered general nurse). “*I experience the cooperation with foreigners better. I feel better because we are sharing the same destiny. With Germans, well, I don't feel bad, of course. But somehow, we are foreigners together.*” (I30-M, migrant nursing assistant).

Working on one's own and not pursuing further the solution of a problem with a colleague helped this autochthonous geriatric nurse: “*actually one cannot change the world and cannot change people and then I say I prefer to do it alone instead of facing these conflicts. Firstly, I am more time-saving and secondly, the many years of work experience show me that the individual person does not want to change, or the structures cannot be changed.*” (I10-A).

3.2.3. Collaboration with direct supervisor

Nurses felt burdened by supervisors who demand complete commitment from their employees, but do not value their effort: “*Sometimes, I would wish she had that look that she has on herself on us, too. The praise here is very, very sparse.*” (I12-A).

Migrant nurses reported to be treated unequal in terms of wishing for off days or holidays as this migrant nursing assistant explained: “*I find that burdensome sometimes. I have no children. I always have to go on holiday earlier, although I would also like to go in midsummer.*” (I31-M). She wondered, whether the higher qualification of her colleagues, namely registered general nurses is prejudicial to her.

In case of misunderstandings or problems with her supervisors, this migrant registered general nurse explained: “*I try to find a conversation with the supervisors asking whether I made a mistake, or how could it get better? So it's important to me that I can get rid of that.*” (I33-M). Appreciative supervisors are perceived as those who support and motivate nurses to show commitment in challenging times of high demand or important structural changes. “*Well, I think it's good that they give me all the opportunities to further my education.*” (I41-M). “*She has an ear for everything. So it's nice when I come to the office at noon after a longer tour and someone is sitting there listening to you and smiling or sometimes takes you in his arms.*” (I6-A).

Voicing out your own opinion is a coping strategy among migrant nurses to enable a functioning collaboration with their supervisor. This migrant registered general nurse explains: “*Of course it is necessary to maintain distance; but here [Germany] it is not the same as in [home country], where as a subordinate you are not allowed to say anything. Here you are asked for your opinion.*” (I47-M). This migrant registered general nurse confirmed: “*we always meet at eye level here. It is not that we always get orders from above, but that we work together.*” (I33-M). Autochthonous nurses appreciated having a supervisor who is ready and willing for talks but who also volunteers addressing issues: “*you get answers to your questions and he [the supervisor] is always solution-focused, will never tell you ‘do it alone or google it.’*” (I14-A). This registered general nurse was

glad: “He [the supervisor] is really great. A great, a fair boss. Even if it's something unpleasant. He is here and goes off to the side with the people and does it all discreetly.” (I17-A).

3.2.4. Contact with clients

Participants from the German cohort reported that they feel burdened by a malfunctioning verbal communication with those clients, with whom they cannot communicate in their first language: “it's really stressful that in this case, you can't make yourself understood because you don't share the same language.” (I15-A). “I find that incriminating when you don't know what they want.” (I44-A). Another registered general nurse confirmed that forming a relationship to a client is difficult: “you just don't have that kind of bond, because you can't really converse with them properly about something.” (I6-A).

The intercultural exchange with clients was affected by the clients' expectations or claims of how to be cared for in the health care system and that hinder the nurse's work: “When I go to a client who's praying, he expects me to wait. Sit, stay calm, even though I'm under time pressure because my other clients are waiting. And this is mentally a burden for body and soul. We work with completely different models, with completely different behaviors.” (I45-M). Another registered general nurse felt that her ideas and those of her migrant clients about how nursing in Germany works, strongly differ: “They think that, just because they pay five Euro prescription fee which is indeed very, very much for them, they have a right to tell us when to come and how long to stay there.” (I27-A).

A migrant geriatric nurse reported that she experienced clients who feel uncomfortable to be taken care by a foreign nurse: “there are also people who have problems with foreigners and show that.” (I11-M). This migrant female registered general nurse reported an articulate form of racial discrimination: “When I was with a client, she was always so scared of me. And I asked her why. She replied ‘because you're black’.” (I28-M). This male migrant geriatric nurse experienced ethnical discrimination: “Some clients don't like foreigners. And that's something you have to respect when they don't want you to come in, while other colleagues are allowed to come in. You know what I mean?” (I21-M). A Muslim registered general nurse reported that her German client did not allow her enter the flat as long as she was still wearing her scarf (I49-M).

The very close relationship with clients can be very stressful by experiencing her or his living circumstances in detail. This nurse particularized: “He has no pants, no clean laundry, no bed linen. Sometimes I feel like I have to take my salary to him. It burdens you because you see this every day.” (I11-M). Another registered general nurse stated: “They are seriously ill people. If you take this closer to yourself, it's very stressful.” (I48-A).

Three out of 21 female nurses in the migrant cohort experienced forms of sexual harassment from male clients. A migrant nursing assistant remembered: “I don't like that. When a man tries to touch me. And too many men do, but not all.” (I18-M). A migrant registered general nurse reported: “Men, older men. They think, a woman is meant to be touched and not only for care. And that's disgusting. And to some people I don't like to go and I try to ignore what they want. Some people think, foreigners are like this.” (I24-M). A further migrant nursing assistant explained that she has never talked to someone about her experiences of having been a victim of sexual harassment.

Nurses report that they converse with their colleagues about problems or issues that burden them. This exchange of views helps them to reflect the situation and to find a way to solve it or to accept the situation as it is: “I discuss this with my colleagues, or I can also talk about it with my supervisor. Then I reflect about it again.” (I47-M). Another participant perceived the verbal exchange with her colleague as a resource to cope with client-related burdening situations: “I will talk to my colleagues about it. Well, I'm actually a person who addresses it directly.” (I43-A). In contrast, this migrant registered general nurse discusses issues directly with the client: “But I try to solve the problem myself instead of coming to the office and complaining or taking the problem home with me. I'll take my time and talk to the client and ask ‘What's wrong with you? What

can I do?’. I don't leave my client's home being nasty and slamming the door.” (I28-M).

The personal exchange with clients and colleagues helps nurses to cope with burdening client-related situations: “And I still like the conversations with the people, talking about what kind of life they had or what kind of person they are.” (I12-A).

Feeling appreciated or receiving signs of gratitude motivate nurses to persevere in challenging times: “There are nice moments or people who are just happy when you arrive. If you haven't been there for a while and they welcome you, saying ‘Aaah, it's nice to have you back’. That balances the stress, else I probably wouldn't have persevered for 25 years in nursing.” (I17-A). These nurses experienced forms of gratitude from their clients: “Well, there are very special clients where I really like to go because they are very warmhearted, very cordial. That's what I think is the price of care that you get something back.” (I14-A).

Keeping one's distance from clients, with whom the relationship is affected, helped nurses to master those challenging situations. A kind of professional distance was reported by this nurse: “And if I don't like someone, I'll keep a distance. Just ignore it. That's what I learned. But I'm still going there and do my job. And afterwards I leave the place.” (I18-M). This migrant registered general nurse coped by keeping a local distance: “I then go to my supervisors and ask if I might be allowed to work somewhere else for a few days. So that I will be relieved a little bit psychologically.” (I47-M).

Taken together nurses share similar barriers at work regardless of their ethnic or cultural background. However, more Migrant nurses indicated that they feel physically burdened by handling heavy patients. Time pressure is a further prominent stressor that is causing mental and physical stress among nurses. Communication problems due to language barriers turned out to be a leading stressor for the autochthonous nurses in collaboration with their migrant colleagues. The teamwork within a diverse workforce is also affected by different work-related mentalities. On the one hand, migrant nurses perceive their autochthonous colleagues as sometimes strict, while their autochthonous colleagues on the other hand report that they feel burdened by migrant nurses with a laxly mentality. Migrant and German nurses feel stressed by colleagues who exclusively focus on their own well-being instead of the whole team. A supervisor who treats her or his employees unfairly or does not appreciate their effort causes burden in nurses. This study also showed that communication barriers impede a functioning relationship with clients leading to a stressful feeling of not being able to reach the client. The very close relationship with clients on the other hand makes nurses also feeling burdened by their client's personal fate.

Foreign nurses reported forms of discrimination proceeding from clients. The close nurse client relationship in the homecare setting involves the danger of being sexually harassed as this was reported in the migrant cohort.

For autochthonous as well as migrant nurses the endowment of the profession as a nurse, the mutual support among colleagues, the direct verbal exchange with the supervisor at eye level and the perception of gratitude/appreciation are coping strategies that helps them to successfully master barriers occurring at their workplace.

4. Discussion

This study provides a comparative insight into work-related stressors, resources and coping strategies of migrant and autochthonous nurses. By interviewing migrant and minority nurses as well as autochthonous nurses, a detailed insight into factors that influence the togetherness of human beings of different origins and culture was possible.

Typical work-related stressors of nurses like lifting heavy patients, time pressure or prioritizing one's own well-being are perceived burdening regardless of the nurses' origin or cultural background. Different patterns exist in the way how nurses perceive stressors which seems to

be related to their cultural background and/or their origin. This study confirms that human beings who are interacting with others of diverse background tend to mutually attribute 'typical' traits (Czopp, Kay, & Cheryan, 2015; Drenniak, Krones, & Wild, 2017; Elbarazi et al., 2017; FitzGerald & Hurst, 2017; Hammond, Marshall-Lucette, Davies, Ross, & Harris, 2017; Hollup, 2014; Ito & Tomelleri, 2017; Ndobo, Faure, Boisselier, & Giannaki, 2017; Spencer, Logel, & Davies, 2016). Migrant and native nurses in this study agreed on time pressure as a leading stressor. Their corresponding explanations diametrically oppose. Migrant nurses attribute the obligation to arrive on time at one's client's household to the 'German punctuality' and the explicit obligation to follow rules and guidelines e.g. in terms of completing forms to the 'German strict way of working'. Both is perceived as burdensome, since complying with these obligations takes time, next causes time pressure that is in turn causing stress. Migrant nurses in this study report adequate nursing care requires being flexible in talking and communicating with clients rather than complying with obligations like doing paperwork. On the contrary, German nurses feel burdened by the migrants 'laxly mentality' in the context of time management causing time pressure. FitzGerald and Hurst (2017) distinguish between implicit prejudices and implicit stereotypes, since the latter ones can cause damages even when they are not negative per se (FitzGerald & Hurst, 2017). The 'German punctuality' and the 'German strict way of working' are examples for implicit prejudices that can also be a positive stereotype (Czopp et al., 2015), since migrant nurses consider that as an important trademark for qualitative care in the host country.

Differences in language are perceived as a barrier affecting nurses' mutual collaboration as O'Daniel and Rosenstein explain (O'Daniel & Rosenstein, 2008). They add that a cultural and ethnic diverse workforce challenges intraprofessional communication and collaboration, since ways of communication and behavior differ across culture and ethnicity (O'Daniel & Rosenstein, 2008). A strategy to cope with these barriers is working alone, since the person who is perceived to cause the barrier or the setting might be unfluctuating. An enormous amount of time to the detriment of one's clients being necessary justifies the decision to not further clarify unclear situations or issues. It remains in doubt, whether eschewing burdening barriers benefits the health of a nurse. Especially, when the nurse justifies this decision with the obligation for the well-being of the client. Changing the perspective towards clients, language barriers can also put the client's safety at risk as van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot, and Wagner (2016) explained and named medication errors, erroneous pain or fluid balance management as possible risks. Flores (2005) reviewed the impact of interpreter services on the quality of healthcare. She highlights that hospital patients with a low English proficiency report better health outcomes and "greater levels of comfort" when treated by bilingual practitioners or in the presence of professional interpreters than by ad hoc interpreters (Flores, 2005).

Similarly, Macdonald et al. (2013) argued that language barriers in a team can lead to misunderstandings and misperceptions of each other's views of health and healing to the disfavor of the patients and clients (Macdonald et al., 2013). Communication skills are a leading competence that nurses must be equipped with to establish an adequate nurse-client relationship and an adequate working relationship with the nursing colleagues and supervisors (Halcomb, Stephens, Bryce, Foley, & Ashley, 2016).

There is convincing evidence that effective communication leads to improved information flow, more effective interventions to the favor of employees and clients, improved safety and enhanced employee morale (Brunton & Cook, 2018; O'Daniel & Rosenstein, 2008). This study confirms that the mutual exchange among colleagues and direct supervisors not only serves as a key resource to address the issue of differences in language but also allow a positive working atmosphere in the context of coping.

Feeling appreciated by supervisors supports nurses to cope with stress and serves as a motivational factor. Toode, Routasalo, and

Suominen (2011) confirmed the importance of enabling nurses to advance their knowledge and allowing them to exchange with colleagues and supervisors (Toode et al., 2011). Making an organization highly performing and its workforce effective, Hunt (2007) explains that managers and supervisors should value individuals regardless their ethnic, racial or cultural background. Once again, this promotes the need to consider diversity as enriching rather than hindering.

Within the healthcare sector, nursing care is dominated by women who in general are at higher risk to experience sexual harassment than men (Eurofound, 2017). This situation is exacerbated by the circumstance that homecare nursing takes mainly place in the clients' household. Thus, homecare nurses, mainly female are working in a context, where they are at their client's mercy as this could be also shown in this study (Adrienne Cruz & Klinger, 2011).

Within this study, the nurses' reports of barriers and resources did not substantially differ within services operated by either non-commercial or private-commercial providers. The assumption, the intent to realize a profit within the private commercial services may have an effect on nurses reporting of stressors (Slotala, 2011), such as time pressure (Hielscher et al., 2013) was not confirmed.

4.1. Strengths and limitations

Participant selection in qualitative studies is prone to selection bias. Even though, this study employed a stratified random sampling to select nursing services, the services' nursing managers ultimately provided the study team with the contact data of the nurses willing to participate. Notwithstanding the nursing director had already assured the nurse's voluntary participation on call with the main author, each nurse was asked by the main author at first contact again whether she or he volunteers in participating.

In the light of strains and stressors, some participants may not have mentioned some experiences, knowing that the study results would be discussed and published although pseudonymization and confidentiality were assured several times following the ethical rules of the ethics commission of the Hamburg medical council.

Once the interviews were carried out and transcribed, the transcripts were not returned to the participants for comment and/or correction. At the time of writing this manuscript, the participants have not provided any feedback on the findings.

This study has also its distinct strengths, since the cohort is representative to nurses' gender, age and qualification distribution in Hamburg (Rothgang, Sünderkamp, & Weiß, 2015; Schleswig-Holstein, 2017; Statistisches-Bundesamt, 2017a, 2017b). The process of discussing the data and forming categories with researchers of different educational background in several rounds is a major benefit to provide alternative interpretations of the data (Barbour, 2001).

The main author's background as a studied nurse as well as the diverse expertise of the researchers involved in this study (Health Services Researcher, Psychologists, Epidemiologist) supports the claim for 'thinking conceptually and reflexively' (Polit & Beck, 2010). The transferability of the study results is additionally to the sample's representativity supported by the *thick* description of the study data. Thus, proximal similarity is clearly given (Polit & Beck, 2010).

5. Conclusion

This qualitative study as the first survey of its sort in the German homecare setting confirms international findings about occupational stressors of homecare nurses in general and goes beyond in identifying stressors, resources and coping strategies by comparing migrant and autochthonous nurses (Hittle et al., 2016; Macdonald et al., 2013; Schilgen et al., 2017; Young et al., 2017). Migrant and Autochthonous nurses share similar coping strategies to master occupational burdens. Physical stressors like lifting heavy clients turned out to be a common stressor across both groups. However it was reported by more migrant

and minority nurses. A good collaboration in the team and a having an appreciative supervisor are resources that support migrant and minority nurses as well as autochthonous nurses to face the stressors and to cope with those.

Differences in language is a main stressor which impedes a functioning team collaboration as well as a working nurse-client relationship. This stressor is quoted by more autochthonous than migrant nurses.

Sexual and verbal harassment towards nurses is still a threat that happens to migrant and minority nurses as this study showed.

Migrant nurses of different origin perceive their status as migrants as a sense of community by sharing the same destiny – this appears as an important resource for migrant and minority nurses.

An increasingly diverse nursing workforce benefits an increasingly diverse aging society. The political will to strengthen homecare nursing in Europe will by default lead to an increasing demand for those services. The diversity in the nursing workforce should not only be seen as an enforced political and societal automatism that nursing is relying on to face the workforce gap. Migrant and minority nurses enrich the provision of care and contribute to its professionalization, since they are experts in understanding the challenges of cultural and ethnic diversity. Thus, policymakers, organizations and those responsible at meso- and micro levels are called upon to advocate for the inherent expertise of migrant and minority nurses as ambassadors of culturally diverse nursing care. This appreciation of their competence is surely beneficial for their health. This study allows an insight into a diverse nursing workforce and their challenges and capabilities in the context of collaboration and client-centered care. Based on the findings, strategies to make a diverse team successful and healthy can be derived.

Role of funding source

This work was supported by the Institution for Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare services (BGW). Grant recipient is: Dr. Mike Mösko. URL: www.bgw-online.de. The funds are provided by a non-profit organization that is part of the social security system in Germany. The funder had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

References

- Aneas, M. A., & Sandín, M. P. (2009). Intercultural and cross-cultural communication research: Some reflections about culture and qualitative methods. *Forum, Qualitative Social Research/Forum, Qualitative Sozialforschung*, 10(1), 51.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: A case of the tail wagging the dog? *BMJ*, 322(7294), 1115–1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115>.
- Beechinor, L. A., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Demands of immigration among nurses from Canada and the Philippines. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 178–187. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00680.x>.
- Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & de Witte, L. (2012). Socially assistive robots in elderly care: A systematic review into effects and effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 114–120.e111. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.10.002>.
- Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 635–648. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003>.
- Brunton, M., & Cook, C. (2018). Dis/integrating cultural difference in practice and communication: A qualitative study of host and migrant registered nurse perspectives from New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.005>.
- Buil, I., de Chernatony, L., & Martínez, E. (2012). Methodological issues in cross-cultural research: An overview and recommendations. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 20(3), 223–234. <https://doi.org/10.1057/jt.2012.18>.
- Bundesagentur-für-Arbeit (2019). Berufenet. Retrieved from <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index?path=null>.
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakeman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *The Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 102–109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x>.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>.
- Collaborators, G. D. a. I. a. P. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- Cruz, A., & Klinger, S. (2011). *Gender-based violence in the world of work: Overview and selected annotated bibliography*. International Labour. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-gender/documents/publication/wcms_155763.pdf.
- Czopp, A. M., Kay, A. C., & Cheryan, S. (2015). Positive stereotypes are pervasive and powerful. *Perspectives on Psychological Science*, 10(4), 451–463. <https://doi.org/10.1177/1745691615588091>.
- Drewniak, D., Krones, T., & Wild, V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>.
- Elbarazi, I., Devlin, N. J., Katsaiti, M. S., Papadimitropoulos, E. A., Shah, K. K., & Blair, I. (2017). The effect of religion on the perception of health states among adults in the United Arab Emirates: A qualitative study. *BMJ Open*, 7(10), e016969. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016969>.
- Eurofound (2017). *Sixth European working conditions survey – Overview report (2017 update)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2017). *Employment by Sex, Age and Detailed Economic Activity (From 2008 Onwards, NACE Rev. 2 Two Digit Level - 1 000)*.
- Fealy, G. M., & McNamara, M. S. (2007). A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1187–1195. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.006>.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822x05279903>.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E., & Ashley, C. (2016). Nursing competency standards in primary health care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10), 1193–1205. <https://doi.org/10.1111/jocn.13224>.
- Hammond, J., Marshall-Lucette, S., Davies, N., Ross, F., & Harris, R. (2017). Spotlight on equality of employment opportunities: A qualitative study of job seeking experiences of graduating nurses and physiotherapists from black and minority ethnic backgrounds. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.019>.
- Hayne, A. N., Gerhardt, C., & Davis, J. (2009). Filipino nurses in the United States: Recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(3), 313–322. <https://doi.org/10.1177/1043659609334927>.
- Heitlinger, A. (1999). Nurses and nursing: A comparative perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 13(2), 165–174. <https://doi.org/10.3109/13561829909025548>.
- 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), 247–256. <https://doi.org/10.1177/002076409704300402>.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S., & Blass, K. (2013). *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hignett, S., Edmunds Otter, M., & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011>.
- Hittle, B., Agbonifo, N., Suarez, R., Davis, K. G., & Ballard, T. (2016). Complexity of occupational exposures for home health-care workers: Nurses vs. home health aides. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1071–1079. <https://doi.org/10.1111/jonm.12408>.
- Hogh, A., Carneiro, I. G., Giver, H., & Rugulies, R. (2011). Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(1), 49–56. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00840.x>.
- Hollup, O. (2014). The impact of gender, culture, and sexuality on Mauritian nursing: Nursing as a non-gendered occupational identity or masculine field? Qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 752–760. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.013>.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.
- Hunt, B. (2007). Managing equality and cultural diversity in the health workforce. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2252–2259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02157.x>.
- ILO (2015). *International Labour Office - Global estimates of migrant workers and migrant domestic workers: Results and methodology: Special focus on migrant domestic workers*. ILO.
- Ito, T. A., & Tomelleri, S. (2017). Seeing is not stereotyping: The functional independence of categorization and stereotype activation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*,

- 12(5), 758–764. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx009>.
- Janiszewski Goodin, H. (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 335–343. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02722.1.x>.
- Lee, S. K., Sulaiman-Hill, C. R., & Thompson, S. C. (2014). Overcoming language barriers in community-based research with refugee and migrant populations: Options for using bilingual workers. *BMC International Health and Human Rights*, 14, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-11>.
- Li, H., Nie, W., & Li, J. (2014). The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 314–317. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.07.006>.
- Likupe, G., & Archibong, U. (2013). Black African nurses' experiences of equality, racism, and discrimination in the National Health Service. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 3(S1), 227–246. <https://doi.org/10.1002/jpoc.21071>.
- Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, 451, 716. <https://doi.org/10.1038/nature06516><https://www.nature.com/articles/nature06516#supplementary-information>.
- Macdonald, M. T., Lang, A., Storch, J., Stevenson, L., Barber, T., Iaboni, K., & Donaldson, S. (2013). Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Services Research*, 13(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-191>.
- Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A., & Tobias, M. I. (2015). Causes of international increases in older age life expectancy. *The Lancet*, 385(9967), 540–548. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9).
- Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., ... Vos, T. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: Quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145–2191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X).
- Ndobo, A., Faure, A., Boisselier, J., & Giannaki, S. (2017). The ethno-racial segmentation jobs: The impacts of the occupational stereotypes on hiring decisions. *The Journal of Social Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1389685>.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- OECD (2016). *Health workforce migration* (2015 ed.). Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/health-workforce-migration-edition-2015_87fde0a0-en.
- OECD (2017a). *International migration outlook 2017*. OECD Publishing.
- OECD (2017b). *Life expectancy at birth (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/27e0fc9d-en>.
- Pittman, P., Davis, C., Shaffer, F., Herrera, C. N., & Bennett, C. (2014). Perceptions of employment-based discrimination among newly arrived foreign-educated nurses. *The American Journal of Nursing*, 114(1), 26–35. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000441792.93279.29>.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451–1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>.
- Renzaho, A. M. (2009). Immigration and social exclusion: Examining health inequalities of immigrants through acculturation lenses. *Theorising social exclusion* (pp. 117–126). Oxon: Routledge.
- Ribeiro, R. P., Martins, J. T., Marziale, M. H. P., & Robazzi, M. L. D. C. C. (2012). Work-related illness in nursing: an integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 46(2), 495–504. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200031>.
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>.
- Rothgang, P. D. H., Sünderkamp, S., & Weiß, C. (2015). *Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland. Expertise für den bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Berlin Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa). bpa Arbeitgeberverband*.
- Schilgen, B., Nienhaus, A., Handtke, O., Schulz, H., & Mösko, M. (2017). Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. *PLoS One*, 12(6), e0179183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179183>.
- Schleswig-Holstein, S. A. F. H. U. (2017). *Gesundheitspersonal in Hamburg 2015. Beschäftigtenzuwachs über dem Bundesdurchschnitt*.
- Simoens, S., Villeneuve, M., & Hurst, J. (2005). *Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD health working papers*, no. 19 OECD Publishing <https://doi.org/10.1787/172102620474>.
- Slotala, L. (2011). *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Spencer, S. J., Logel, C., & Davies, P. G. (2016). Stereotype threat. *Annual Review of Psychology*, 67, 415–437. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-073115-103235>.
- Squires, A. (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.006>.
- Statistisches-Bundesamt (2017a). *Gesundheitspersonalrechnung. Gesundheitspersonal nach Alter, Beschäftigungsart und Beruf*.
- Statistisches-Bundesamt (2017b). *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*.
- Szeto, G. P. Y., Wong, K. T., Law, K. Y., & Lee, E. W. C. (2013). A study of spinal kinematics in community nurses performing nursing tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 43(3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2013.02.003>.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.013>.
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M. L., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>.
- VERBI-Software (2017). MAXQDA. The art of data analysis. Software for qualitative, quantitative and mixed methods research. Retrieved from <http://www.maxqda.com>.
- Young, C., Hall, A. M., Goncalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(Cd009844). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009844.pub2>.

6 Publikation 3

Schilgen B, Savcenko K, Nienhaus A, Mösko M. (im Druck). Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie. *Das Gesundheitswesen*

Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie

Benjamin Schilgen, M.Sc. Health Sciences, B.A. Pflege ^{1*}, Katja Savcenko, B.Sc. Psychologie ², Prof. Dr. Albert Nienhaus, MPH ^{3,4}, Dr. Mike Mösko, Dipl.-Psych. ¹

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Institut für Psychologie, Campus Koblenz, Universität Koblenz · Landau, Koblenz, Deutschland

³ Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

⁴ Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg, Deutschland

*Korrespondenzautor

E-Mail: b.schilgen@uke.de

Adresse: Martinistrasse 52, 20246 Hamburg

Telefon: 040 7410 57200

Fax: 040 7410 58500

MINI-ABSTRACT

Ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die ältere pflegebedürftige Menschen in deren Haushalten unterstützen, arbeiten meist außerhalb tariflich oder arbeitsrechtlich verbindlicher Vereinbarungen. Ständige Verfügbarkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte sind belastend mit einhergehender Erschöpfung, Schlaflosigkeit und erhöhter Reizbarkeit. Das Erleben von Dankbarkeit, die Erfahrung akzeptiert zu werden und die finanzielle Absicherung werden als Ressourcen genannt.

Foreign live-in caregivers who support the elderly in need of care in their private households mostly work beyond any tariff or labour law-related binding regulations. Permanent presence, communication difficulties and interpersonal conflicts are daily burdens and associated with exhaustion, insomnia and increased irritability. Experiencing gratitude and to be accepted but also financial security are mentioned as resources.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie

24-Stunden-Betreuungskräfte, die in deutschen Privathaushalten haushalts- und personennahe Dienstleistungen für ältere pflegebedürftige Menschen erbringen, stammen meist aus dem Ausland. Diese Arbeitsverhältnisse liegen in der Regel außerhalb tariflich oder arbeitsrechtlich verbindlicher Vereinbarungen. Betreuungskräfte erfahren soziale Isolation sowie eine Vermischung von Arbeit und Privatsphäre. Die Studienlage ist aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit der Zielgruppe sehr lückenhaft. Die vorliegende Studie ist eine qualitative explorative Analyse der Arbeits- und Gesundheitssituation von 24-Stunden-Betreuungskräften mit dem Fokus auf arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen.

Methodik

Die Rekrutierung erfolgte über Vermittlungsagenturen, Onlineportale, soziale Netzwerke und Vereine. Es wurden neun semistrukturierte Interviews mit ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in Privathaushalten geführt. Die Auswertung orientierte sich an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring mit einer induktiven Kategorienbildung.

Ergebnisse und Schlussfolgerung

Ständige Verfügbarkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte sind alltägliche Belastungen für ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte. Diese Belastungen gehen mit Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit in Form von Erschöpfung, Schlaflosigkeit, erhöhter Reizbarkeit und Depressionssymptomen einher. Die Probandinnen erfahren aber auch Unterstützung durch Dritte und können sich emotional und räumlich von der direkten Betreuungssituation distanzieren. Das Erleben von Dankbarkeit, die Erfahrung akzeptiert zu werden aber auch eine finanzielle Absicherung werden als weitere relevante Ressourcen genannt. Die Sichtbarmachung der Zielgruppe ist forschungsbezogen nur durch einen ressourcenintensiven Rekrutierungsaufwand und politisch durch die Einführung einer gemeinsamen Berufsdefinition zu gewährleisten.

ABSTRACT

Aim of the study

Live-in caregivers who provide household- and person-related services for the elderly in need of care in German private households mostly come from abroad. These labour conditions generally do not meet any tariff or labour law-related binding regulations. Live-in caregivers are additionally exposed to social isolation and the confusion of work and privacy. The study situation is very incomplete due to the difficult reachability of the target group. The aim of the present study is to qualitatively explore the work and health situation of live-in caregivers with a focus on workplace-related stressors and resources.

Methodology

The recruitment process was carried out via placement agencies, online portals, social network platforms as well as care associations. Nine semi-structured interviews were conducted with live-in care-givers in private households. The evaluation was based on Mayring's content analysis with inductive category formation.

Results and conclusions

Permanent presence, communication difficulties and interpersonal conflicts are daily burdens for live-in caregivers. These burdens are associated with impaired mental and physical health in terms of exhaustion, insomnia, increased irritability and depression symptoms. However, live-in caregivers also receive support from third parties and distance themselves emotionally and locally from the direct care situation. The feeling of gratitude, the experience of being accepted but also financial security are mentioned as further relevant resources. While the target group can only be made visible through resource-intensive recruiting efforts in the research context, the introduction of a common occupational definition is necessary in the political context.

1. Einleitung

Aktuell sind in Deutschland nach Schätzungen zwischen 115.000 und 300.000 sogenannter 24-Stunden-Betreuungskräfte (24h-BK) tätig, die in den Haushalten der von ihnen betreuten Personen arbeiten und wohnen. Mehrheitlich stammen diese Menschen aus mittel- und osteuropäischen Ländern wie Polen, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Ungarn, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien, Bulgarien oder Kroatien. Sie übernehmen haushaltsbezogene Tätigkeiten wie Reinigung der Wohnung, Zubereitung des Essens aber auch die Betreuung der meist älteren körperlich beeinträchtigten Menschen mit Pflegebedarf [1, 2]. In diesem Arbeitskontext sind 24h-BK besonderen Belastungen ausgesetzt wie Missachtung des Arbeits- und Beschäftigungsrechts [1, 3], Nichtzahlung des marktüblichen Mindestlohns [4], nicht vorhandene Qualitätskontrollen [2, 5] und ein unklares Haftungsrisiko im Schadensfall [6]. Lutz (2007) identifiziert als Belastungen am Arbeitsplatz von 24h-BK die „Entgrenzung der Arbeit“, also die zeitliche und räumliche Vermischung von Arbeit und Privatsphäre, aber auch Ängste der Betreuungsperson aufgrund der Illegalität ihrer Tätigkeit und daraus möglicher Auswirkungen auf ihren Aufenthaltsstatus [7]. Karakayali (2010) verweist auf die missbräuchlichen Arbeitssituationen im rechtsfreien Kontext und bestätigt belastende Erfahrungen der Betreuungskräfte durch mangelnde Freizeit und andauernden Zusammenseins mit der pflegebedürftigen Person im selben Haushalt [8].

Zahlreiche Belastungen bestimmen die Tätigkeit von 24h-BK, jedoch berichten sie auch über Ressourcen wie finanzielle Rückführungen (Remittances) an die Familienmitglieder in ihrer Heimat [9, 10] oder der Austausch mit anderen Betreuungskräften, die sich in ähnlichen Beschäftigungsverhältnissen befinden [11]. Auch die Wertschätzung der sprachlichen und kulturellen Kompetenz in sprachlich diversen Betreuungsbeziehungen [12] werden von Betreuungskräften als Ressourcen genannt.

Ogleich der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss verstärkte Forschungsaktivitäten zur Ermittlung der Anzahl, Herkunft, Arbeitsbedingungen und Qualifikationen von 24h-BK fordert, liegen bislang nur wenig wissenschaftliche Erkenntnisse über 24h-BK vor [2, 13].

Der Zugang zu 24h-BK, die meist in halblegalen oder irregulären Beschäftigungsverhältnissen mit nicht vorhandenen arbeitsrechtlichen Bestimmungen tätig sind, erweist sich als sehr herausfordernd. Befragungen in deutschen Haushalten fanden in bisherigen Studien mit den betreuten Personen und deren Angehörigen statt oder den Dienstleistern oder mit themenbezogenen Experten aus Politik und Versorgung [1, 5, 13-15].

Das Ziel dieser Untersuchung ist, arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24h-BK, die in deutschen Privathaushalten hauswirtschaftliche und personennahe Dienstleistungen für meist ältere und pflegebedürftige Menschen erbringen, zu identifizieren.

2. Methode

Die Fragestellungen lauten:

1. "Welche arbeitsplatzbezogenen Belastungen erleben ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte, die in deutschen Privathaushalten arbeiten?"
2. "Welche Ressourcen nutzen sie, um die Belastungen zu bewältigen?"

Es wurde ein qualitativ explorativ deskriptiver Feldforschungsansatz gewählt. Die Berichterstattung der Untersuchung erfolgt in Übereinstimmung mit den „Consolidated criteria for reporting qualitative research“ (COREQ) [16].

2.1 Rekrutierung und Setting

Bei der Auswahl der Stichprobe wurden der nichtdeutsche Geburtsort der Betreuungsperson und drei Arten von Beschäftigungsverhältnissen berücksichtigt: 1. Direkt (Selbstständigkeit der 24h-BK oder Direktanstellung bei der pflegebedürftigen Person), 2. Indirekt (Arbeitnehmerüberlassung oder -entsendung, 3. Irregulär (undokumentierte Tätigkeit der 24h-BK) [17].

Zur Gewinnung von Betreuungskräften für ein Interview wurden Kontakte zu Vermittlungsagenturen, Onlineportalen, sozialen Netzwerken und Vereinen hergestellt sowie Handzettel an öffentlichen Plätzen verteilt. Potentielle StudienteilnehmerInnen mussten mindestens 18 Jahre alt und als 24h-BK in Privathaushalten zum Erhebungszeitpunkt tätig sein oder dort gearbeitet haben. Die Interviews wurden in den Haushalten geführt, in denen die Betreuungskräfte tätig sind, aber auch in Cafés, in einer Pizzeria und in den Räumlichkeiten des Instituts unter Gewährleistung der Privatsphäre. Die AutorInnen dieser Studie hatten keine persönliche Beziehung zu den Interviewteilnehmerinnen.

2.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt mit semistrukturierten Interviews deren Leitfaden aus den Themen: 1. Ablauf des Arbeitsalltags, 2. Erleben der Arbeit, 3. Belastungen, 4. Ressourcen, 5. Soziodemographische Daten bestand. Der Leitfaden wurde von drei ExpertInnen für qualitative Sozialforschung und den AutorInnen dieser Studie geprüft und vor seinem Feldeinsatz einem Pretest unterzogen, indem Interviews mit zwei 24h-BK geführt wurden; diese sind nicht Bestandteil der vorliegenden Auswertung. Zu Beginn des Interviews wurden die Interviewteilnehmerinnen zum Thema Datenschutz aufgeklärt und entsprechende Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme und zur Tonaufnahme schriftlich eingeholt. Der Vertrauensaufbau nahm dabei einen besonderen Stellenwert ein. Die Tonaufnahmen wurden anonymisiert transkribiert. Bei Bedarf wurden die Interviews von qualifizierten SprachmittlerInnen gedolmetscht.

2.3 Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte mit MAXQDA12® nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring [18]. Zunächst haben die Autoren und ein weiteres Mitglied der Arbeitsgruppe unabhängig voneinander zwei Transkripte codiert und die Ergebnisse anschließend diskutiert. Das daraus abgeleitete Kategoriensystem wurde bei zwei weiteren Transkripten überprüft und nach entsprechenden finalen Anpassungen auf die verbleibenden Transkripte angewendet.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 58 Unternehmen, die 24h-BK vermitteln, kontaktiert. 30 lehnten die Vermittlung eines Interviewpartners für eine wissenschaftliche Untersuchung ab. Über drei Anbieter konnten schließlich Kontakte zu 24h-BK hergestellt werden. Darüber hinaus konnten 20 Betreuungskräfte über Anzeigenportale wie auch soziale Netzwerke kontaktiert werden. Schließlich wurden neun Interviews zwischen August und Oktober 2017 geführt. Vier Interviews wurden von qualifizierten Sprachmittlerinnen in der polnischen Sprache gedolmetscht. Die Dauer der Interviews reichte von 62 bis 127 Minuten. Alle interviewten Personen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 15 € in bar im Anschluss an das Interview. Die Betreuungskräfte stammten aus Polen und Litauen und waren zum Zeitpunkt des Interviews seit einem bis zu fünfzehn Jahre in ihrer Funktion tätig. Einige der 24h-BK haben in ihrem Heimatland studiert oder können ein Abitur nachweisen. Vor Aufnahme ihrer Tätigkeit als 24h-BK waren sie in ihrer Heimat im Dienstleistungsgewerbe tätig, aber auch als Landwirtin, Unternehmensleiterin oder auch als Hausfrau. Die Beschreibung der Stichprobe ist Tabelle 1 zu entnehmen.

3.1 Ergebniskategorien

In Tabelle 2 sind sämtliche Haupt- und Unterkategorien aufgeführt, die induktiv aus dem Datenmaterial abgeleitet wurden.

3.1.1 Belastungen

Psychische Belastung

Die Betreuung von KlientInnen mit teilweise schwer ausgeprägten Formen einer Depression oder demenziellen Erkrankung wie auch die Sterbebegleitung, die von Betreuungskräften als Teil ihrer Aufgaben genannt wird, sind belastend. Konflikte in Bezug auf die eigene Verantwortung ergeben sich bei dieser 24h-BK, sobald sie den „richtigen“ Umgang bei bestimmten Krankheitsbildern zu ergründen versucht. „das ist

auch Demenz dieser Frau. Sie muss immer laufen und suchen. Und Treppe unten, Treppe oben, bis dritte Stock. Aber von dieser Treppe kann sie runterfallen.“ (I 1).

24h-BKs äußern, sich eingesperrt und einsam zu fühlen und erklären dies mit dem Vorherrschen einer „*strengen Atmosphäre*“ im Betreuungshaushalt (I 3). Der eingeschränkte Kontakt zur Außenwelt, das Umgebensein von älteren und kranken Personen und das Gefühl, ständig verfügbar sein zu müssen, werden in zahlreichen Interviews als belastend genannt.

Eine seit zwei Jahren tätige 24h-BK berichtet: *„du kannst nicht sagen: ‚ich habe jetzt Feierabend, ich schalte ab‘. Du bist immer mit deinem Kopf dabei, immer, Tag und Nacht. Aber ich möchte irgendwann sagen: ‘Schluss, ich habe jetzt wirklich Ruhe. Ich brauche nicht reagieren.’, Aber das geht nicht.“ (I 6).*

Physische Belastung

24h-BK berichten von Schlaflosigkeit und erklären, ihr Schlaf hänge vom Rhythmus und dem gesundheitlichen Zustand der KlientInnen ab. Krankheitsbedingte Anfälle, diagnosebedingte Nachtaktivität der KlientInnen und die regelmäßige Lagerung von bettlägerigen KlientInnen führen dazu, dass 24h-BK auch in den Nächten präsent sein müssen und ruhelose Nächte teils zur Regel gehören.

„Schwere Arbeit mit Patienten mit Demenz. Das ist am schlimmsten Arbeit, weil die eine Nacht gar nicht schlafen. Die Leute schlafen am Tag, nachts sind aktiv.“ (I 5).

Häufig ist die Mobilisierung der KlientInnen mit schwerer körperlicher Anstrengung verbunden: *„Wenn die Leute immer im Bett liegen, ist es ganz schwer zu waschen im Bett.“ (I 4).*

Interpersonelle Konflikte

Nicht ausreichende Deutschkenntnisse einer 24h-BK können die Verständigung sowohl mit KlientInnen als auch deren Angehörigen zusätzlich erschweren: *„Das ist so, wie sich ein Blinder sich mit einem Tauben oder einem Stummen unterhält.“ (I 3).*

Zudem geben 24h-BK an, nicht akzeptiert oder sogar abgelehnt zu werden und erklären dies damit, dass der/ die die zu betreuende KlientIn die eigene Pflegebedürftigkeit nicht akzeptiert oder Angehörige Ratschläge der 24h-BK zum Verhalten gegenüber der Pflegebedürftigen nicht annehmen.

24h-BK erklären, wie Bedienstete behandelt zu werden, die ihre Pflichten im Haushalt zu erfüllen haben. Dies lässt eine funktionierende Beziehungsgestaltung mit den KlientInnen aber auch deren Angehörigen nicht zu und widerspricht dem Wunsch einer 24h-BK, als Familienmitglied anerkannt zu werden. *„Wir sind wie Werkarbeiter. Und weil manchmal sagen: ‘Du bist Pflegerin. Du musst das machen.’ Nein. Ich darf viel machen, aber ich muss nichts.“ (I 5).*

24h-BK erzählen, dass sie an privaten Angelegenheiten der zu betreuenden Person, der Angehörigen oder der Familie ungewollt teilhaben. *„Das sind zwei Schwestern, die haben Zoff wegen Eltern. Da kommt eine, die beschwert sich. Dann kommt andere und ich bin in der Mitte. Ich möchte da nicht stehen. Sie sollen das zwischen sich klären. Sie belasten mich damit.“* (I 6).

Unklare Rahmenbedingungen

24h-BK berichten, kein eigenes Zimmer zu haben und sich so in ihrer Privatsphäre eingeschränkt zu fühlen. Mangelnde Informationen über den Zustand der Person durch die DienstleisterInnen und wenig Möglichkeiten zur Absprache hinsichtlich des Tagesablaufs erschweren eine Planung.

Eine 24h-BK führt an, ihre täglich vorgesehenen Pausen seien bei der Tagesplanung nicht berücksichtigt worden und so habe sie wochenlang ohne Pause gearbeitet. Es wird mehrfach von 24h-BK geäußert, Aufgaben übernehmen zu müssen, die vertraglich nicht vereinbart wurden. Dazu gehören die Betreuung weiterer Familienmitglieder, pflegerische Tätigkeiten wie Medikamentengabe, Kochen für ein Familienfest, die psychosoziale Begleitung der Angehörigen oder der Fahrdienst für Familienmitglieder.

3.1.2 Ressourcen

24h-BK beschreiben zahlreiche Ressourcen, die ihnen helfen, die alltäglichen Belastungen zu bewältigen.

Selbstwirksamkeit

Eine 24h-BK beschreibt, sich eigeninitiativ über Arzneimittel und Diagnosen zu informieren und auch mit den Ärzten ihres Klienten intensiv über dessen Behandlung zu sprechen, um über dessen Gesundheitszustand informiert zu sein. Das Erlernen und Anwenden von Mobilisierungstechniken zunächst unter Anleitung von Pflegefachkräften erlaubt 24h-BKs, diese Techniken am Klienten zu praktizieren und schließlich selbst körperlich davon zu profitieren. Der aktive Kontakt zu Koordinierungsstellen wird als hilfreich empfunden, denn *„wenn die bedürftige Person keine Angehörigen hat, hat die Agentur so eine Koordinierungsstelle, an die man sich wendet und die normalerweise auch ein Problem versucht zu lösen.“* (I 8).

Das Treffen klarer Absprachen mit den KlientInnen und deren Angehörigen helfen den Betreuungskräften, den Alltag zu organisieren. *„Man muss immer sprechen. Immer fast jede zwei Tage: Was machen wir beide? Was gehört zu Ihrer Aufgabe, was meine Aufgabe?“* (I 1).

Sich aktiv zu distanzieren, hilft den Betreuungskräften, den teilweise sehr belastenden Arbeitsalltag zu bewältigen. Genannt wurden der emotionale Abstand, der sich mit zunehmender Berufserfahrung entwickelt, das bewusste „Etwas nicht persönlich nehmen“, aber auch das bewusste Verlassen der belastenden

Situation, indem sich die Pflegekraft in ihr eigenes Zimmer zurückzieht oder eigenen Freizeitaktivitäten nachgeht wie Fahrrad fahren, Lesen oder der Austausch mit Freunden.

Gutes Arbeitsklima

Der Ausdruck von Dankbarkeit seitens der KlientInnen gegenüber 24h-BKs prägt das Verhältnis beider positiv. Als besondere Wertschätzung empfand eine Interviewteilnehmerin die Ausrichtung ihres Geburtstags mit Fest und Torte durch Angehörige ihrer Klientin und die Tatsache, an ihrem Geburtstag nicht arbeiten zu müssen. Als Betreuungskraft von seinen KlientInnen aber auch deren Angehörigen akzeptiert zu werden, wird als wichtige Ressource genannt, wie diese 24h-BK ausdrückt: *„die Patientin akzeptiert meine Person. Von Familie akzeptiert werden und gute Kontakte mit Familien.“*

Einige Betreuungskräfte erklären, sie hätten ein sehr gutes, teilweise sehr familiäres Verhältnis zu ihren KlientInnen und deren Angehörigen: *„Sie fühlte sich wie Mitglied der Familie. Sie hatte Mahlzeiten teilgenommen von der Familie. Die Töchter haben ihr gesagt: ‘Setz Dich hin, jetzt unterhältst Du Dich mit uns.’ Und das war eine sehr gute Erfahrung.“* (I 7, gedolmetscht).

Die Unterstützung durch Dritte erleben 24h-BK sehr positiv. Dies helfe ihnen, den Arbeitsalltag bewältigen zu können. Sei es der Pflegedienst, der benutzte Inkontinenzmaterialien oder sonstigen Hausabfall entsorgt oder Bekannte der KlientInnen, die bei anfallenden Tätigkeiten helfen. Eine 24h-BK berichtet, sie hätte ihre persönlichen Termine immer wahrnehmen können, weil die Tochter der Klientin dann die Betreuung übernommen habe.

Motivation

Schicksale in der Heimat, wie der Verlust des Arbeitsplatzes oder Frühverrentung und dadurch entstehende finanzielle und soziale Sorgen, werden als Anlässe genannt, in Deutschland der Tätigkeit der 24-Stunden-Betreuung nachzugehen. Diese 24h-BK erklärt: *„Ihr Ehemann ist gestorben und sie wollte ihrer Tochter finanziell helfen.“* (I 9, gedolmetscht).

Ein umfassender Krankenversicherungsschutz, eine legale Beschäftigung und ein geregeltes Einkommen werden von 24h-BK als positiv erlebt. Teilweise seien sie in ihrer Heimat in diesen Bereichen schlechter gestellt und daher empfänden sie ihre Beschäftigung in Deutschland wie auch einen dort wesentlich höheren Verdienst als Absicherung.

Den Wunsch, sich in helfenden Berufen zu engagieren und so seine Bestimmung zu finden, drückt diese 24h-BK aus: *„Ja, das für mich ist gute Arbeit. Alles mit alter Frau oder altem Mann. Hilfe, ich liebe Hilfe“* (I

2). Ihren Wunsch, im Heimatland als Krankenschwester zu arbeiten, nicht erfüllen zu können, motivierte eine 24h-BK, in Deutschland als Betreuungskraft zu arbeiten - denn so könne sie trotzdem anderen Menschen helfen.

4. Diskussion

Die vorliegende Studie identifiziert arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24h-BK in deutschen Privathaushalten. Aufgrund in Deutschland kaum vorhandener Studien wurde in dieser Studie ein qualitativer Forschungsansatz verfolgt und dabei 24h-BK direkt befragt. Die Nonstop-Verfügbarkeit, Schlaflosigkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte sind alltäglich gegenwärtig und werden in Untersuchungen von Karakayali (2010) bestätigt [8, 19]. 24h-BK äußern, sie seien physisch und psychisch erschöpft und erhöht reizbar, so dass sie sich zum Teil selbst nicht mehr wahrnehmen können. Dennoch empfinden sie die Tätigkeit als 24h-BK als einzigartige Chance, sich zu verwirklichen, indem sie bedürftigen Menschen helfen und dabei auch Geld verdienen können; entsprechend relativieren sie die wahrgenommen teils extremen psychischen und physischen Belastungen. Timonen und Doyle (2010) berichten über irische Betreuungskräfte, die ihre Arbeitsverhältnisse als teilweise ausbeuterisch empfinden und diese aber aufgrund einer moralischen Verpflichtung zur Unterstützung ihrer KlientInnen als gegeben akzeptieren [20]. Die körperlich anstrengende Arbeit und der täglich intensive Umgang und Kontakt mit teilweise schwer psychisch erkrankten Menschen erzeugt bei 24h-BK nach eigener Aussage starke Rückenbeschwerden und Depressionen. Kaufmann et al. (1982) bestätigen aus arbeitspsychologischer Sicht den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Unzufriedenheit, erhöhter Reizbarkeit sowie Erschöpfung [21].

Eine räumliche und emotionale Distanzierung hilft 24h-BK, sich von einer belastenden Betreuungssituation abzugrenzen. Das Erleben von Dankbarkeit, das Gefühl von seinen KlientInnen und gegebenenfalls deren Angehörigen akzeptiert zu werden, erleben 24h-BK als wertschätzend. Die Möglichkeit, eigene Freiheiten zu haben und einen Raum, um sich zurückziehen zu können, tragen entscheidend zur Arbeitszufriedenheit von 24h-BK bei. Kniejska (2016) hat in ihren Interviews mit 24h-BK gezeigt, dass diese dann eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen, wenn sich ihre Tätigkeit positiv auf den physischen und psychischen Zustand der KlientInnen auswirkt, beispielsweise wenn durch permanente Mobilisierung bei anfänglicher Bettlägerigkeit der Klient oder die Klientin wieder Treppensteigen kann [15].

Die in Deutschland geführte Diskussion über prekäre Arbeitsverhältnisse auch im Kontext einer zu geringen Entlohnung [2, 7, 13-15] wird in der vorliegenden Studie durch die interviewten 24h-BK nicht bestätigt. Ganz im Gegenteil berichten sie, ihr Gehalt sei um ein Vielfaches höher als das in ihrem Heimatland und dies sei einer der Gründe für die Aufnahme einer Tätigkeit in Deutschland.

Schwächen und Stärken der Studie

Die Rekrutierung von TeilnehmerInnen in qualitativen Studien ist anfällig für Selektionseffekte. In dieser Studie erfolgte die Auswahl der TeilnehmerInnen über mehrere Institutionen. Dabei ist die Kontaktabbahnung über solche Vermittlungsagenturen zu nennen, bei denen zunächst mehrere Instanzen befragt werden mussten, bevor ein Kontakt zu einer 24h-BK hergestellt werden konnte. Die Transkripte der Interviews wurden den 24h-BK weder zur Korrektur oder möglichen Kommentierung vorgelegt noch wurden letztgenannte in den Prozess der Manuskripterstellung miteinbezogen.

Die klaren Stärken dieser Erhebung zeigen sich durch den intensiven Diskurs zwischen den Studienautoren bei der Kategorienbildung. Der Einsatz von Dolmetscherinnen ermöglichte den interviewten 24h-BK in ihrer Muttersprache zu kommunizieren. Die Rückmeldung einiger 24h-BK, das Interview als Wertschätzung für ihre Tätigkeit empfunden zu haben, bestätigt den Sinn des sehr hohen Rekrutierungsaufwands.

24h-BK sind im Forschungssinne schwer erreichbare Personengruppen. Der notwendige hohe zeit- und ressourcenintensive Aufwand ist zur Herstellung einer Interviewsituation bei entsprechenden Forschungsvorhaben zu berücksichtigen.

Eine Diskussion über die prekären Beschäftigungsverhältnisse von 24h-BK kann nur dann im Licht des ratifizierten Übereinkommens Nr. 189 der ILO auf politischer und gesellschaftlicher Ebene erfolgen, wenn diese Gruppe von Menschen auch definierbar und damit wissenschaftlich und politisch erreichbar ist. Die Einführung einer gemeinsamen Berufsdefinition ist daher notwendig [22] und wird auch in anderen Studien in Europa bereits gefordert [23].

5. Referenzen

1. Neuhaus A, Isfort M, Weidner F. Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln (2009). Im Internet: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Endbericht_Haushaltshilfen.pdf; Stand: 31.05.2018
2. Böning M, Steffen M. Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten: Problemstellungen und politische Herausforderungen. ver.di-Bundesverwaltung (März 2014). Im Internet: <https://gesundheit-soziales-hessen.verdi.de/++file++5374a0796f6844065400076a/download/Migrantinnen%20in%20Privathaushalten%20FINAL.pdf>; Stand: 16.12.2018
3. International Labour Organization (ILO). Domestic Workers (2018). Im Internet: <http://www.ilo.org/global/topics/care-economy/domestic-workers/lang--en/index.htm>; Stand: 01.06.2018
4. Martin-Matthews A. Employers, home support workers and elderly clients: identifying key issues in delivery and receipt of home support. Healthcare Quarterly 2008; 11(4): 69-76.

5. Prochazkova L, Rupp B, Schmid T. Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung. Endbericht. SFS - Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien (Juli 2008). Im Internet: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/9/2/CH3434/CMS1458570732748/evaluierung_der_24-stunden-betreuung_\(endbericht\).pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/9/2/CH3434/CMS1458570732748/evaluierung_der_24-stunden-betreuung_(endbericht).pdf); Stand: 31.05.2018
6. von Kondratowitz H-J. Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005; 38(6): 417-423
7. Lutz H. Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Unter Mitarbeit von Susanne Schwalgin. 2. überarbeitete Auflage. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich; 2008 151 - 170
8. Karakayali J. Die Regeln des Irregulären – Häusliche Pflege in Zeiten der Globalisierung. In: Scheiwe K, Krawietz J, Hrsg. Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010: 151-170
9. Humphries N, Brugha R, McGee H. Sending money home: a mixed-methods study of remittances by migrant nurses in Ireland. Human Resources for Health; DOI: 10.1186/1478-4491-7-66
10. Larsen JA, Allan HT, Bryan K et al. Overseas Nurses' Motivations for Working in the UK: globalization and life politics. Work, Employment and Society 2005; 19(2): 349-368
11. Covell C, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. Human Resources for Health; DOI: 10.1186/s12960-016-0135-6
12. Omeri A, Atkins K. Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. International Journal of Nursing Studies 2002; 39(5): 495-506
13. Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L. Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. edition Hans-Böckler-Stiftung. Study Nr. 363. (Juni 2017). Im Internet: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf; Stand: 01.06.2018
14. Emunds B, Schacher U. Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung (November 2012). Im Internet: https://nbi.sankt-georgen.de/assets/typo3/redakteure/Dokumente/FAGsFs/Pflege_HBS_Endfassung.pdf; Stand: 01.06.2018
15. Kniejska P. Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2016
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care 2007; 19(6): 349-357

17. Knopp L. Gesetzlicher Mindestlohn auch für osteuropäische Pflegehilfen – legale Modelle versus Schwarzmarkt. *Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht* 2015; 14: 851-853
18. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung 6. überarbeitete Ausgabe. Weinheim: Beltz Verlag; 2016
19. Mehta KK, Leng TL. Experiences of Formal and Informal Caregivers of Older Persons in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 2017; 32(3): 373-385
20. Timonen V, Doyle M. Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers. *European Journal of Women's Studies* 2010; 17(1): 25-41
21. Kaufmann I, Pornschlegel H, Ivars U. Belastungen und Stress bei der Arbeit. Körperliche und psychische Beanspruchung, Gesundheit, Erholungspausen. In: Zimmermann L, Hrsg. *Humane Arbeit - Leitfaden für Arbeitnehmer*, Band 5. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1982
22. European Economic and Social Committee (EESC). The rights of live-in care workers. Opinion. (21.09.2016). Im Internet: <https://webapi.eesc.europa.eu/documentsanonymous/eesc-2016-00941-00-00-ac-tra-en.docx>; Stand: 01.07.2018
23. Castagnone E, Salis E, Premazzi V. Promoting integration for migrant domestic workers in Italy. International and European Forum of Research on Immigration (FIERI). International Labour Office (2013). Im Internet: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_222290.pdf; Stand: 02.06.2018

Tabellenlegenden:

1. Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Stichprobe
2. Tabelle 2: Kategoriensystem der der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Stichprobe

Inter-view	Alter (J)	Herkunftsland	Höchster Bildungsabschluss	Zuvor ausgeübter Beruf	als 24h-Bk tätig seit (J)	Beschäftigungsverhältnis	Kontaktanbahnung über
1	46	Litauen	Studium	Kauffrau	5	Irregulär	Online Portal
2	49	Polen	Berufsschule	Hausfrau	2,5	Indirekt	Agentur A
3	50	Polen	Studium	Leiterin eines Kleinunternehmens	1,5	Direkt	Agentur B
4	55	Polen	Keine	Landwirtin	12	Indirekt	Agentur B
5	60	Polen	Studium	Bürohilfe	15	Indirekt	Soziales Netzwerk
6	38	Litauen	Abitur	Studentin Psychologie, Köchin	2	Indirekt	Online Portal
7	55	Polen	Mittlere Reife	Bürohilfe	10	Direkt	Agentur C
8	35	Polen	Abitur	Hotelfachfrau	1	Direkt	Agentur C
9	57	Polen	Mittlere Reife	Bürohilfe	2	Direkt	Agentur C

Tabelle 2: Kategoriensystem der der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Belastungen	Ressourcen
<u>Psychische Belastung</u>	<u>Selbstwirksamkeit</u>
→ Art und Schwere der Erkrankung	→ Erlernen berufsbezogener Kompetenzen
→ Einsamkeit	→ Treffen klarer Absprachen
→ Nonstop-Verfügbarkeit	→ Räumliche und emotionale Distanzierung
<u>Physische Belastung</u>	<u>Gutes Arbeitsklima</u>
→ Schlaflosigkeit	→ Dankbarkeit und Wertschätzung durch KlientIn/ Angehörige
→ Heben und Tragen von KlientInnen	→ Familiäres Verhältnis zu KlientIn/ Angehörigen
<u>Interpersonelle Konflikte</u>	→ Unterstützung durch Pflegedienst, Angehörige, Freunde oder Bekannte
→ mangelnde sprachliche Verständigung	<u>Motivation</u>
→ Mangelnde Wertschätzung	→ Unterstützung der eigenen Familie durch monetäre Remittances
→ Teilhabe an familiären Konflikten	→ Finanzielle Absicherung der eigenen Person
<u>Unklare Rahmenbedingungen</u>	→ Menschen helfen können
→ Mangelnde Privatsphäre	
→ Falsche und fehlende Informationen über KlientInnen	
→ Verpflichtung zur Erledigung nicht vertraglich vereinbarter Aufgaben	

7 Zusammenfassung

24-Stunden-Betreuungskräfte übernehmen zunehmend die haushalts- und personennahe Betreuung von älteren Menschen in deren Privathaushalten. Der Pflege- und Betreuungsberuf ist eine physisch und psychisch anspruchsvolle Tätigkeit. Pflege- und Betreuungskräfte mit Migrationshintergrund erfahren darüber hinaus Formen der Diskriminierung und Benachteiligung am Arbeitsplatz. Eine funktionierende Interaktion im pflegerischen Team, aber auch im Kontakt mit KlientInnen und PatientInnen wird durch eine eingeschränkte sprachliche Verständigung erschwert. Die vorliegende Dissertation identifiziert arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege sowie von 24-Stunden-Betreuungskräften. In einem systematischen Review wurde zunächst der Stand der Forschungsliteratur zur Gesundheit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erfasst. Diese Ergebnisse bildeten dann die Grundlage für zwei Interviewstudien mit 48 Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund und neun ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund unterscheiden sich von ihren einheimischen KollegInnen in ihrer physiologischen Reaktion auf Stress und dadurch, ob und wie häufig sie berufsbedingte Beschwerden wie Rückenschmerzen im Betrieb melden. Zeitdruck, Mobilisierung von KlientInnen oder PatientInnen, eine mangelnde Wertschätzung oder das persönliche Schicksal ihrer KlientInnen werden im Allgemeinen als belastend erlebt, während ein divergierendes Verständnis von Verhaltensmustern und professioneller Pflege und eine nicht funktionierende Kommunikation die Zusammenarbeit beeinträchtigt. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund erleben Vorurteile, verbale und sexuelle Belästigung durch ihre KlientInnen, teilen solche Erfahrungen aber eher selten mit. Der Austausch mit KollegInnen und Vorgesetzten auf Augenhöhe sowie die Sinnhaftigkeit ihres Berufs helfen ihnen, berufsbedingten Stress zu bewältigen. Ständige Verfügbarkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte sind alltägliche Belastungen für ausländische 24-Stunden-Betreuungskräfte und führen bis hin zu Erschöpfung, Schlaflosigkeit und erhöhter Reizbarkeit. Dagegen werden Unterstützung durch Dritte, emotionale und räumliche Distanz zur Betreuungssituation, das Erleben von Dankbarkeit, Akzeptanz und Wertschätzung und die finanzielle Absicherung als Ressourcen genannt. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berichten über spezifische Belastungen und unterscheiden sich in ihren Erklärungs- und Deutungsmustern voneinander. 24-Stunden-Betreuungskräfte berichten über eine große Arbeitsmotivation und enorme Belastungen.

7 Abstract

Live-in caregivers increasingly take over household- and person-related services for the elderly in need of care in Germany. Those services as well as nursing care are physically and mentally demanding tasks. Migrant care workers experience discrimination and are often disadvantaged at their workplace. A functioning interaction in the nursing team, but also in contact with clients and patients is challenged by limited linguistic competence. This dissertation identifies job-related barriers and resources of migrant outpatient nurses and live-in caregivers. International publications that explicitly focus on migrant nurses' health were identified and synthesized in a systematic review. The findings then formed the basis for two interview studies with 48 migrant and autochthonous nurses as well as nine foreign live-in caregivers.

Migrant nurses differ in their physiological reaction to stress as well as whether and how frequently they report work-related complaints such as back pain at work. Time pressure, mobilization of clients or patients, a lack of appreciation or the personal fate of their clients are generally experienced as stressful, while a diverging understanding of behavior patterns and professional care and a non-functioning communication impair the cooperation. Migrant nurses experience prejudices, verbal and sexual harassment by their clients, but rarely communicate those experiences. The verbal exchange with colleagues and supervisors at eye level as well as the sense-making of being a nurse help migrant nurses to cope with work-related stress. Constant availability, communication difficulties and interpersonal conflicts are daily burdens for foreign live-in caregivers and can lead to exhaustion, insomnia and increased irritability. Support, however from third parties, emotional and local distance from the direct care situation, experiencing gratitude, acceptance as well as appreciation and financial security are mentioned as resources. Migrant nurses experience specific burdens and differ in their patterns of explanation and interpretation. Live-in caregivers report high work motivation but enormous stress.

8 Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen

Publikation 1: **Schilgen B**, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M. Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review.

Konzeptualisierung:	Schilgen B, Nienhaus A, Schulz H, Mösko M
Methodenentwicklung:	Schilgen B
Datenauswertung:	Schilgen B
Ergebnisdiskussion:	Schilgen B, Handtke O
Erstellung des Manuskripts:	Schilgen B
Feedback zum Manuskript:	Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M
Betreuung:	Mösko M

Publikation 2: **Schilgen B**, Nienhaus A, Handtke O, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study.

Konzeptualisierung:	Schilgen B, Nienhaus A, Mösko M
Methodenentwicklung:	Schilgen B
Datenerhebung:	Schilgen B
Datenauswertung:	Schilgen B, Handtke O
Erstellung des Manuskripts:	Schilgen B
Feedback zum Manuskript:	Nienhaus A, Handtke O, Mösko M
Betreuung:	Mösko M

Publikation 3: **Schilgen B**, Savcenko K, Nienhaus A, Mösko M. Arbeitsplatzbezogene Belastungen und Ressourcen von ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften in deutschen Privathaushalten – eine qualitative Studie.

Konzeptualisierung:	Schilgen B, Savcenko K, Nienhaus A, Mösko M
Methodenentwicklung:	Savcenko K, Schilgen B
Datenerhebung:	Savcenko K
Datenauswertung:	Schilgen B, Savcenko K
Erstellung des Manuskripts:	Schilgen B
Feedback zum Manuskript:	Nienhaus A, Mösko M, Savcenko K
Betreuung:	Mösko M

9 Danksagung

Diese Arbeit ist durch Anregung von Herrn Professor Nienhaus entstanden. Er hat ihren Fortgang durch stetiges Interesse, kritische Anteilnahme und wissenschaftliche Begleitung gefördert. Ich bin ihm zu großem Dank verpflichtet. Darüber hinaus danke ich Herrn Dr. Mösko für die intensive Betreuung meiner wissenschaftlichen Forschungsarbeit und Herrn Professor Schulz für die methodische Betreuung meiner Untersuchungen.

Der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die das Forschungsprojekt „Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund“ grundsätzlich ermöglicht hat, bin ich zu besonderem Dank verpflichtet.

Dank gilt ferner dem Projektbeirat des Forschungsprojekts und den Ambulanten Pflegediensten in Hamburg.

10 Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

11 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: