

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Direktor der Einrichtung:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Integration von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe: Bedarfe, Konzepte und ihre Wirksamkeit

Monografische Dissertation

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

vorgelegt von:

Sidra Khan-Gökkaya
aus Frankfurt am Main

Hamburg 2020

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 24.02.2021**

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

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Holger Schulz

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Jochen Oltmer

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen	3
1 Einleitung	5
1.1 Problemstellung und Forschungsstand	5
1.2 Projektrahmen	11
1.3 Disziplinäre Zugänge.....	12
1.4 Ziele, Fragestellungen, Methoden	13
1.5 Definitionen	16
1.6 Aufbau der Arbeit.....	19
2 Hintergrund	21
2.1 Fluchtmigration: eine Hinführung.....	21
2.2 Entwicklung der arbeitsrechtlichen Situation	23
2.3 Berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften.....	24
2.4 Barrieren für die erfolgreiche Integration am Arbeitsmarkt	26
2.5 Anerkennung von Berufen.....	28
2.6 Förder- und Orientierungsprogramme	29
2.6.1 Internationale Förder- und Orientierungsprogramme.....	30
2.6.2 Förder- und Orientierungsprogramme in Deutschland.....	30
3 Systematische Erfassung der Literatur zu Förder- und Orientierungsprogrammen für zugewanderte Fachkräfte	32
3.1 Hintergrund.....	32
3.2 Methode	34
3.2.1 Systematisches Review	34
3.2.2 Suchstrategie	36
3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswahl.....	37
3.2.4 Bewertung der Qualität	40
3.3 Ergebnisse	41
3.3.1 Studienauswahl.....	41
3.3.2 Charakterisierung der Studien	42
3.3.3 Evaluationsdesign.....	44
3.3.4 Effekte.....	44
3.3.5 Studienbewertung	45

3.4	Diskussion	46
3.4.1	Gestaltung der Förder- und Orientierungsprogramme für zugewanderte Fachkräfte	46
3.4.2	Outcome der Förder- und Orientierungsprogramme für zugewanderte Fachkräfte	47
4	Herausforderungen und Strategien von geflüchteten Fachkräften	51
4.1	Hintergrund.....	51
4.2	Methode	53
4.2.1	Qualitative Studien.....	53
4.2.2	Reflexion der Forscherinnenrolle	56
4.2.3	Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen	56
4.2.4	Datengenerierung	58
4.2.5	Datenanalyse	60
4.3	Ergebnisse	63
4.3.1	Beschreibung des Samples	63
4.3.2	Herausforderungen bei der beruflichen Integration.....	65
4.3.3	Umgang mit Herausforderungen.....	77
4.4	Diskussion	80
5	Evaluation eines Orientierungsprogrammes für geflüchtete Fachkräfte ...	87
5.1	Hintergrund.....	87
5.2	Methoden	89
5.2.1	Studiendesign	89
5.2.2	Datengenerierung	90
5.3	Ergebnisse	95
5.3.1	Beschreibung des Samples	96
5.3.2	Qualitative Befragung vor Beginn des Programmes	98
5.3.3	Qualitative Prozessevaluation.....	99
5.3.4	Quantitative Prozessevaluation.....	107
5.3.5	Qualitative Outcomeevaluation	108
5.3.6	Quantitative Outcomeevaluation	112
5.4	Diskussion	114
5.4.1	Studiendesign und methodische Herausforderungen	114
5.4.2	Gestaltung des Orientierungsprogrammes	116
5.4.3	Auswirkungen des Orientierungsprogrammes	118

6 Zusammenfassende Diskussion	121
6.1 Lücken in Forschung und Programmen.....	122
6.2 Methodische Herausforderungen	123
6.3 Die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen	125
6.4 Barrieren und Bedarfe im beruflichen Integrationsprozess.....	130
6.5 Nachhaltige Integration von geflüchteten Fachkräften.....	135
6.6 Methodische Bewertung	138
6.6.1 Stärken	138
6.6.2 Limitationen.....	139
6.7 Schlussfolgerung und Ausblick.....	141
6.7.1 Praxisrelevante Schlussfolgerungen.....	141
6.7.2 Forschungsrelevante Schlussfolgerungen	144
Abkürzungsverzeichnis	146
Tabellenverzeichnis.....	147
Abbildungsverzeichnis	147
Literaturverzeichnis.....	149
Zusammenfassung	168
Abstract.....	170
Publikationen in der Originalversion	172
Danksagung	237
Lebenslauf.....	239
Eidesstattliche Versicherung	241

Not out of sentimentality because they are human beings like ourselves — for they are not, because we haven't stared death in the face — but out of responsibility, because our situation is better.

Homi Bhabha [1]

Ich widme diese Arbeit den geflüchteten Personen, die mir für die durchgeführten Studien ihr Vertrauen geschenkt haben und mich an ihren beruflichen Erfahrungen teilhaben lassen.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit zum Thema „Integration geflüchteter Personen in Gesundheitsberufe“ wurde ursprünglich als kumulative Dissertation konzipiert und bearbeitet. Aus verschiedenen Gründen wird im Folgenden von einer kumulativen Dissertation abgewichen und eine Monografie auf Basis von drei Teilstudien verfasst. Die monografische Abhandlung bringt wesentliche Vorteile mit sich: Sie ermöglicht eine deutlich tiefergehende Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten, etwa der kritischen Reflexion von Begriffen oder der Diskussion um nachhaltige Integration. Darüber hinaus ermöglicht eine Abhandlung auf Deutsch – im Gegensatz zu den veröffentlichten englischsprachigen Teilstudien – Krankenhäusern und Praxiseinrichtungen innerhalb von Deutschland diese Ergebnisse aufzugreifen und sie für ihre Einrichtung nutzbar zu machen. Damit ist eine möglichst breite Dissemination der Ergebnisse möglich – international durch die englischsprachigen Publikationen und national durch eine zusammenhängende Monografie und die Diskussion der Ergebnisse.

Alle englischsprachigen Teilstudien waren zum Abgabezeitpunkt der Dissertation bereits veröffentlicht. Damit werden in dieser Monografie bereits publizierte Inhalte aus den Studien wiederholt. Im Kodex der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zu den „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ heißt es in Leitlinie 13 (Erläuterungen): „[...] [Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler] beschränken die Wiederholung der Inhalte ihrer Publikationen als (Co-)Autorinnen/Autoren auf den für das Verständnis des Zusammenhangs erforderlichen Umfang. Sie zitieren ihre zuvor bereits öffentlich zugänglich gemachten Ergebnisse [...]“ [2]. Um die Teilstudien in dieser Monografie zusammenführen zu können und mit Bezug auf den aktuellen Stand der Literatur zu diskutieren, ist es notwendig, die einzelnen Teilstudien noch einmal darzustellen.

Zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis sowie aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit werden im Folgenden die einzelnen Kapitel den bereits veröffentlichten Teilstudien zugeordnet. Zudem werden im Folgenden und in den einzelnen Kapiteln auf Grundlage der Empfehlung der DFG neue und bereits zuvor erarbeitete Inhalte kenntlich gemacht.

- Kapitel 1 wurde für die Monografie neu erarbeitet.
- Kapitel 2 wurde für die Monografie größtenteils neu erarbeitet. Die Kapitel 2.1 (Fluchtmigration) und 2.2 (Entwicklung der arbeitsrechtlichen Situation) wurden vollständig neu erarbeitet. Die Abschnitte 2.3 (Berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften) und 2.4 (Barrieren zur erfolgreichen Integration am Arbeitsmarkt) basieren auf Recherchen für die Teilstudien und sind daher bereits zuvor publiziert worden. Der Abschnitt 2.6 (Förder- und Orientierungsprogramme) wurde in dieser Form neu erarbeitet, um verschiedene internationale und nationale Programme darzustellen.
- Kapitel 3 (Publikation 1, [3]) basiert auf einer systematischen Literaturrecherche zu internationalen Förder- und Orientierungsprogrammen für die berufliche Integration von Zugewanderten in Gesundheitsberufe. Diese Arbeit wurde im Journal „PLOS ONE“ publiziert. Der Abschnitt 3.1 (Hintergrund) wurde jedoch neu erarbeitet, um spezifischer auf den Forschungsstand in diesem Bereich eingehen zu können. Die Abschnitte 3.2 (Methode), 3.3 (Ergebnisse) und 3.4 (Diskussion) basieren auf der veröffentlichten Studie.
- Kapitel 4 (Publikation 2, [4]) basiert auf einer bundesweiten qualitativen Befragung von geflüchteten Fachkräften und ihren Betreuer:innen. Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Rahmen einer Sonderausgabe des Journals „International Migration“ publiziert. Der Abschnitt 4.1 (Hintergrund) wurde auch hier neu erarbeitet, um auf die spezifische Situation der Zielgruppe eingehen zu können. Die Abschnitte 4.2 (Methode), 4.3 (Ergebnisse) und 4.4 (Diskussion) basieren auf der veröffentlichten Studie.
- Kapitel 5 (Publikation 3, [5]) stellt die Evaluationsergebnisse eines Orientierungsprogrammes für geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufe dar. Die Studie wurde in dem Journal „Medical Education Online“ publiziert. Der Abschnitt 5.1 (Hintergrund) wurde, wie für Publikation 1 und 2, neu erarbeitet und mit kontext- und zielgruppenspezifischen Informationen ergänzt, die aufgrund von Zeichenbegrenzungen nicht in die Publikation einfließen konnten. Die Abschnitte 5.2 (Methode), 5.3 (Ergebnisse) und 5.4 (Diskussion) basieren auf der veröffentlichten Studie.

- Kapitel 7 wurde für diese Monografie neu erarbeitet. Die einzelnen Diskussionsstränge aus den jeweiligen Publikationen werden an dieser Stelle wiederholt, um sie miteinander in Kontext zu setzen und Ergebnisse so kritisch zu hinterfragen. Die methodische Bewertung der Studien in Kapitel 6.6 basiert auf einzelnen Abschnitten der Teilstudien (Publikation 1, 2, 3) und wurde um einzelne Aspekte ergänzt. Die Schlussfolgerung und der Ausblick (Kapitel 6.7) wurden neu erarbeitet.

Die Anteile, die die Autorin der Monografie zu den Publikationen beigetragen hat, sind im Folgenden aufgelistet.

Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen

Publikation 1: Khan-Gökkaya, S., Higgen, S., & Mösko, M. (2019). Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(11), e0224933. DOI: 10.1371/journal.pone.0224933.

Sidra Khan-Gökkaya war beteiligt an der Konzeptualisierung des Studiendesigns und hat die Studie selbstständig durchgeführt. Dazu gehörte die Auswahl der Ein- und Ausschlusskriterien, die Durchführung der Literaturrecherche die Begutachtung aller in der Suche identifizierten Studien, die Qualitätsbewertung der Studien, die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse, das Verfassen des Manuskripts und das Erstellen der Tabellen und Abbildungen. Sie trug zudem die Hauptverantwortung im Publikationsprozess sowie für die Überarbeitungen im Peer-Review-Prozess.

Publikation 2: Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies. *International Migration*, [voraussichtlicher Druck im Winter 2020]. DOI: 10.1111/imig.12752.

Sidra Khan-Gökkaya war beteiligt an der Konzeptualisierung des Studiendesigns und hat die Studie selbstständig durchgeführt. Dazu gehörte die Rekrutierung der Teilnehmer:innen, die Durchführung der Datenerhebung, die Datenanalyse, die Interpretation der Ergebnisse, das Erstellen der Tabellen und Abbildungen für das Manuskript. Sie trug zudem die Hauptverantwortung im Publikationsprozess und für die Überarbeitungen im Peer-Review-Prozess.

Publikation 3: Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals. *Medical Education Online*, 25(1). DOI: 10.1080/10872981.2020.1811543.

Sidra Khan-Gökkaya war beteiligt an der Konzeptualisierung des Studiendesigns und hat die Studie selbstständig durchgeführt. Dazu gehörte die Rekrutierung der Teilnehmer:innen, die Durchführung der Datenerhebung, die Datenanalyse, die Interpretation der Ergebnisse, das Erstellen der Tabellen und Abbildungen für das Manuskript. Sie trug zudem die Hauptverantwortung im Publikationsprozess und für die Überarbeitungen im Peer-Review-Prozess.

1 Einleitung

*Wenn man aus einem anderen Land kommt, hat man immer Angst davor, dass man vielleicht nicht so gut mit den Leuten umgehen kann oder vielleicht nicht versteht. Und wenn man diese Hospitation oder ein Projekt macht, dann weiß man, wie man mit den Leuten umgehen kann und wie man mit den Ärzten sprechen kann und so was. Dann diese Angst ist vorbei. Dann fühlt man sich wohl und hat mehr Selbstbewusstsein und kann einfach seinen Beruf ausüben.
(Arzt aus Syrien, Auszug aus einem Interview aus Studie 3)*

Anmerkung: Kapitel 1 wurde für die Monografie neu erarbeitet.

1.1 Problemstellung und Forschungsstand

In dem eingangs angeführten Zitat beschreibt ein Arzt aus Syrien seine Angst davor, seinen Beruf in einem neuen Umfeld auszuüben. Er spricht davon, dass diese Angst über Hospitationen oder Projektteilnahmen abgebaut werden und er selbstbewusst seinen Beruf ausüben kann. Dabei wird deutlich, dass die berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften ein komplexer Vorgang ist, bestehend aus psychologischen Prozessen, berufsalitäglichen Herausforderungen sowie unterschiedlichen Bewältigungsstrategien. Dabei scheinen die Reduktion von Angst und die Stärkung von Selbstbewusstsein wichtige Aspekte für die gelingende berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften zu sein. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) sieht die berufliche Integration von geflüchteten Personen als wichtigste Strategie im Umgang mit und als eine nachhaltige Antwort auf die weltweiten Fluchtbewegungen [6]. Im Jahr 2019 waren 79,5 Millionen Menschen auf der Flucht [7]. Dabei zählt Deutschland zu den Ländern, die die meisten geflüchteten Personen aufgenommen haben [7]. Laut dem Statistischen Bundesamt, das sich auf Zahlen des Ausländerzentralregisters (AZR) beruft, lebten Ende 2019 ca. 1,8 Millionen geflüchtete Personen in Deutschland [8]. Darüber hinaus befinden sich Menschen im Asylverfahren, sind geduldet¹ oder papierlos und dürfen daher keiner regulären Tätigkeit nachgehen.

Das Recht auf Arbeit ist in der Allgemeinen Menschenrechtserklärung verankert [10]. „Arbeit ist immer wieder als tragender Faktor für Integration hervorgehoben worden, vor allem auch als Schlüssel für soziale Kontakte, für die Wertschätzung in der

¹ Geduldete, deren Asylantrag abgelehnt wurde, dürfen in bestimmten Fällen nach Erlaubnis der Ausländerbehörde (und der Bundesagentur für Arbeit) eine Tätigkeit aufnehmen. Die Bestimmungen zur Arbeitsaufnahme sind sehr differenziert und obliegen in der Regel einer Einzelfallprüfung durch die Ausländerbehörde [9].

Aufnahmegesellschaft ebenso wie in Bezug auf das Selbstwertgefühl der Zuwanderer. Arbeit kann [...] auch helfen wieder Normalität und Perspektive in ein Leben zu bringen, auch wenn vorher entsetzliche Dinge geschehen und die alten Lebensumstände zerbrochen sind“ [11]. Das Zitat Thränhardts verdeutlicht, wie wichtig die berufliche Teilhabe für den Integrationsprozess geflüchteter Personen ist. Sie beeinflusst die individuelle Situation der geflüchteten Personen, ihr Selbstwertgefühl sowie ihre soziostrukturelle Integration. Darüber hinaus kann die berufliche Integration von geflüchteten Personen zur wirtschaftlichen Stabilität eines Landes beitragen [12] und einen Beitrag dazu leisten, dem Fachkräftemangel – insbesondere in Gesundheitsberufen – entgegenzuwirken [13]. Trotz dieser Chancen, die die berufliche Integration bietet, gehören geflüchtete Personen zu einer benachteiligten Gruppe auf dem Arbeitsmarkt, da sie mit verschiedenen individuellen, strukturellen und institutionellen Barrieren konfrontiert sind.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass frühzeitige Interventionen, etwa Förderprogramme, die Beschäftigungsfähigkeit von geflüchteten Personen erhöhen und damit die Chancen auf eine erfolgreiche Integration verbessern können [14-16]. Weltweit widmen sich Forscher:innen daher dem Thema der beruflichen Integration, nehmen sich der Daten an und nähern sich dem Datenkorpus aus unterschiedlichen Perspektiven, um wissenschaftlich fundierte Aussagen über diesen Themenkomplex treffen zu können. Aus einer internationalen Perspektive sind es häufig transnationale Organisationen, wie etwa die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (engl. OECD), der United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) oder die Europäische Kommission, die sich der Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen widmen [14, 15, 17]. Sie analysieren die Ist-Situation und evaluieren den Stand der beruflichen Integration von geflüchteten Personen in ihren jeweiligen Mitgliedsländern. So analysieren die Autor:innen einer Studie im Auftrag des Europäischen Parlamentes wissenschaftliche Ergebnisse sowie Strategiepapiere der Mitgliedsländer zur Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen [14]. Basierend darauf leiten die Autor:innen der Studie, die 2016 erschienen ist, Empfehlungen für unterschiedliche Integrationsbereiche ab und illustrieren diese mit Best-Practice-Ansätzen. Sie kommen u.a. zu dem Schluss, dass die einzelnen Mitgliedsländer unterschiedlich gut darauf vorbereitet sind, die Integration der geflüchteten Personen zu adressieren. Die Autor:innen empfehlen,

dass geflüchtete Personen möglichst frühzeitig an Spracherwerbsangeboten und Kompetenzeinschätzungsverfahren teilnehmen können und ihre Qualifikationen sowie informelle Lern- und Arbeitserfahrungen anerkannt werden. Zudem stellen sie fest, dass in diesem Bereich noch Forschungslücken bestehen und empfehlen daher, Daten zur beruflichen Integration, zu Barrieren und Herausforderungen sowie der Wirksamkeit von Programmen zu erheben. Eine weitere Studie, die in Kooperation von OECD und Europäischer Kommission entstand und 2016 veröffentlicht wurde, evaluiert den Stand der Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen [17]. Sie beziehen sich auf Daten des „EU Labour Force Survey (LFS)“, einer Datenerhebung zur Beschäftigung und Arbeitslosigkeit von Menschen in den EU-Mitgliedstaaten, dem Vereinigten Königreich, Island, Norwegen, der Schweiz und in den Kandidatenländern (Montenegro, Nordmazedonien, Serbien und der Türkei). Im Rahmen dieser wurden 2008 und 2014 auch Daten zu zugewanderten Personen erhoben. Die Autor:innen der Studie kommen u.a. zu dem Ergebnis, dass geflüchtete Personen zu einer besonders vulnerablen Gruppe auf dem Arbeitsmarkt gehören und dass knapp zwei Drittel der hochqualifizierten geflüchteten Personen in Berufen arbeiten, für die sie überqualifiziert sind. Dies wird auf fehlendes Humankapital, bspw. durch Nicht-Anerkennung der Qualifikationen sowie andere strukturelle Faktoren zurückgeführt [17]. Während der Fokus in diesen Studien auf demografische und strukturelle Aspekte der Arbeitsmarktintegration gelegt wird, widmet sich eine Befragung der OECD und des UNHCRs der Perspektive der Arbeitgeber:innen auf die Einstellung von geflüchteten Personen [15]. Die Autor:innen der Studie kommen zu dem Ergebnis, dass Arbeitgeber:innen geflüchtete Personen zwar unterstützen, etwa durch Praktika, die Zahl der festen Anstellungen jedoch gering ist. Dies trifft besonders auf Berufe mit höheren Qualifikationsanforderungen zu, weshalb die Autor:innen fordern, dass Verfahren zur Kompetenzfeststellung professionalisiert und an Schulungen für geflüchtete Personen in Mangelberufen² gekoppelt werden.

Diese Studien verdeutlichen, dass die Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Fachkräften regional variiert und mit zielgruppen- und berufsspezifischen Herausforderungen sowie den Ankunftskontexten verbunden ist. Nur eine gezielte

² Als Mangel- oder Engpassberufe werden Berufe bezeichnet, in denen Arbeitskräfte fehlen. Basierend auf Statistiken und Analysen erstellen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie die Arbeitsagenturen Listen mit Mangelberufen.

Auseinandersetzung mit diesen spezifischen Faktoren ermöglicht es, neues Wissen und Handlungsempfehlungen für die berufliche Integration im Kontext der Gesundheitsversorgung zu generieren. Daher soll im Folgenden spezifisch auf den Forschungsstand bezüglich der Integration geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufen eingegangen werden, um daran anschließend die Ziele und Fragestellungen dieser Dissertation abzuleiten.

International existieren nur punktuell Studien, die die beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen untersuchen und damit zielgruppen- und kontextspezifisches Wissen generieren. So wurde etwa in Großbritannien vom National Health Service (NHS) das Buch „Refugee Doctors. Support, Development and Integration in the NHS“ [18] herausgegeben. Hier kommen unterschiedliche Akteur:innen, aber auch geflüchtete Ärzt:innen zu verschiedenen Aspekten der beruflichen Integration zu Wort. Die Themen beziehen sich auf Fluchtbedingungen und Sprachanforderungen, die Erfassung von Lernbedarfen, Studiengruppen, Mentoring-Programme, klinische Praktika, aber auch auf die Geschichte der Fluchtbewegungen nach Großbritannien. Das Buch richtet sich an Organisationen, Bildungsträger und andere Akteur:innen, die sich mit der Situation von geflüchteten Ärzt:innen in Großbritannien beschäftigen, und liefert aus einer praxisorientierten Perspektive Ansätze zu einer verbesserten Integration von geflüchteten Ärzt:innen. Zusätzlich existieren wissenschaftliche Studien zur Situation von geflüchteten Ärzt:innen in Großbritannien. So kommt eine qualitative Studie aus dem Jahr 2003 zu dem Ergebnis, dass geflüchtete Ärzt:innen in Großbritannien nicht nur Herausforderungen bei der Anerkennung und Registrierung als Ärzt:innen erleben, sondern auch innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems Diskriminierungen erleben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch weitere qualitative Studien zur beruflichen Integration geflüchteter Fachkräfte [19-21]. Weiterhin ist auch diejenige Literatur zu erwähnen, die sich bisher auf hochqualifizierte zugewanderte Personen fokussierte, und nun beginnt, hochqualifizierte Geflüchtete und deren Integration in den Blick zu nehmen. Das gilt bspw. für eine qualitative Studie aus Schweden, die die Selbstwahrnehmung geflüchteter Ärzt:innen untersucht [22]. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Berufsausübung für geflüchtete Personen ein identitätsstiftendes Merkmal darstellt, aus dem sie Kraft schöpfen. Das Label „Geflüchtete“ empfinden sie jedoch als negativ, was ihre Selbstwahrnehmung beeinflusst. Im Kontext von

hochqualifizierten Geflüchteten sollte auch auf die Sonderausgabe des Journals „International Migration“ der Organisation „International Organization for Migration“ (IOM) zum Thema „Hochqualifizierte Geflüchtete“ verwiesen werden, die im Winter 2020 erscheinen soll. Darin werden die beruflichen Erfahrungen hochqualifizierter Geflüchteter exemplarisch in den drei Ländern Norwegen, Schweden und Deutschland untersucht. Die für die vorliegende Dissertation durchgeführte Interviewstudie wird im Rahmen dieser Sonderausgabe publiziert.

Darüber hinaus existieren international zahlreiche Studien, die die berufliche Integration von internationalen Medizinabsolvent:innen und die Rolle von Förderprogrammen zur Unterstützung von deren Integration analysieren. Aufgrund der Vielzahl der Studien in diesem Bereich empfiehlt es sich für einen Überblick auf systematische Reviews in diesem Bereich zu verweisen. In Kapitel 3.1 wird eingehend auf Ergebnisse von drei systematischen Reviews in diesem Kontext eingegangen, um daraus ableitend für den Zweck dieser Dissertation ein systematisches Review durchzuführen. An dieser Stelle sei daher in aller Kürze nur auf das Ergebnis der Reviews verwiesen, dass Förderprogramme die berufliche Integration von zugewanderten Fachkräften unterstützen können, es aber – aufgrund methodischer Limitationen – nur bedingt möglich ist, Aussagen zur Wirksamkeit dieser Programme zu treffen [23-25].

Im deutschsprachigen Raum existieren diverse Organisationen und Forschungsprojekte, die zum Thema Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen forschen. So gibt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) regelmäßig Studien zur Situation von geflüchteten Personen auf dem Arbeitsmarkt heraus [26]. Die Daten basieren auf Befragungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), die in einem Kooperationsprojekt mit dem IAB und dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) auf Migrant:innen und geflüchtete Personen erweitert wurden. Die aktuellste Studie in diesem Kontext konstatiert, dass die Arbeitsmarktintegration heute schneller erfolgt als bei früheren Geflüchteten und die Teilnahme an arbeitsmarktfördernden Maßnahmen zugenommen hat [26]. Weiterhin widmen sich unterschiedliche Stiftungen [16, 27] sowie verschiedene universitäre Forschungsprojekte [28, 29] dem Stand der Arbeitsmarktintegration sowie bestehenden Praxisansätzen und Empfehlungen. Die Studien haben gemeinsam,

dass sie in der Regel branchenunspezifisch sind und auf den gesamten Arbeitsmarkt fokussieren. Branchenspezifische Studien im Kontext von Gesundheitsberufen existieren auch in Deutschland nur punktuell für zugewanderte Ärzt:innen und Pfleger:innen. Sie untersuchen qualitativ die von den zugewanderten Ärzt:innen erlebten Barrieren bei der beruflichen Integration [30] und die von zugewanderten Pflegekräften erlebten Herausforderungen bei der betrieblichen Integration [31, 32]. Da in Kapitel 2.4 die Ergebnisse dieser Studien ausführlich aufgegriffen werden, sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, dass in den Studien individuelle, strukturelle und organisationale Barrieren bei der Integration von geflüchteten Personen identifiziert werden.

Die Skizzierung des Forschungsstandes stellt aus forschungsökonomischen Gründen einen Ausschnitt der Forschung dar. Sie zeigt auf, dass kontext- und zielgruppenspezifische Daten zur Situation von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen in Deutschland fehlen. Angesichts der integrationspolitischen Relevanz des Themas ist es verwunderlich, dass die Forschung sich diesem noch so wenig angenommen hat. Diese Dissertation knüpft an diese Forschungslücke an; sie hat das übergeordnete Ziel, Erkenntnisse zum beruflichen Integrationsprozess geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufen zu gewinnen und die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen für die berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften zu untersuchen. Die Auswahl dieses spezifischen Themas ermöglicht eine Bündelung vorangegangener wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie die Auswertung vorhandener Bedarfe und Programme. Dabei wird auf die berufliche Integration einer spezifischen Zielgruppe (geflüchtete, qualifizierte Fachkräfte) in einem spezifischen Setting (Gesundheitsversorgung) mithilfe von Bildungsmaßnahmen (Programmen) fokussiert. Aufgrund der Praxisrelevanz des Themas wurden auch praxisnahe, empirische Vorgehensweisen zur Bearbeitung gewählt. Für die methodische Vorgehensweise wurden empirische Methoden aus der Psychologie und Versorgungsforschung angewandt und mit kultur- und sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweisen kombiniert. Diese Verbindung ermöglicht es, systematische Studien durchzuführen und Ergebnisse in einem migrations- und fluchtrelevanten Diskurs einzubetten, um sie kritisch zu hinterfragen. Damit trägt die Arbeit dazu bei, mithilfe eines interdisziplinären Forschungsdesigns die Forschungslücke in diesem Bereich zu schließen und theoretisch sowie empirisch

fundiertes Wissen zu generieren. Zum besseren Verständnis der Auswahl der Themen und Methoden werden im Folgenden das Rahmenprojekt, aus dem die Dissertation entstanden ist, sowie disziplinäre Zugänge und Grenzen des Themas dargestellt.

1.2 Projektrahmen

Die Dissertation entstand im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds für vier Jahre finanzierten Projektes „Berufliche Integration von Flüchtlingen in die Patientenversorgung“ (Laufzeit: 01.02.2017 bis 31.12.2020). Als übergeordnetes Ziel des Projektes wurde im Projektantrag die Fachkräftesicherung und die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit der geflüchteten Personen in einer früheren Integrationsphase definiert (Projektvorschlag). Durch das Erlernen der Fachsprache, die Einbindung in den Arbeitsalltag sowie die Vermittlung relevanter Themen sollte der Anerkennungsprozess unterstützt und die Integration der geflüchteten Fachkräfte in die betrieblichen Prozesse erleichtert werden. Das Projekt wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt und richtete sich an geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen. Im Wesentlichen bestand das Projekt aus drei Bildungs- und Interventionsmaßnahmen: dem Fachsprachenunterricht, einer Hospitation und einem interkulturellen Coaching. Die Teilnehmenden an dem Projekt hospitierten auf einer ihrer Qualifikation entsprechenden Station und besuchten an drei Tagen den Unterricht und das Coaching am UKE. Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt war es, dass die geflüchteten Personen in Hamburg gemeldet waren und ein berufliches Anerkennungsverfahren beantragt hatten oder dies in naher Zukunft beabsichtigten. Zudem mussten die geflüchteten Personen einen der folgenden Aufenthaltsstatus haben: Aufenthaltsgestattung, Asylberechtigte (§ 2 AsylG), Flüchtlingseigenschaft (§ 3 AsylG), Subsidiärer Schutz (§ 4 AsylG), Abschiebungsverbot (§ 24 AsylG bzw. § 60 AufenthG), Duldung (§ 60 AufenthG, wenn abgelehnte Asylbewerber), Kontingentflüchtlinge (§ 23 AufenthG). Das Projekt wurde von der Akademie für Bildung und Karriere (Geschäftsführung: Prof. Dr. Walter Teichmann) initiiert. Die Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung am Institut für Medizinische Psychologie (Leitung: Prof. Dr. Mike Mösko) am UKE wurde mittels zweier Arbeitsstellen als Kooperationspartner hinzugezogen. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin hat die Autorin der Monografie die Inhalte und Materialien für das Interkulturelle Coaching entwickelt und das Gesamtprojekt

evaluiert. Die Evaluation des Gesamtprojektes fließt als eine Teilstudie in die vorliegende Monografie ein. Bei der Bearbeitung der Monografie wurde eine interdisziplinäre Perspektive gewählt. Daher werden im Folgenden das Thema dieser Arbeit disziplinär verortet und bedeutende Begriffe für die Bearbeitung dieser Arbeit reflektiert.

1.3 Disziplinäre Zugänge

Die arbeitsmarktbezogene Fluchtforschung blieb in Deutschland lange Zeit unbeachtet [28]. Im Rahmen eines „State-of-Research“-Papieres des Netzwerks „Flucht: Forschung und Transfer“ zeichnen die Autor:innen des Papiers die Entwicklung arbeitsmarktbezogener Fluchtforschung sowie verschiedene theoretische und methodische Zugänge zur arbeitsmarktbezogenen Fluchtforschung nach. Sie beschreiben, dass die arbeitsmarktbezogene Fluchtforschung sehr anwendungsorientiert und an politischen Rahmenbedingungen orientiert war [28]. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema findet somit eher praxisorientiert statt und greift nur in vereinzelt Fällen auf theoretische Modelle zurück [28]. Die Bearbeitung dieser Dissertation reiht sich in diese praxisorientierte Forschung ein. Dabei kann das Thema dieser Monografie „Integration von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe: Konzepte, Bedarfe und ihre Wirksamkeit“ in mehreren Bezugsdisziplinen verortet werden. Entsprechend wurde es auch durch eine interdisziplinäre Projektgruppe bearbeitet. Durch eine enge Anbindung der Autorin, den Co-Autor:innen, des Doktorvaters (Prof. Dr. Holger Schulz) und des Prüfungsausschusses an das Institut für Medizinische Psychologie wurden Methoden genutzt, die in der Psychologie und der Gesundheits- und Versorgungsforschung häufig verwendet werden. Dazu zählen bspw. die systematische Literaturrecherche (Kapitel 3) und die Darstellung der Studien nach dem IMRAD-Schema [33]. Entsprechend ist die Monografie auch an der Medizinischen Fakultät angesiedelt. Durch die wissenschaftliche Ausbildung der Autorin in den Fächern „Kultur- und Religionswissenschaft“ und „Internationaler Migrationsforschung und Interkulturelle Beziehungen“ konnten jedoch Diskurse in der Migrations- und Integrationsforschung eingebettet werden. Diese Einordnung konnte auch durch Herrn Apl. Prof. Dr. Jochen Oltmer, Universität Osnabrück, rückgekoppelt werden, der Mitglied des Prüfungsausschusses ist und aus einer historisch-sozialwissenschaftlichen Perspektive den Bereich der Migrationsforschung vertritt.

Aufgrund der praxisorientierten Forschung und der kumulativen Ausrichtung der Arbeit war es nicht das Ziel, theoretische Ansätze zu prüfen, sondern vielmehr Daten vor dem Hintergrund der Kenntnis dieser Ansätze zu interpretieren und einzuordnen.

1.4 Ziele, Fragestellungen, Methoden

Die Arbeit geht in einem dreistufigen Verfahren vor und kommt vom Theoretischen über die Praxis hin zu einer Einzelevaluierung. Im **ersten Schritt** erfolgt eine systematische Bestandsaufnahme von internationalen Förder-, Qualifizierungs- und Orientierungsprogrammen und ihrer Wirksamkeit zur beruflichen Integration von zugewanderten Personen. Die systematische Recherche dient dazu, evidenzbasierte Programme darzustellen, um daraus Erkenntnisse zur Gestaltung der Programme gewinnen zu können. Zudem sollen mithilfe der systematischen Recherche die Evaluationsmethoden und die Wirksamkeit der Programme analysiert werden. Ziel ist die Beantwortung folgender Leitfragen:

Studie 1 (Publikation 1, systematisches Review)	Ziel I: Erstellung einer systematischen Übersicht international implementierter Förder- und Orientierungsprogramme und ihrer Wirksamkeit für die Integration zugewandeter und geflüchteter Personen in Gesundheitsberufe	a) Welche internationalen Förder- und Orientierungsprogramme gibt es für die berufliche Integration zugewandeter und geflüchteter Personen in Gesundheitsberufen?
		b) Welche Inhalte und Designs liegen diesen Programmen zugrunde?
		c) Wie evaluieren die Studien die Programme?
		d) Wie effektiv sind die Programme?

Tab. 1: Ziele und Fragestellungen der Studie 1 (eigene Darstellung).

Zur Bearbeitung dieser Fragen wurde ein systematisches Review gewählt, das nach strikten, vorab festgelegten Kriterien und systematischen Prozessschritten durchgeführt wurde. Zudem ermöglicht ein systematisches Review, die Evidenzen im erforschten Bereich kritisch zu bewerten und so auf Forschungslücken aufmerksam zu machen. So entsteht ein erster internationaler Überblick zur Programmgestaltung und der Wirksamkeit von Programmen für die berufliche Integration von zugewanderten und geflüchteten Personen. Für den Transfer der Ergebnisse auf den nationalen Kontext müssen jedoch zielgruppen- und kontextspezifische Faktoren in Deutschland berücksichtigt werden. Daher gilt es, Erkenntnisse zur spezifischen

Situation der Zielgruppe und zu ihren Erfahrungen im Kontext der beruflichen Integration in Deutschland zu gewinnen.

Der **zweite Schritt** besteht daher darin, geflüchtete Fachkräfte und ihre Betreuer:innen bundesweit zu ihren Erfahrungen in beruflichen Kontexten zu befragen. Zu diesem Zweck wurden für die zweite Teilstudie folgende Leitfragen gestellt:

Studie 2 (Publikation 2, Interviewstudie)	Ziel II: Identifikation der Herausforderungen und Strategien, die geflüchtete Fachkräfte und Betreuende im Kontext ihres beruflichen Integrationsprozesses in Deutschland erleben und entwickelt haben	a) Welche Barrieren und Herausforderungen erleben geflüchtete Personen im Arbeitsalltag?
		b) Welche Barrieren und Herausforderungen erleben Betreuer:innen bei der Einarbeitung und Integration geflüchteter Personen in Gesundheitsberufe?
		c) Welche Strategien und Ressourcen haben geflüchtete Personen und ihre Betreuer:innen im Umgang mit diesen entwickelt?

Tab. 2: Ziele und Fragestellungen der Studie 2 (eigene Darstellung).

Das übergeordnete Ziel der Teilstudie war es, Herausforderungen und Strategien der geflüchteten Fachkräfte bei der beruflichen Integration zu identifizieren. Darüber hinaus sollten weiterführende Ansätze zur Adressierung struktureller und institutioneller Veränderungen in Organisationen diskutiert werden. Für die Beantwortung der Fragen wurden bundesweit semistrukturierte Interviews mit geflüchteten Fachkräften und ihren Betreuer:innen geführt. Dabei wurde ein Schwerpunkt auf arbeitsalltägliche Erfahrungen gelegt, da dieser Bereich kaum erforscht wird, die Untersuchung aber ermöglicht, spezifische Erkenntnisse zu den Erfahrungen in Settings der Gesundheitsversorgung zu gewinnen.

Im **dritten Schritt** erfolgt die systematische Evaluierung eines in Hamburg implementierten Orientierungsprogrammes für geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen. Die Evaluierung dieses Programmes ermöglicht es, die Ergebnisse des Reviews auf kontext- und zielgruppenspezifische Settings zu übertragen und die in der Interviewstudie identifizierten Bedarfe auf ihre Realisierbarkeit durch Programme hin zu überprüfen. So war es das Ziel dieser

Teilstudie, die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Prozesselementen sowie die Wirksamkeit des Programmes insgesamt zu analysieren.

Die Evaluierung folgte den folgenden Leitfragen:

Studie 3 (Publikation 3, Evaluationsstudie)	Ziel III: Analyse und Evaluation eines am UKE implementierten Orientierungsprogrammes zur beruflichen Integration von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe	a) Wie zufrieden waren die Teilnehmenden mit dem Programm?
		b) Welche Programmbausteine waren herausfordernd für die Teilnehmenden und welche können verbessert werden?
		c) Haben die Teilnehmenden durch das Programm etwas lernen können und wenn ja, in welchen Bereichen?
		d) Welche weiteren Effekte hatte das Programm?

Tab. 3: Ziele und Fragestellungen der Studie 3 (eigene Darstellung).

Da es sich um ein Modellprogramm handelte, wurde ein explorativer Ansatz für die Beantwortung der Leitfragen gewählt. Mithilfe eines qualitativen Fallserienkonzeptes wurden Teilnehmende und Dozierende im Programm zu vier Messzeitpunkten zu ihren Erfahrungen befragt. Zusätzlich wurde die Zufriedenheit mit dem Programm und die Auswirkung des Programmes mithilfe von quantitativen Fragebögen von den Teilnehmenden bewertet.

Das Ziel dieser monografischen Dissertation ist es, die Ergebnisse der einzelnen Teilstudien zusammenzuführen und zueinander in Beziehung zu setzen. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen sollen mögliche Implikationen für eine nachhaltige Integration vorgestellt und diskutiert werden. Im Sinne der Evidenzsicherung ist es vorab jedoch notwendig, wesentliche Begriffe, die in dieser Arbeit genutzt werden, zu definieren und einzuordnen.

1.5 Definitionen

Der Titel dieser Arbeit, „Integration von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe“, weist auf drei essenzielle Begriffe hin, die vorab definiert werden müssen: (1) geflüchtete Personen, (2) (berufliche) Integration und (3) Gesundheitsberufe.

Das UNHCR definiert Geflüchtete als Personen, die vor Krieg, Gewalt, Konflikten oder Verfolgung fliehen mussten und eine internationale Grenze überquert haben, um in einem anderen Land Schutz zu suchen [34]. In der Genfer Flüchtlingskonvention heißt es: „the term ‘refugee’ shall apply to any person who [...] as a result of events occurring before 1 January 1951 and owing to wellfounded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it“ [35]. In dieser Arbeit wird der Begriff „geflüchtete Personen“ und/oder „geflüchtete Fachkräfte“ deskriptiv genutzt, um eine Personengruppe zu beschreiben, die die Erfahrung des Geflüchtet-Seins und Fachkräfte-Seins teilt. Diese Benennung erfolgt unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus³ und ihrer Anerkennung als Fachkräfte im Sinne des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes⁴. Andere Begriffe und Bedeutungen wurden nur verwendet, wenn sie einen rechtlichen Status wiedergeben oder explizit in den Einschlusskriterien der jeweiligen Teilstudien definiert werden. Aus einer kulturwissenschaftlichen Perspektive ist es erforderlich, die Bildung von Kategorien und Begriffen zu reflektieren, um stigmatisierende

³ Ein alternativer Begriff für geflüchtete Personen, unabhängig von ihrem Schutzstatus, wäre „Schutzsuchende“. Schutzsuchende sind laut dem Statistischen Bundesamt „Ausländerinnen und Ausländer, die sich unter Berufung auf völkerrechtliche, humanitäre oder politische Gründe in Deutschland aufhalten und mit entsprechendem aufenthaltsrechtlichem Status im Ausländerzentralregister (AZR) erfasst sind“ [8]. Der Begriff umfasst drei Untergruppen, die differenziert betrachtet werden sollten: Schutzsuchende mit (1) offenem, (2) anerkanntem und (3) abgelehntem Schutzstatus [8]. In dieser Arbeit wurde weiterhin mit dem Begriff „geflüchtete Person“ gearbeitet, da in den drei Teilstudien auf Englisch ebenfalls diese Bezeichnung gewählt wurde und die Monografie diese Teilstudien zusammenführen soll.

⁴ Mit dem seit 01. März 2020 geltenden Fachkräfteeinwanderungsgesetz soll die Zuwanderung qualifizierter Fachkräfte aus nicht EU-Ländern gesteuert werden. Das Gesetz definiert Fachkräfte als Personen aus Drittstaaten, die „eine inländische qualifizierte Berufsausbildung oder eine mit einer inländischen qualifizierten Berufsausbildung gleichwertige ausländische Berufsqualifikation besitzen oder einen deutschen, einen anerkannten ausländischen oder einen einem deutschen Hochschulabschluss vergleichbaren ausländischen Hochschulabschluss haben“ [36].

Reproduktionen zu vermeiden und die eigene Forschung auf mögliche Folgen – insbesondere für die Zielgruppe – kritisch zu hinterfragen [37]. Bei der Nutzung der Begriffe „geflüchtete Personen/Fachkräfte“ wird das Geflüchtet-Sein als ein wesentliches Merkmal der Personen in den Vordergrund gerückt, während andere Identitätsaspekte vernachlässigt werden. Darüber hinaus unterscheidet sich die Situation der Zielgruppe im Hinblick auf viele verschiedene Faktoren, die alle Lebensbereiche beeinflussen können: die Situation im Herkunftsland, Umstände der Flucht, Ankunftskontexte, (psycho-)soziale Situation und demografische Aspekte. Unabhängig von dem Begriff „geflüchtete Person“ wurde in den Teilstudien, die auf Englisch publiziert wurden, der Begriff „refugee health professionals“ (RHP) benutzt. Auch hier muss kritisch angemerkt werden, dass die begriffliche Verkürzung die diversen Identitätsmerkmale der Zielgruppe nicht berücksichtigt. Daher ist es notwendig, die vielfältigen Identitätsaspekte, Ressourcen und Strategien, die geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen haben, stets mitzudenken und diese hervorzuheben.

Für die Definition von Integration wird eine generische, d.h. eine alle Gruppen einschließende, Definition nach den Migrationsforschern Bade und Bommes genutzt: „Integration ist nach dieser – auch für Menschen ohne den sogenannten Migrationshintergrund einsetzbaren – Definition die messbare Teilhabe an den zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, insbesondere an frühkindlicher Erziehung, schulischer Bildung und beruflicher Ausbildung, am wirtschaftlichen Leben, an den rechtlichen und sozialen Schutz- und Hilfssystemen, bis hin zur – statusabhängigen – politischen Teilhabe“ [38]. Im Anschluss daran bezieht Integration sich in dieser Arbeit auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt. Anknüpfend daran lehnt sich die Vorstellung einer nachhaltigen und gelungenen Integration an eine praxisorientierte Definition des Netzwerkes „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) an. Das IQ-Netzwerk versteht berufliche Integration als Prozess. Dabei beinhaltet die gelungene berufliche Integration als Prozessergebnis vier Komponenten, die auf eine Person zutreffen sollten: (1) die Person ist sich ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten bewusst, (2) die Person hat eine ihren Kompetenzen oder Wünschen entsprechende Erwerbstätigkeit gefunden oder aufgenommen, (3) die Person kann ihren Lebensunterhalt sichern, wird perspektivisch ohne Transferleistungen auskommen und hat berufliche Entwicklungschancen – dies beinhaltet auch eine

Existenzsicherung unter würdigen Bedingungen – und kann (4) ihr Familienleben mit ihrem Beruf vereinbaren [39]. Im Kontext dieser Arbeit wird als Ziel der beruflichen Integration daher auch verstanden, dass geflüchtete Fachkräfte (sofern es ihren eigenen Wünschen entspricht) wieder in ihren erlernten Berufen in Deutschland arbeiten können und keine Tätigkeiten unterhalb ihres Qualifikationsniveaus ausüben. Da die berufliche Integration maßgeblich von dem Anerkennungsverfahren abhängt, wird mit Blick auf die Zielsetzung dieser Arbeit darauf verzichtet, den Prozess der beruflichen Integration vollständig zu untersuchen. Vielmehr wird auf einzelne Teilaspekte der beruflichen Integration, etwa die arbeitsalltäglichen Erfahrungen und die Stärkung durch Förder- und Orientierungsprogramme, eingegangen, da diese, wie in Kapitel 1.1 beschrieben, in der Forschung vergleichsweise weniger Beachtung gefunden haben.

Obwohl in dieser Arbeit eine generische, inklusive Definition von (beruflicher) Integration gewählt wurde, muss der Begriff „Integration“ aus mehreren Gründen kritisch reflektiert werden. Erstens wird der Begriff „Integration“ in Deutschland als ordnungspolitisches Instrument genutzt [40], um Integrationsanforderungen an migrantisch markierte⁵ Personen zu stellen. Dabei beziehen sich die Anforderungen auf die Integration in herrschende Ordnungssysteme, die als homogen gedacht werden [40]. Zweitens basiert der Begriff auf einer negativen Erzählung über die Integrationsunwilligkeit, Unfähigkeit oder die verpasste Integration von Menschen [41]. Die Nutzung des Begriffes Integration reproduziert diese Erzählung und fordert dazu auf, immer wieder neue Anforderungen an die Integration zu stellen. Migrantisch markierten Menschen wird damit eine kulturelle Bringschuld übertragen [42]. Drittens fokussiert der Begriff auf Migrant:innen und migrantisch markierte Menschen, während strukturelle und institutionelle Ungleichheiten, Machtasymmetrien und Diskriminierungen außer Acht gelassen werden. Für die Diskussion um Integration ist es daher unerlässlich, Gleichbehandlung und Anti-Diskriminierung mitzudenken [43]. Dabei ist eine erfolgreiche Integration als zweiseitiger Prozess zu verstehen [44], bei dem auch die Systeme und Menschen des Aufnahmelandes Veränderungen gegenüber offen sein müssen.

⁵ Migrantisch markiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Menschen aufgrund phänotypischer Merkmale (z.B. Haut- oder Haarfarbe) oder ihres Namens von anderen Menschen als Migrant:innen bezeichnet werden. Somit handelt es sich um eine Fremdzuschreibung, die sich nicht mit der Selbstbezeichnung deckt und/oder der Realität entspricht.

Die Begriffe Gesundheitsberufe und Fachkräfte in Gesundheitsberufen verweisen auf alle Professionen innerhalb der Grund-, Sekundär- und Tertiärversorgung mit und ohne Kontakt zu Patient:innen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass der erfolgreiche Erwerb einer Ausbildung oder eines Studiums in einer gesundheitsbezogenen Profession die geflüchteten Fachkräfte als solche qualifiziert. Wenn von geflüchteten Fachkräften die Rede ist, handelt es sich somit nicht um eine formelle Definition nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz (siehe Fußnote 4, S. 16), sondern um eine Beschreibung der Fachkompetenzen in einem bestimmten Berufsfeld. Zur besseren Operationalisierung der Begriffe wurden in den einzelnen Teilstudien Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die auch Gesundheitsberufe definieren und eingrenzen.

Zusätzlich zur kritischen Reflexion der Begriffe sollte eine kritische Haltung bei der Bearbeitung der zugrundeliegenden Themen eingenommen werden. Diese Haltung bezieht sich darauf, dass diese Arbeit nicht nur dazu dient, abstraktes Wissen zu produzieren, sondern Wissen mit und für Betroffene zu produzieren. Entsprechend ermöglicht der qualitative Schwerpunkt dieser Arbeit es, Wissen mit der erforschten Zielgruppe – anstelle von Wissen über die Zielgruppe – zu gewinnen [45]. Weiterhin sei an dieser Stelle auf den „dualen Imperativ“ in der englischsprachigen Fluchtforschung verwiesen, der besagt, dass Forschung über geflüchtete Menschen nicht nur wissenschaftlichen und ethischen Standards entsprechen, sondern auch politische und praxisrelevante Zielsetzungen verfolgen muss [46]. Um eine solche Forschung durchführen zu können, braucht es daher auch eine reflexive Haltung der Forschenden, die „gesellschaftliche Strukturen, die Machtasymmetrien erst hervorbringen, als solche zu erkennen und zu verändern“ [45]. Bei der Bearbeitung und Erstellung dieser Arbeit wurde daher der Versuch unternommen, strukturelle und institutionelle (Macht-)Strukturen mitzudenken und basierend auf den Ergebnissen Implikationen für eine gleichberechtigte Teilhabe von geflüchteten Personen am Arbeitsmarkt herzuleiten.

1.6 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel dieser Arbeit wird die wissenschaftliche Relevanz sowie der Forschungsstand aufgezeigt. Zudem werden Rahmenbedingungen, disziplinäre Zugänge

und zentrale Begriffe kritisch diskutiert. Das zweite Kapitel fokussiert auf die Themen Flucht und Arbeit. Nach einer Einführung in die Fluchtmigration wird die arbeitsmarktrechtliche Situation von geflüchteten Personen in Deutschland dargestellt. Basierend darauf werden aktuelle Zahlen und Erkenntnisse zur beruflichen Situation von geflüchteten Personen in Deutschland skizziert und die Barrieren bei der beruflichen Integration dargestellt. Da die Anerkennung der Berufe eine wesentliche Hürde darstellt, auf die im Rahmen der Arbeit nur marginal eingegangen werden kann, da arbeitsalltägliche Erfahrungen im Vordergrund stehen, erfolgt ein kurzes Kapitel zur Anerkennung der Berufe. Daran schließt sich ein Kapitel zu Förder- und Orientierungsprogrammen im Kontext der beruflichen Integration an. Darauf folgt in Kapitel 3 das systematische Review zu internationalen Förder- und Orientierungsprogrammen. Die Darstellung der Studie folgt dem IMRAD-Schema, das für das Verfassen von Publikationen in gesundheitsrelevanten Fachzeitschriften genutzt wird [33]. Es beginnt mit einer Einleitung und Hintergrundinformationen, stellt die Methoden dar, präsentiert deskriptiv die Ergebnisse und diskutiert diese anschließend. Kapitel 5 und 6 folgen ebenfalls dem IMRAD-Schema und stellen die Ergebnisse der Interview- und der Evaluationsstudie dar. Im letzten Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Studien zusammengeführt und Ergebnisse miteinander rückgekoppelt. Dabei werden methodische Zugänge, Barrieren und Bedarfe im Integrationsprozess sowie die Wirksamkeit von Programmen kritisch diskutiert. Darüber hinaus werden die Grenzen individueller Fördermöglichkeiten dargelegt und strukturelle sowie institutionelle Veränderungsmöglichkeiten aufgezeigt, die zu einer nachhaltigen Integration beitragen könnten. Abschließend folgt die methodische Bewertung der Studien. Im Abschnitt „Limitationen“ werden u.a. Desiderata aufgezeigt, die im Rahmen dieser Dissertation nicht bearbeitet werden konnten, aber zur weiteren Erforschung des Themas gewinnbringend sind. Die Monografie schließt daher mit einer Schlussfolgerung zu Spannungsfeldern und Lösungsansätzen der beruflichen Integration und einem Ausblick über künftige Forschungsperspektiven ab.

2 Hintergrund

Anmerkung: Die folgenden Abschnitte wurden für die Monografie neu erarbeitet.

2.1 Fluchtmigration: eine Hinführung

Wie in der Einleitung eingeführt schätzt das UNHCR, dass weltweit im Jahr 2019 79,5 Millionen Menschen auf der Flucht waren [7]. Dies ist die höchste Zahl, die jemals von dem UNHCR aufgezeichnet wurde [7]. Ein sehr großer Teil dieser geflüchteten Personen (45,7 Millionen) hat keine Staatsgrenze überquert und zählt damit zu den sogenannten „internally displaced persons“ (Binnenvertriebene) [7]. Weitere 26 Millionen Menschen waren weltweit rechtlich als Flüchtlinge anerkannt und 4,2 Millionen Menschen waren Asylsuchende, die sich im Asylverfahren befanden [7]. Jede dritte geflüchtete Person kam aus Syrien (6,6 Millionen Menschen) [7], gefolgt von Venezuela (3,7 Millionen Menschen), Afghanistan (2,7 Millionen Menschen) und dem Südsudan (2,2 Millionen Menschen) [7]. Obwohl es nicht immer überall möglich ist, geflüchtete Personen in den Aufnahmeländern zu erfassen [7], zählt Deutschland zu den Ländern, die bislang die meisten geflüchteten Personen aufgenommen haben [7]. Die Zahl der Personen, die in Deutschland einen Asylantrag gestellt haben, stieg ab 2009 und erreichte im Jahr 2016 mit knapp 750.000 Asylanträgen einen Höhepunkt [47]. Verstärkte Grenzschutzmaßnahmen führten dazu, dass diese Zahlen seit 2017 wieder gesunken sind [47, 48]. Wie bereits beschrieben lebten laut dem Ausländerzentralregister Ende 2019 (Stand: 31.12.2019) ca. 1,8 Millionen Schutzsuchende in Deutschland [8]. Darüber hinaus befanden sich Menschen im Asylverfahren, waren geduldet oder papierlos. Aus einer Anfrage an den Bundestag geht hervor, dass 2019 knapp 274.600 Menschen mit einer Aufenthaltsgestattung in Deutschland lebten, also sich im Asylverfahren befanden oder gegen die Entscheidung des BAMF geklagt haben [49]. Zudem lebten 191.100 Menschen als geduldete Personen in Deutschland, da sie zur jeweiligen Zeit nicht abgeschoben werden konnten [49]. Darüber hinaus gehen laut einem Forschungspapier des Europäischen Migrationsnetzwerkes, das 2005 vom BAMF herausgegeben wurde, unterschiedliche Schätzungen davon aus, dass mindestens 100.000, maximal eine Millionen Menschen ohne Papiere in Deutschland lebten [50].

Die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Partizipation in unterschiedlichen Lebensbereichen hängt für geflüchtete Personen maßgeblich von ihrem Schutzstatus ab. Dieser regelt den Zugang zu Unterstützungsleistungen, Bildung, Gesundheitsversorgung, Arbeitsmarkt, Sprachkursen sowie Unterbringung und Wohnsituation und unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern und Kommunen [51]. Aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit wird im Folgenden auf den Zugang zum Arbeitsmarkt und die beruflichen Erfahrungen fokussiert. Das verspricht valide und fundierte Ergebnisse, die im Wissenschaftlichen und Praktischen weitergedacht werden können.

Die Partizipation am Arbeitsmarkt ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Integration der geflüchteten Personen „in die deutschen Sozial-, Kultur-, und Wirtschaftsstrukturen des Aufnahmelandes“ [29]. Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ermöglicht den geflüchteten Personen nicht nur, ein selbstbestimmtes Einkommen zu generieren [52], sondern sie ist auch eng mit einem Gefühl von Würde verbunden [52] und trägt zur sinnvollen Lebensgestaltung bei [12]. Weiterhin trägt die Erwerbstätigkeit zur wirtschaftlichen Stabilität des Aufnahmelandes bei [12]. Dabei werden Erfolge bei der Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen beobachtet. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung kommt zu dem Ergebnis, dass die Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen, die seit 2013 angekommen sind, schneller erfolgt als jene früher geflüchteter Personen [26]. 44% der geflüchteten Personen, die zwischen 1990 und 2003 nach Deutschland kamen, waren nach 50 Monaten erwerbstätig. Im Vergleich dazu gehen 49% der nach 2003 angekommenen Menschen nach 46 Monaten einer Erwerbstätigkeit nach. Der Unterschied kann dadurch erklärt werden, dass die Arbeitslosigkeit in Deutschland (zum Veröffentlichungszeitpunkt der Studie im Frühjahr 2020) geringer und das Beschäftigungswachstum höher ist [26]. Eine weitere Erklärung ist, dass seit 2015 mehr in Sprach- und Qualifizierungsprogramme investiert wird als zuvor und die Arbeitsmarktintegration daher etwas schneller erfolgt [26]. Trotz dieser Fortschritte gehören geflüchtete Personen, insbesondere geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen, zu einer benachteiligten Gruppe auf dem Arbeitsmarkt [53], da sie bei dem Versuch, am Arbeitsmarkt zu partizipieren, mit verschiedenen Barrieren konfrontiert sind. Bevor ausführlich auf diese Barrieren eingegangen wird, soll die historische Entwicklung der arbeitsrechtlichen Regelungen sowie der aktuelle

Zugang zur Arbeit für geflüchtete Personen in Deutschland in aller Kürze skizziert werden, um wesentliche Prozesse, Verantwortungsbereiche, Zuständigkeiten und deren Komplexität darzustellen.

2.2 Entwicklung der arbeitsrechtlichen Situation

Geflüchtete Personen unterliegen diversen rechtlichen Einschränkungen am Arbeitsmarkt. Um diese Einschränkungen historisch einzuordnen, soll im Folgenden ein kurzer Rückblick in die arbeitsmarktrechtlichen Regelungen und die Entwicklung der Erwerbstätigkeit im Rahmen der Fluchtmigration erfolgen. Der Zugang zum Arbeitsmarkt für ausländische Personen war in den ersten Jahren der Bundesrepublik nicht geregelt [37]. Bis 1957 hatten „heimatlose Ausländer“ jedoch uneingeschränkt Zugang zum Arbeitsmarkt [37]. Ab 1957 erteilte die Bundesanstalt für Arbeit (heute Bundesagentur für Arbeit, BA) Beschäftigungserlaubnisse für ausländische Personen. 1971 wurde eine spezifische Regelung für asylberechtigte Personen eingeführt. Anerkannte asylberechtigte Personen durften einer Beschäftigung nachgehen ohne Prüfung der Arbeitsmarktsituation durch die BA. Durch eine verstärkte mediale und politische Diskussion um das Thema Asyl [37] wurde der Zugang zum Arbeitsmarkt für Asylbewerber:innen 1980 jedoch eingeschränkt und für das erste Jahr des Aufenthalts galt nun ein Arbeitsverbot [37]. 1997 erließ der damalige Bundesminister für Arbeit und Soziales, Norbert Blüm, ein generelles Beschäftigungsverbot für Asylbewerber:innen [37]. Dieser Erlass wurde im Jahr 2000 aufgehoben, nachdem er als verfassungswidrig eingestuft worden war [37]. In den darauffolgenden Jahren wurden Arbeitserlaubnisse erteilt, wenn die Vorrangprüfung und die Prüfung der Arbeitsbedingungen durch die Agentur für Arbeit dies zuließen [37]. Mit Einführung des Zuwanderungsgesetzes 2005 wurde zwischen unterschiedlichen Aufenthaltstiteln unterschieden, die den Zugang zum Arbeitsmarkt regelten und die Prüfungen zur Arbeitserlaubnis auf die Ausländerbehörden übertrugen [37]. Diese Regelungen kennzeichnen die aktuelle Situation von geflüchteten Personen und ihren Zugang zum Arbeitsmarkt, auf den im Folgenden eingegangen wird.

Unabhängig vom Aufenthaltsstatus besteht für die ersten drei Monate des Aufenthalts für alle geflüchtete Personen ein Arbeitsverbot [9]. Asylbewerber:innen, also Menschen, die einen Asylantrag beim BAMF gestellt haben und in einer

Aufnahmeeinrichtung wohnen, dürfen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und keine Ausbildung beginnen [9]. Asylbewerber:innen mit minderjährigen Kindern dürfen nach 6 Monaten einer Tätigkeit nachgehen [9]. Asylbewerber:innen, deren Asylverfahren nach neun Monaten noch nicht abgeschlossen ist, dürfen ebenfalls einer Erwerbstätigkeit nachgehen [9]. Dies gilt nicht für Personen aus sogenannten „sicheren Herkunftsstaaten“ und Personen, deren Asylanträge abgelehnt wurden [9]. Personen, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die eine Duldung erhalten haben, dürfen nur mit Erlaubnis der Ausländerbehörde ab dem 6. Monat arbeiten [9]. Anerkannte Flüchtlinge dürfen einer Erwerbstätigkeit nachgehen. In jedem Fall benötigen sie dafür eine Arbeitserlaubnis der Ausländerbehörde [9]. In manchen Regionen muss auch die BA der Aufnahme der Tätigkeit zustimmen [9]. Dies erfolgt nach einer Prüfung der Beschäftigungsbedingungen [9]. So werden bspw. Arbeitsbedingungen geprüft, die mit der Beschäftigung von Inländer:innen vergleichbar sein sollen. Zudem prüft die Bundesagentur für Arbeit in manchen Regionen das sogenannte Vorrangsprinzip, das besagt, dass geflüchtete Personen eine Stelle nur aufnehmen dürfen, wenn für diese Stelle kein:e EU-Bürger:innen zur Verfügung stehen [9]. Diese Vorrangprüfung wird jedoch nur in sehr wenigen Regionen Deutschlands noch durchgeführt [9]. Für bestimmte Berufe, in denen in Deutschland ein Mangel an Fachkräften herrscht, bspw. Gesundheits- und Heilberufe, entfällt die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit [9]. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass arbeitsmarktrechtliche Regelungen in unterschiedlichem Ausmaß die Erwerbstätigkeit und Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen in Deutschland beeinflusst haben und aktuell beeinflussen.

2.3 Berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften

Anmerkung: Die Ausführungen in den folgenden Abschnitten basieren größtenteils auf Publikation 2.

Geflüchtete Personen gehören zu einer vulnerablen Gruppe auf dem Arbeitsmarkt. Dies gilt besonders für hochqualifizierte Geflüchtete. 60% der Geflüchteten mit Hochschulbildung üben in den Aufnahmeländern Berufe aus, für die sie überqualifiziert sind [17]. Hochqualifizierte Geflüchtete erleben daher einen Bruch in ihrer Arbeitsbiografie und finden keine ihrem Qualifikationsniveau entsprechende Stelle [54]. Das führt dazu, dass sie ihr mitgebrachtes kulturelles Kapital nicht verwerten können, sondern dauerhaft Tätigkeiten ausüben, die unter ihrem

Qualifikationsniveau liegen [55]. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der in Europa und Deutschland eine arbeitsmarktpolitische Herausforderung darstellt, erscheint es problematisch, dass das Potenzial der geflüchteten Fachkräfte ungenutzt bleibt. Insbesondere gilt dies im Bereich des Gesundheitswesens, der von einem Fachkräftemangel geprägt ist. Daher wird im Folgenden kurz auf den Fachkräftemangel und die Zahl der ausländischen Fachkräfte eingegangen.

Fachkräftemangel

Die Gesundheitsversorgung ist mit einem Fachkräftemangel konfrontiert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass bis 2030 weltweit 14,5 Millionen Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen werden [56]. Auch die Europäische Kommission schätzt, dass es einen Mangel im Umfang von einer Millionen Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen [57] geben wird. Die Arbeitsagenturen in Deutschland gehen davon aus, dass es in fast allen Bundesländern einen Mangel an Pflegekräften geben wird und in bestimmten Regionen, etwa in ländlichen Gebieten, einen Mangel an ärztlichem Personal [58]. Mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz, das im März 2020 in Kraft getreten ist, wurde von politischer Seite ein weiterer Schritt unternommen, um das Anwerben und die Integration ausländischer Fachkräfte zu steuern und so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken [36]. Dabei schätzt die Bundesärztekammer, dass im Jahr 2018 von den insgesamt 392.400 Ärzt:innen in Deutschland [59] knapp 49.000 ausländische Ärzt:innen arbeiteten [60]. Aus einer Anfrage an den Bundestag geht außerdem hervor, dass von den 1,7 Millionen Pflegekräften [61] etwa 133.900 Pflegekräfte (davon 5900 geringfügig beschäftigt) mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Deutschland arbeiteten [62]. Aufgrund des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels ist zu erwarten, dass die Zahl zugewanderter Fachkräfte, die in Deutschland in Gesundheitsberufen arbeiten werden, in Zukunft steigen wird. Zusätzlich zur Integration zugewanderter Fachkräfte plant die Bundesregierung daher, die Beschäftigungsfähigkeit der inländischen Gruppen, die einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt erleben, zu stärken und sie zu unterstützen [13]. Zu dieser Gruppe zählen auch geflüchtete Personen [63]. Obwohl es keine systematischen Erhebungen zu den Qualifikationen und Berufsabschlüssen von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufen in Deutschland gibt, haben internationale und nationale Studien die Situation von geflüchteten Fachkräften in

Gesundheitsberufen adressiert und zentrale Barrieren für die berufliche Integration identifizieren können.

2.4 Barrieren für die erfolgreiche Integration am Arbeitsmarkt

Der Zugang zum Arbeitsmarkt ist für geflüchtete Personen von Einschränkungen und verschiedenen Barrieren geprägt. Die arbeitsrechtliche Situation und der restriktive Zugang zum Arbeitsmarkt wurden bereits in Kapitel 2.2 und 2.3 dargestellt. Der Erwerb der (Fach-)Sprache und der Zugang zu Sprach- und Integrationskursen hängen ebenfalls vom Schutzstatus ab. So dürfen Asylbewerber:innen mit individuell guter Bleibeperspektive⁶ an Integrations- und Sprachkursen teilnehmen [65]. Personen, die vor dem 31. Juli 2019 aus sogenannten „sicheren Herkunftsstaaten“ kamen, dürfen nur unter bestimmten Bedingungen an den Spracherwerbsangeboten teilnehmen [65]. Für geflüchtete Personen aus „sicheren Herkunftsstaaten“, die ab dem 01. August 2019 eingereist sind, besteht ein Verbot zur Teilnahme an Spracherwerbsangeboten [65]. Das Verbot gilt auch für geduldete Menschen und sieht Ausnahmen nur unter bestimmten Bedingungen vor. Zusätzlich zum Erwerb der Sprache und dem Zugang zum Arbeitsmarkt müssen geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen einen Anerkennungsprozess durchlaufen, da die Arbeit in Gesundheitsberufen in Deutschland gesetzlich und berufsrechtlich reglementiert ist [66]. Kapitel 2.5 stellt die wesentlichen Schritte des Anerkennungsprozesses vor. In dessen Rahmen ist es möglich, dass geflüchtete Personen aufgefordert werden, fehlende Qualifikationen nachzuholen. Dies kann bspw. durch Praktika oder Qualifizierungsprogramme geschehen. Ein Mangel an Unterstützungsangeboten kann den Erwerb dieser fehlenden Qualifikationen jedoch erschweren [30] und/oder zu längeren Wartezeiten [42] führen. Dabei kann die Motivation der geflüchteten Personen, weitere Qualifikationen zu erwerben und in ihr Humankapital zu investieren, abnehmen, wenn die Dauer ihres Aufenthaltes unsicher ist [28]. Fehlendes Wissen über Karrierewege und Strategien zur Jobsuche sowie eine mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem und (impliziten) arbeitskulturellen Normen [67] stellen weitere Barrieren dar. Strukturelle Ungleichheiten [68], prekäre Arbeitsbedingungen [69] sowie Diskriminierung [70] erschweren zudem die Partizipation am Arbeitsmarkt. Der Verlust der beruflichen

⁶ Die individuell gute Bleibeperspektive wird Menschen, die aus Herkunftsländern mit einer Schutzquote von über 50% kommen, zugeschrieben. Seit dem 01. August 2019 trifft dies auf die Herkunftsländer Eritrea und Syrien zu [64].

Identität [71] sowie eine hohe Frustration [22], die Ent-Qualifizierung [72], der Verlust von Selbstbewusstsein [73] sowie weitere negative psychische Auswirkungen können die Folge der erlebten Barrieren sein. Traumatische Erlebnisse während der Flucht können ebenfalls Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit haben [28].

Auch im Rahmen der betrieblichen Integration können verschiedene Barrieren die berufliche Integration beeinflussen. Eine qualitative Studie mit dem Titel „Integration von Geflüchteten in die Pflege – Erfahrungen aus der Praxis“ analysiert den Integrationsprozess anhand von fünf Themenfeldern [32]. Diese beziehen sich u.a. auf die Einstellungsprozesse, Arbeitsfelder, Arbeitskultur und Lernerfahrungen [32]. Dabei geben die Befragten in der Studie an, dass sich durch die Integration von geflüchteten Personen die kulturellen Kompetenzen von Teams verbessern, etwa im Umgang mit älteren, pflegebedürftigen Menschen [32]. Die Einarbeitung der geflüchteten Personen wird allerdings – aufgrund mangelnder Ressourcen – als Herausforderung wahrgenommen [32]. In der Studie wird leider nicht deutlich, ob es sich um geflüchtete Fachkräfte handelt, die bereits in ihren Heimatländern im Gesundheitsberuf tätig waren, oder geflüchtete Personen, die in Deutschland erstmalig eine Ausbildung in einem Pflegeberuf antreten [32]. Zur weiteren Analyse der Barrieren muss aufgrund dieser mangelnden Literaturlage auf Studien im Kontext von zugewanderten Fachkräften in Deutschland verwiesen werden. Dabei kommt eine Studie zu den Erfahrungen von Ärzt:innen mit Migrationshintergrund zu dem Ergebnis, dass diese in drei Bereichen Herausforderungen erleben [30]. Zum ersten Bereich gehören Schwierigkeiten in Bezug auf die eigenen Kompetenzen, etwa der Erwerb der Sprache, das Wissen über das Gesundheitswesen und die eigene Adaptionfähigkeit an die neue Umwelt [30]. Zum zweiten Bereich zählen institutionelle Herausforderungen, etwa der Anerkennungsprozess, mangelnde Unterstützungsangebote sowie eine erlebte Ungleichbehandlung im Betrieb [30]. Der dritte Bereich umfasst zwischenmenschliche Beziehungen, etwa eine ungleiche Behandlung durch Patient:innen und Mitarbeitende und mangelnde Wertschätzung [30]. Interpersonelle Konflikte werden auch im Rahmen einer Studie zur betrieblichen Integration von ausländischen Pflegekräften hervorgehoben [31]. Dabei werden zwei Konfliktfelder identifiziert: erstens die Diskrepanz zwischen mitgebrachten und erwarteten Kompetenzen und zweitens konflikthafte Interaktionen im Arbeitsalltag [31]. Von den neu-zugewanderten Fachkräften wird hierbei eine Anpassung an

Abläufe und Routinen erwartet. Die für die Anpassung notwendigen Informationen werden von manchen Mitarbeitenden jedoch vorenthalten oder unverständlich erklärt [31]. Damit werden die Konfliktsituationen zu symbolischen Kämpfen um Macht und Deutungshoheit [31]. Die Autor:innen der Studie beschreiben, dass die Sprache dabei als Hierarchisierungs- und Distinktionsmittel genutzt wird und Neuzugewanderte aufgrund ihrer noch nicht ausreichenden Deutschkenntnisse zu „Außenseitern“ gemacht werden [31].

2.5 Anerkennung von Berufen

Anmerkung: Die folgenden Abschnitte wurden für die Monografie neu erarbeitet.

Die Arbeit in den meisten Gesundheits- und Heilberufen ist in Deutschland gesetzlich und berufsrechtlich geregelt [66]. Zugewanderte Fachkräfte benötigen daher eine Arbeitserlaubnis oder eine Approbation, um in diesen Berufen arbeiten zu können. Um die Approbation oder die Erlaubnis zu bekommen, müssen zugewanderte Personen einen Anerkennungsprozess durchlaufen und sehr gute Sprachkenntnisse nachweisen [74]. Nach der Einreichung der relevanten Unterlagen prüft die jeweils zuständige Stelle für die Antragsstellung die Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Ausbildung [75]. Dabei kann die Gleichwertigkeit vollständig, teilweise oder gar nicht anerkannt werden [75]. Stellen die zuständigen Behörden fest, dass die Ausbildung den Kriterien der Ausbildung in Deutschland entspricht, wird dem Antrag stattgegeben und eine Arbeitserlaubnis erteilt [75]. Im Falle einer teilweisen Anerkennung ist es möglich, dass Behörden der Anerkennung unter Vorbehalt einer Nachqualifizierung oder einer Kenntnis- und Eignungsprüfungen zustimmen [75]. Dies gilt häufig für nicht-ärztliche Berufe, die durch sogenannte „Anpassungsqualifizierungen“ oder Praktika fehlende Qualifikationen ausgleichen können [75]. Ärzt:innen müssen in jedem Fall eine Approbationsprüfung ablegen, die der Approbationsprüfung für inländische Medizin-Studierende gleichgestellt ist [74]. Voraussetzung für die Approbation sind Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER). Ärzt:innen müssen jedoch Fachsprachenkenntnisse auf dem Niveau C1 nachweisen [74]. Der Anerkennungsprozess wird als komplex [76] und stark formalisiert [42] beschrieben. Fehlende Dokumente können dabei den Anerkennungsprozess verlängern und

zusätzliche Nachweise erfordern [75].⁷ Für einige Pflegekräfte, die in ihren Herkunftsländern eine akademische Ausbildung erlebt haben, kann der Anerkennungsprozess eine „Abwertung des ‚kulturellen Kapitals‘“⁸ [31, 78] darstellen, da der Pflegeberuf in Deutschland „nur“ einen Ausbildungsberuf darstellt. Als Konsequenz eines bürokratischen und stark formalisierten Anerkennungsverfahrens wird der Anerkennungsprozess daher generell als Ausgangspunkt für eine absteigende berufliche Mobilität gesehen [79].

2.6 Förder- und Orientierungsprogramme

Es existieren diverse internationale und nationale Programme, um die oben skizzierten Barrieren zu adressieren, die Beschäftigungsfähigkeit von geflüchteten Personen zu erhöhen und so zu einer erfolgreichen beruflichen Integration beizutragen. So kann die Finanzierung von Maßnahmen die Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer Förder- und Orientierungsprogramme entwickelt und implementiert werden können. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Teilnahme an Integrations- und Sprachkursen sowie arbeitsmarktspezifischen Programmen sich positiv auf die Erwerbstätigkeit der geflüchteten Personen auswirkt [26]. Im Folgenden sollen exemplarisch integrationsfördernde Programme im internationalen und im nationalen Kontext skizziert werden, um einen ersten Überblick über diese zu bekommen. Eine systematische Erfassung evidenzbasierter Programme erfolgt in Kapitel 3.

⁷ Für die Anerkennung ausländischer Qualifikationen werden Dokumente benötigt – u.a. Zeugnisse und Zertifikate der erworbenen Qualifikationen im Heimatland. Wenn diese Dokumente fehlen, kann eine sogenannte Qualifikationsanalyse durchgeführt werden. Mit der Qualifikationsanalyse werden berufliche Kompetenzen in Fachgesprächen oder durch Probearbeiten erfasst. Eine zentrale Herausforderung ist, dass die Organisation der Qualifikationsanalyse zeitintensiv ist [77].

⁸ Der Begriff „kulturelles Kapital“ geht auf den Soziologen Pierre Bourdieu zurück. Bourdieu adaptiert ökonomische Begriffe zur Beschreibung von sozialen Feldern in der Gesellschaft: „Ein Kapital oder eine Kapitalsorte ist das, was in einem bestimmten Feld zugleich als Waffe und als umkämpftes Objekt wirksam ist, das, was es seinem Besitzer erlaubt, Macht oder Einfluss auszuüben, also in einem bestimmten Feld zu existieren“ [78]. Bourdieu unterscheidet zwischen vier Kapitalsorten: ökonomisches (z.B. Rahmenbedingungen), soziales (z.B. Beziehungen und Netzwerke), kulturelles und symbolisches Kapital. Bei Bourdieu ist der Begriff Kultur weit gefasst und so umfassen kulturelles und symbolisches Kapital vor allem den Bildungsbereich und damit auch die dazugehörigen Titel, durch die Macht gewonnen und ausgeübt wird. Pütz verwendet den Begriff im Kontext des Anerkennungsprozesses von ausländischen Pflegekräften.

2.6.1 Internationale Förder- und Orientierungsprogramme

Es existieren zahlreiche internationale Programme, die als „Best-Practice“-Beispiele unterschiedliche Bereiche der beruflichen Integration angehen. In Schweden bspw. wurde das „Fast-Track-Programm“ implementiert [80], das ein umfassendes Maßnahmenpaket für verschiedene Berufe vorsieht und das Ziel hat, die Integration von geflüchteten Personen in die Berufe zu beschleunigen. Dazu laufen einzelne Phasen des Integrationsprozesses, etwa die Anerkennung der Berufe, Sprachkurse sowie Praktika, parallel, um Wartezeiten und Verzögerungen im Integrationsprozess zu vermeiden [80, 76]. In Dänemark hingegen wurde ein Programm implementiert, das nach einer Phase der Kompetenzfeststellung und Sprachkursen subventionierte Ausbildungsplätze für geflüchtete Personen vorsieht, um diese stufenweise in den Arbeitsmarkt zu integrieren [14]. In Großbritannien existieren verschiedene Projekte, die die berufliche Integration geflüchteter Fachkräfte adressieren. So hat die britische Ärzt:innenorganisationen „British Medical Association“ bspw. eine Initiative gestartet, zu deren Unterstützungsleistung u.a. eine 24 Stunden besetzte Beratungshotline für geflüchtete Ärzt:innen und ihre Familien für unterschiedliche Anliegen zählt [81]. Auch die WHO hat ein Trainingsprogramm zur Qualifizierung geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufen in der Türkei implementiert [82]. Die Maßnahme wurde gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium der Türkei entwickelt und sieht ein siebenwöchiges Trainingsprogramm für syrische Geflüchtete vor. Ein vom Gesundheitsministerium verabschiedetes Gesetz ermöglicht es syrischen geflüchteten Fachkräften, in der Türkei zu arbeiten. Aufgabe der WHO ist es dabei, die geflüchteten Fachkräfte in einem siebenwöchigen Programm auf die Arbeitsaufnahme in der Türkei vorzubereiten. Das Programm sieht vor, dass die syrischen Fachkräfte andere syrische Geflüchtete behandeln und nicht in das reguläre Gesundheitssystem in der Türkei integriert werden.

2.6.2 Förder- und Orientierungsprogramme in Deutschland

Die Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen wird auch in Deutschland durch diverse Initiativen, Gesetze und Programme adressiert. Kleverbeck und Terstriep beschreiben drei bundesweite Programme, die besonders relevant sind: (1) das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung – IQ“, (2) das Gesamtprogramm Sprache (GPS) sowie (3) mehrere im Rahmen des Europäischen

Sozialfonds (ESF) geförderten ESF-Programme, etwa „Integration von Asylbewerberinnen, Asylbewerbern Flüchtlingen – IvAF“, „Integration statt Ausgrenzung – IsA“ und „Integration durch Austausch – IdA“ [83]. Dabei handelt es sich um arbeitsmarktpolitische Instrumente, die mithilfe unterschiedlicher Schwerpunkte die berufliche Integration der geflüchteten Personen unterstützen sollen. Im Rahmen des GPS werden Integrationskurse, aber bspw. auch berufsbezogene Deutschkurse angeboten, die für geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen sehr wichtig sein können [83]. Das IQ-Programm bspw. bietet eine Anlaufstelle für Anerkennungs- und Qualifizierungsfragen [83]. Zudem werden im Rahmen des IQ-Programmes Maßnahmen wie die Anpassungsqualifizierung für nicht-ärztliche Berufe entwickelt und Institutionen bei der Implementierung dieser Maßnahmen beraten [83]. Im Rahmen der ESF-Förderung werden innovative Projekte zur beruflichen Integration von Zugewanderten unterstützt [83]. So stehen im Rahmen von IvAF Projekte im Vordergrund, die die Qualifizierung und Vermittlung in Arbeit von geflüchteten Personen fördern und eine Ergänzung zu den Angeboten des Jobcenters darstellen [83]. Auch das Modellprojekt „XENOS – Arbeitsmarktliche Unterstützung für Bleibeberechtigte und Flüchtlinge“ mit dem Namen „Early Intervention“ sah eine schnelle Anerkennung der Qualifikationen von geflüchteten Personen vor, um diese dann schneller in den Arbeitsmarkt vermitteln zu können [83]. Finanziell getragen wurde das Projekt von der Bundesagentur für Arbeit, dem Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge und dem Europäischen Sozialfonds. Die Evaluation des Programmes hat verdeutlicht, dass das Programm von allen Beteiligten zwar als sinnvoll wahrgenommen wurde, die Vermittlung der Personen in den Arbeitsmarkt aus verschiedenen Gründen jedoch herausfordernd war [28].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Vielzahl an Programmen existiert, die von zivilgesellschaftlicher oder staatlicher Seite initiiert werden. Abhängig von nationalen und regionalen Kontexten kann die Dauer, die Gestaltung und die Wirksamkeit der Programme variieren. Aus diesem Grund soll im Folgenden eine systematische Erfassung von Programminhalten und ihrer Wirksamkeit erfolgen.

3 Systematische Erfassung der Literatur zu Förder- und Orientierungsprogrammen für zugewanderte Fachkräfte

Anmerkung: Die in diesem Kapitel folgenden Ausführungen (Methode, Ergebnis, Diskussion) basieren auf der Veröffentlichung folgender Publikation:

Khan-Gökkaya, S., Higgen, S., & Mösko, M. (2019). Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. PLOS ONE, 14(11), e0224933. DOI: 10.1371/journal.pone.0224933.

3.1 Hintergrund

Anmerkung: Der folgende Abschnitt wurde für die Monografie neu erarbeitet.

Aufgrund der steigenden Zahlen von geflüchteten Personen und diversen Barrieren bei der beruflichen Integration dieser haben verschiedene Aufnahmeländer Programme etabliert, um die Beschäftigungsfähigkeit der geflüchteten Personen zu stärken und die berufliche Integration positiv zu unterstützen. In Kapitel 2.6 wurden bereits einleitend internationale und nationale Förder- und Orientierungsprogramme beschrieben. Für eine systematische Erfassung dieser Programme bietet sich die Methode des systematischen Reviews an, das Ergebnisse mehrerer Studien übersichtlich zusammenfasst und durch eine methodische geleitete Bewertung der Studien ermöglicht, Aussagen zur Wirksamkeit der Programme zu treffen [84]. Es existieren bereits mehrere systematische Reviews und Scoping-Reviews, die Programme für die berufliche Integration von internationalen Fachkräften zusammenfassen [23-25]. In diesem Rahmen befassen sich zwei Reviews mit der Situation von internationalen Medizinabsolvent:innen und Maßnahmen zur Stärkung der Integration dieser [24, 25]. Dabei nehmen sie Programme aus Australien, Kanada, den USA, Großbritannien, Neuseeland und Israel in den Blick [24, 25]. Sie berichten, dass die meisten Programme aus verschiedenen Bestandteilen zusammengesetzt waren und vor allem klinische und kulturelle Aspekte adressierten [24, 25]. Generell verzeichneten alle Studien positive Effekte [24, 25]. Zu den von den Reviews identifizierten Outcomes gehörten u.a. die Arbeitsperformanz, Patient:innensicherheit und Zufriedenheit, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, die Beibehaltung des Arbeitsplatzes, das Bestehen von Prüfungen sowie die

Anerkennung von Berufen, das Finden von Arbeitsplätzen und die Verbesserung sprachlicher Kompetenzen [24, 25]. Die Autor:innen eines der Reviews kommen zu dem Ergebnis, dass Programme auch individuelle Faktoren berücksichtigen und dazu beitragen sollten, Selbstwirksamkeit und kulturelles Kapital von Fachkräften zu stärken sowie Angst und Stress zu reduzieren [24]. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Autor:innen der Reviews die methodische Qualität der Studien stark kritisierten, da die Studien keine objektiven Outcomes identifizieren [23-25]. Ein Mangel an randomisierten Studien, das Fehlen von Kontrollgruppen, der Einsatz von selbstentwickelten Fragebögen [25] sowie kleine Stichprobengrößen [24] kennzeichnen die methodische Qualität der Evaluationen und müssen daher bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Auch ein Scoping-Review zur Integration internationaler Fachkräfte in Gesundheitsberufen kommt zu dem Ergebnis, dass es kaum Evidenzen zur Wirksamkeit der Programme gibt [23]. Die Reviews haben gemeinsam, dass sie spätestens im Jahr 2016 erschienen sind, sich auf internationale Fachkräfte fokussieren und die Integration dieser in den Vordergrund stellen [23-25]. Eine systematische Erfassung evidenzbasierter aktueller Programme sowie von Programmen für geflüchtete Fachkräfte fehlt jedoch. Im Folgenden sollen daher systematisch Qualifizierungsprogramme zur beruflichen Integration von zugewanderten und geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe identifiziert und auf ihre Wirksamkeit hin analysiert werden.

Dieses Ziel soll anhand der Beantwortung folgender in der Einleitung beschriebener (S.13) Leitfragen erreicht werden:

- a) Welche internationalen Förder- und Orientierungsprogramme gibt es für die berufliche Integration zugewanderter und geflüchteter Personen in Gesundheitsberufen?
- b) Welche Inhalte und Designs liegen diesen Programmen zugrunde?
- c) Wie evaluieren die Studien die Programme?
- d) Wie effektiv sind die Programme?

3.2 Methode

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der in diesem Kapitel einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 1). Zusätzliche Informationen zur Methode wurden ergänzt.

Zur Beantwortung der Leitfragen wurde ein systematisches Review durchgeführt. Nach einer kurzen Einführung in die Methode des systematischen Reviews werden die einzelnen Prozessphasen des Reviews dargestellt.

3.2.1 Systematisches Review

Das systematische Review fasst evidenzbasierte Ergebnisse mehrerer Studien im Hinblick auf spezifische Forschungsfragen zusammen [84]. Dabei folgt das Review einem strengen systematischen Verfahren, um Transparenz und Objektivität zu gewährleisten [84]. Insbesondere im medizinischen Bereich kann ein systematisches Review helfen, um Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Behandlungen und Interventionen zu gewinnen und die Validität von Ergebnissen zu prüfen [85]. Zudem kann das Review dazu beitragen, Forschungslücken zu schließen [86]. Zu den wesentlichen Schritten eines systematischen Reviews gehören (1) die Definition der Fragestellung und Operationalisierung der Leitfragen, (2) die Entwicklung der Suchstrategie, (3) die Entwicklung von Ein- und Ausschlusskriterien, (4) die Suche und das Screening, (5) die Datenextraktion, (6) die Bewertung und (7) die Ergebnisdarstellung und Diskussion. Im Folgenden werden diese Schritte näher erläutert:

Schritt 1: Definition der Fragestellung und Operationalisierung der Leitfragen

Aufgrund der komplexen methodischen Anforderungen und abhängig vom gewählten Thema kann es zu Beginn sinnvoll sein, ein Forscher:innenteam zusammenzustellen, das unterschiedliches Fachwissen mitbringt und unterschiedliche Perspektiven in den Reviewprozess einbringen kann [84]. Daran anschließend sollte eine möglichst konkrete Forschungsfrage formuliert werden. Um die Forschungsfrage zu präzisieren, kann es hilfreich sein, Outcome-Maße zu definieren. Dabei bietet sich die Nutzung des sogenannten „PICOS-Tools“ an. Die Abkürzung PICOS steht für englisch: „Population – Intervention – Comparison – Outcome – Study Design“ (deutsch: Zielgruppe – Intervention – Vergleich – Effekte – Studiendesign) [87].

Basierend auf diesen Kriterien können die Forschungsfrage spezifiziert werden und Suchbegriffe für die systematische Suche in Datenbanken festgelegt werden, welche im nächsten Schritt erfolgt [84].

Schritt 2: Entwicklung der Suchstrategie

Nachdem erste Suchbegriffe mithilfe der PICOS-Kriterien festgelegt wurden, sollten diese mit Synonymen ergänzt werden [87]. Die Suche nach Synonymen sollte möglichst umfassend sein, um zu verhindern, dass relevante Studien bei der Suche nicht erkannt werden. Anschließend werden relevante (elektronische) Datenbanken ausgewählt, in denen mithilfe der Begriffe nach relevanten Studien gesucht wird [84].

Schritt 3: Die Entwicklung der Ein- und Ausschlusskriterien

Bevor die Datenbanken mithilfe der Suchstrategie durchsucht werden, ist es notwendig, Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme von relevanten Studien zu definieren [84]. Die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien kann hier ebenfalls in Anlehnung an das PICOS-Tool erfolgen, wie im Folgenden deutlich wird. Für die systematische Suche und Auswahl von Studien ist es sehr wichtig, dass die Ein- und Ausschlusskriterien systematisch Anwendung finden.

Schritt 4: Die Suche und das Screening

Nach der Festlegung der Forschungsfrage, der Suchbegriffe und der Ein- und Ausschlusskriterien werden die Suchbegriffe zu einem Suchstrang zusammengefügt, der dem Algorithmus der jeweiligen Datenbanken entspricht [86]. Die Ergebnisse, die die Datenbank für den Suchstrang anzeigt, werden mithilfe eines Literaturverwaltungsprogrammes in ein separates Dokument kopiert, um im nächsten Schritt gescreent zu werden [84]. Im ersten Schritt des Screenings werden die jeweiligen Titel und Abstracts aller Artikel von den Autor:innen gescreent und auf Relevanz bzw. Übereinstimmung mit den Ein- und Ausschlusskriterien geprüft [84]. Die Studien, die mit den Ein- und Ausschlusskriterien übereinstimmen, werden anschließend im Volltext gelesen und dann noch einmal auf ihre Übereinstimmung mit den Kriterien geprüft [84].

Schritt 5: Datenextraktion

Die Autor:innen bestimmen, welche Informationen aus den Studien extrahiert werden sollten und zur Beantwortung der Forschungsfrage hilfreich sein könnten [84]. Auf Basis dessen werden die relevanten Informationen aus den Studien extrahiert und zusammengetragen.

Schritt 6: Bewertung der Studien

Im vorletzten Schritt werden die Studien auf ihre methodische Qualität und das Risiko von Verzerrungen hin bewertet [84]. Für die Bewertung der Studien stehen verschiedene Methoden zur Auswahl. In Kapitel 3.2.4 sind die im Rahmen der vorliegenden Studie genutzten Methoden dargestellt.

Schritt 7: Ergebnisdarstellung und Diskussion

Im letzten Schritt werden die Ergebnisse zusammengefasst und kritisch diskutiert.

Um die wesentlichen Schritte dieses komplexen Verfahrens transparent wiederzugeben, stehen verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung. Eines dieser Hilfsmittel stellt die PRISMA-Checkliste [88] dar, die Autor:innen darin unterstützt, die wichtigsten Schritte des systematischen Reviews bei der Verschriftlichung zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Arbeit erfolgte die Darstellung der Prozessschritte der systematischen Literaturrecherche in Anlehnung an das PRISMA-Statement.

3.2.2 Suchstrategie

Basierend auf der Fragestellung wurden mithilfe der PICOS-Kriterien relevante Schlagwörter für die Suche identifiziert. Diese basierten auf der Zielgruppe (zugewanderte Fachkräfte), der Intervention (Qualifizierungsprogramme), dem Kontext (Gesundheitsversorgung), dem Outcome (Evaluation) sowie dem Studiendesign (Primär- und Sekundäranalysen). Dabei wurde das PICOS-Kriterium „Comparison“ durch „Context“ ersetzt, um den Kontext der Gesundheitsversorgung berücksichtigen zu können [89]. Für diese Schlagwörter wurden umfassend Synonyme gesammelt. Abbildung 1 stellt einen Ausschnitt dieser Schlagwörter und Synonyme dar. Die Suchbegriffe wurden zu einem Suchstring zusammengefügt und an die Algorithmen der einzelnen Datenbanken angepasst. Mithilfe der Suchstrings

wurden im August 2017 elektronische Datenbanken nach relevanter Literatur durchsucht. Sechs interdisziplinäre Datenbanken wurden ausgewählt, um Programme aus unterschiedlichen Kontexten identifizieren zu können. Dabei handelte es sich um Datenbanken mit medizinischem und pflegerischen Schwerpunkten (PubMed, CINAHL), mit Bezug zu psychologischen Berufen (PsychInfo) sowie sozial-geisteswissenschaftlichen Artikeln (ProQuest Social Sciences) und generischen Datenbanken (Web of Science, EBSCO). Dabei wurden die Suchbegriffe auch mit vordefinierten „Medical Subject Headings“ (MeSh Terms) aus den Datenbanken abgeglichen, um Ausschlüsse zu vermeiden. Die Suchen, die Suchstränge und die Anzahl der Treffer in den jeweiligen Datenbanken wurden in Suchprotokollen dokumentiert. Dabei wurde nach Studien auf Deutsch und Englisch ohne zeitliche Einschränkungen gesucht. Die Suche wurde im September 2019 aktualisiert, um alle Studien bis Juli 2019 in das Review einschließen zu können.

Population (Zielgruppe)	Population (Zielgruppe, alle IOL health care Berufe aufgelistet, um keine Gruppe auszuschließen)	Intervention (Bildungsmaßnahme)	Kontext	Outcome
refugee (pl)	health professional (pl)	Intervention (pl)	care	evaluation
migrant (pl)	health personnel	program (pl)	health services (pl)	development
immigrant (pl)	health graduate (pl)	programme (pl)	general care	outcome
emigrant (pl)	medical personnel	training (pl)	health care	effectiveness
immigrated	medical graduate (pl)	training program (pl)	health care services (pl)	effect (pl)
international	health care providers (pl)	training programme (pl)	hospital (pl)	result (pl)
foreign	allied health professional (pl)	teaching	primary health care	
transient	professional personnel	vocational training	secondary health care	
overseas (sg)	home care personnel	education	tertiary health care	
nomad (pl)	caregivers (pl)	educational training (pl)	delivery of health care	
asylum seekers (sg)	doctor (pl)	educational program (pl)	health care sector	
alien	nurse (pl)	educational programme (pl)	general practise	
emigrated	physician (pl)	adaption program (pl)		
foreign-born	therapist (pl)	adaption programme (pl)		
human migration	pharmacist (pl)	induction program (pl)		

Abb. 1: Schlagwörter und Synonyme für das systematische Review (eigene Darstellung).

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studiauswahl

Gemäß Schritt 3 des systematischen Reviews wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Suche definiert. Diese Kriterien basierten auf den PICOS-Kriterien. Abbildung 2 stellt eine Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien dar.

First stage of screening	
Population	immigrant health professionals, refugee health professionals, international, foreign and overseas trained health professionals
Intervention	programmes that aimed to prepare the population for working in health professions
Second stage of screening	
Population	1. immigrant health professionals, refugee health professionals, international, foreign and overseas trained health professionals 2. every health care profession according to the international labour organisation [34]
Intervention	1. programmes preparing the population for working in health professions 2. occupational specific educational programmes 3. programmes focusing on the recognition and licensing of the population 4. health profession specific language courses 5. intervention and sample must exceed two days and two participants Exclusion criteria: 6. programmes for groups that are already working in their original occupations
Context	1. labour market integration into health professions and health context 2. primary, secondary or tertiary care 3. contact to patients or with machines in health care
Outcome	1. qualitative or quantitative evaluations 2. transparency in terms of evaluation methods
Study Design	1. studies with primary and secondary data 2. studies carried out in a qualitative or quantitative manner studies in German and English 3. Exclusion criteria: 4. Commentaries, newspaper articles, and policy papers

Abb. 2: Tabellarische Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien [3].

In der ersten Phase des Screenings, in dem die Titel und die Abstracts gescreent wurden, erfolgte eine Vereinfachung der Ein- und Ausschlusskriterien. Die Vereinfachung sah vor, dass die Studien zugewanderte Fachkräfte zur Zielgruppe erklärten und eine Intervention bzw. ein Programm beschrieben. Die Autorin der Monografie sichtete alle Abstracts, die Co-Autorin sichtete zusätzlich ein Viertel aller Abstracts. Basierend auf dem Screening der ersten 200 Abstracts wurde eine Interrater-Reliabilität von $K=0,7$ zwischen den Autorinnen erreicht. Das Screening der Volltext-Artikel erfolgte unter Berücksichtigung aller Ein- und Ausschlusskriterien, die im Folgenden dargestellt werden.

Zielgruppe: Da es einen Mangel an evidenzbasierten Programmen für geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen gab, wurden die Suche auf zugewanderte Fachkräfte erweitert. Ausschlaggebend für die Zielgruppe ist die eigene Migrationserfahrung. Menschen, die in zweiter Generation leben oder zu Minderheiten gehören, aber keine eigene Migrationserfahrung haben, wurden

ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden alle Fachkräfte in Gesundheitsberufen berücksichtigt. Dazu wurden alle gesundheitsrelevanten Berufe, die die Internationale Arbeitsorganisation im Bereich Gesundheit auflistet [90], in die Suche eingeschlossen.

Intervention: Zur Intervention wurden alle Arten von Programmen gezählt, die die Zielgruppe dabei unterstützen, in Gesundheitsberufen zu arbeiten. Berufsspezifische Programme, die auf die Arbeit, Prüfungen oder den Anerkennungsprozess vorbereiten, wurden ebenfalls eingeschlossen. Sprachkurse wurden nur eingeschlossen, wenn sie einen Bezug zu medizinischer Fachsprache aufweisen konnten. Programme für zugewanderte Fachkräfte, die bereits im Gesundheitswesen arbeiteten, wurden aus der Suche ausgeschlossen, da eine erfolgreiche Integration in diesem Fall angenommen wurde.

Kontext: Die Programme sollen im Kontext der Gesundheitsversorgung verortet sein und die berufliche Integration der zugewanderten Fachkräfte in die Gesundheitsberufe unterstützen. Zur Gesundheitsversorgung zählen Berufe der Grund-, Sekundär-, und Tertiärversorgung.

Outcome: Die Programme sollten qualitativ und/oder quantitativ evaluiert worden sein. Dabei wurde eine transparente Darstellung der Methoden vorausgesetzt. Zudem wurde eine Mindestanzahl von zwei Teilnehmenden und zwei Tagen pro Intervention festgelegt, um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können.

Studiendesign: Studien, die Primär- und Sekundärdaten auf Deutsch oder Englisch übermitteln, wurden in das Review eingeschlossen. Zudem wurden Studien aus zwei Übersichtsarbeiten zu Qualifizierungsprogrammen für internationale Medizinabsolvent:innen (international medical graduate) in das Review eingeschlossen. Graue Literatur, Berichte und Zeitungsartikel wurden ausgeschlossen.

Alle Studien wurden von zwei Raterinnen (Autorin der Monografie und Co-Autorin der Teilstudie) unabhängig gesichtet und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechend ein- oder aussortiert. Unterschiede beim Ein- und Ausschluss der Studien wurden

von den Autorinnen in regelmäßigen Treffen besprochen. Gemäß Schritt 5 des systematischen Reviews wurden die Kerninformationen aus den Studien extrahiert und von der Co-Autorin auf ihre Richtigkeit geprüft. Dabei wurden Informationen zur Zielgruppe, dem Sample, der Stichprobengröße, dem Inhalt und Design der Intervention, zu statistischen Analysen, Evaluationsmethoden, qualitativen und quantitativen Ergebnissen und Schlussfolgerungen notiert. Abschließend wurden die Studien mithilfe des Kirkpatrick Training Evaluation Model [91] und des Mixed Methods Appraisal Tools [92] bewertet.

3.2.4 Bewertung der Qualität

Das Kirkpatrick Training Evaluation Model wurde von dem Wirtschaftswissenschaftler Donald Kirkpatrick entwickelt und dient als Modell, um die Wirksamkeit von Trainingsprogrammen zu evaluieren [91]. Das Modell besteht aus vier Ebenen, die die Reichweite von Evaluationen bestimmen. Das erste Level bezieht sich auf die „Reaktion“ und wird meistens durch einfache Feedbackbögen gemessen. Das zweite Level bezieht sich auf „Lernen“ und beschreibt den Zuwachs an Wissen und eine Veränderung der Einstellung als Ergebnis eines Trainingsprogrammes. Das dritte Level bezieht sich auf „Verhalten“ und beschreibt den Transfer des Erlernten auf das tatsächliche Verhalten der Teilnehmenden. Meistens können diese Effekte nur durch eigene oder externe Beobachtung gemessen werden. Da Verhaltensänderungen meist längerer Zeitspannen bedürfen, sollten Evaluationen auf dem dritten Level im Voraus geplant und längerfristig angelegt sein, d.h. über einen längeren Zeitraum mehrmals durchgeführt werden. Das vierte Level nach Kirkpatrick bezieht sich auf „Ergebnisse“ und beschreibt langfristige Effekte von Programmen. Kirkpatrick beschreibt, dass diese Effekte nur durch die Analyse über einen längeren Zeitraum hinweg angemessen erfasst werden können.

Um die Wirksamkeit von Programmen zu bewerten, ist es auch notwendig, die methodische Qualität der Evaluationen zu berücksichtigen. Daher wurde im Rahmen dieser Studie die methodische Qualität mithilfe des Mixed Methods Appraisal Tools (MMAT) [92] bewertet. Das MMAT ist ein Instrument, das sowohl zur Bewertung von qualitativen und quantitativen als auch von Mixed-Methods-Studien herangezogen werden kann. Da in diesem Review alle Studientypen vorkamen, wurde das MMAT zur Bewertung gewählt. Entsprechend dem Studiendesign wird mithilfe von vier Items

die Studienqualität eingeschätzt. Dabei können die Studien eine Qualität von 25%-100% erreichen. Im Rahmen von Mixed-Methods-Studien müssen die qualitativen und quantitativen Teilstudien separat bewertet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Gesamtqualität der Studie nicht hochwertiger sein kann, als die der schwächsten Teilstudie [92].

Alle Artikel wurden von der Autorin der Monografie sowie einer Co-Autorin der Teilstudie unabhängig voneinander bewertet. Die Raterinnen erreichten eine Interrater-Reliabilität von $K=0,8$ für das MMAT und $K=1$ für das Kirkpatrick Model und diskutierten Unterschiede in der Bewertung bis ein Konsens gefunden wurde.

3.3 Ergebnisse

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 1).

3.3.1 Studienauswahl

Bei der Suche im August 2017 wurden über 8.507 Artikel identifiziert. Mehr als 7.000 davon wurden bei der Titel- und Abstract-Sichtung ausgeschlossen, da sie auf geflüchtete Personen als Patient:innen fokussierten und/oder keine Interventionsprogramme darstellten. Durch ein Update im September 2019 wurden weitere 1.864 Publikationen identifiziert. Insgesamt wurden 171 Artikel in die Volltext-Sichtung eingeschlossen. 140 Artikel wurden ausgeschlossen, da keine Intervention oder Evaluation stattfand oder die Interventionen nicht berufsgruppenspezifisch waren. 31 Artikel wurden in die systematische Auswertung aufgenommen und deskriptiv zusammengefasst. Abbildung 3 stellt den Prozess der Studienauswahl dar.

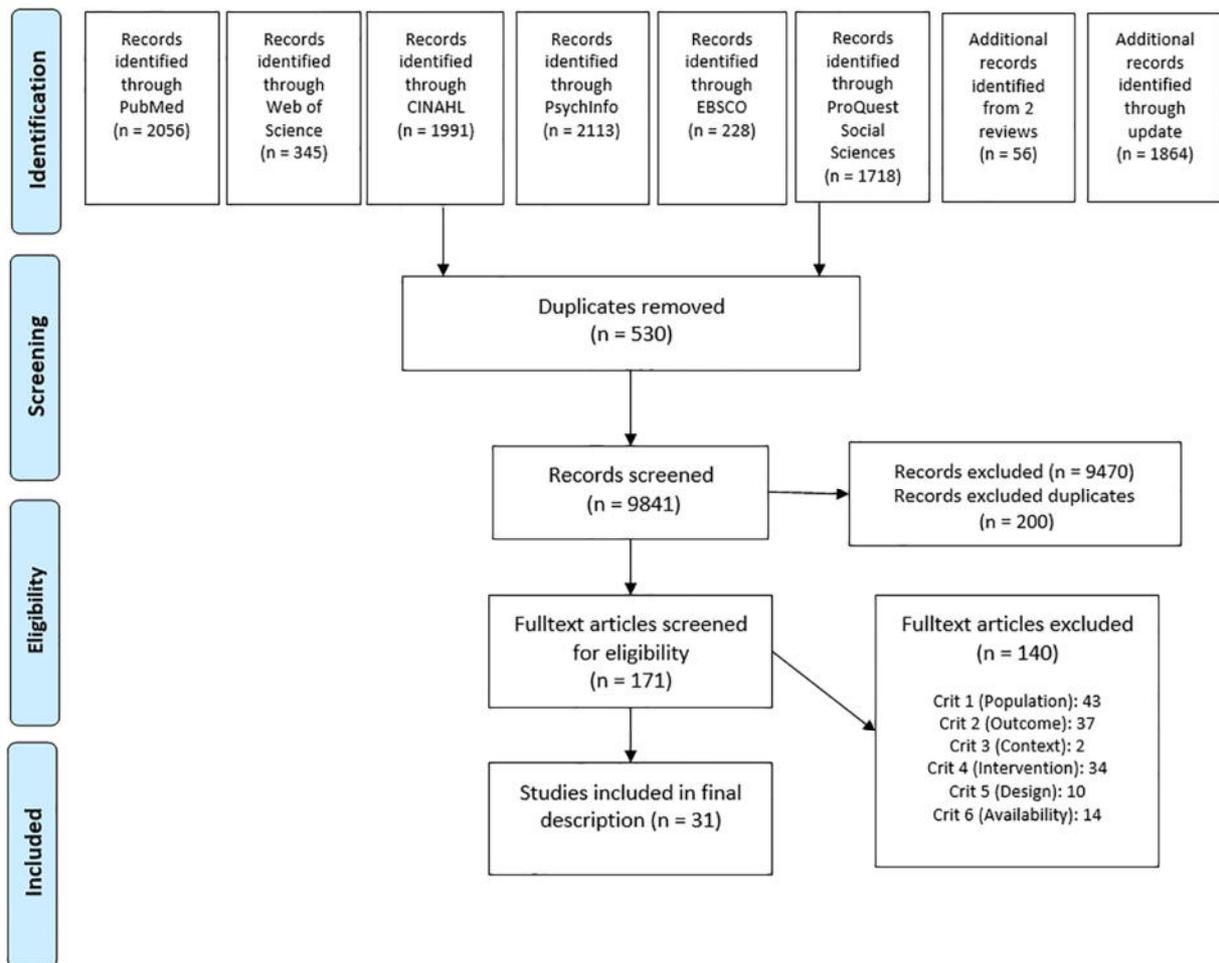


Abb. 3: PRISMA-Diagramm [3].

3.3.2 Charakterisierung der Studien

Die tabellarische Darstellung der Studien findet sich in der Originalpublikation (ab S.172). Die meisten Studien wurden in englischsprachigen Ländern (n=28), zwei in Israel und eine in Deutschland durchgeführt. Weiterhin wurden die meisten Studien in den 2000er (n=14) und 2010er (n=15) Jahren durchgeführt. Der Großteil der in den Studien untersuchten Programme war an internationale Fachkräfte adressiert (n=25). In vier Studien wurden die Begriffe „Migranten“ oder „Immigranten“ genutzt, um die Zielgruppe zu beschreiben und zwei Programme richteten sich explizit an geflüchtete Personen. Ein Großteil der Programme (n=22) richtete sich an Ärzt:innen, sechs an Pflegekräfte, eins an Physiotherapeut:innen und zwei Programme waren berufsgruppenübergreifend gestaltet.

Design der Programme

Die Länge der Programme variierte von 2 Tagen (15 Stunden) [93] bis zu 2,5 Jahren [94] als Bestandteil von Ausbildungsprogrammen. Das Design der Programme kann in drei Kategorien eingeteilt werden. Die erste Kategorie beinhaltet Programme, die Unterricht und Praxiselemente kombinierten (n=11) [94-104]. Die zweite Kategorie umfasst Programme, die nur Unterricht (n=10) [105-114] oder nur Praxiselemente (n=2) [115, 116] anboten. Die dritte Kategorie schließt Programme ein, die soziale Angebote, Austauschmöglichkeiten und/oder Beratung anboten (n=8) [93, 117-123]. Im Rahmen der dritten Kategorie wurden zwei Programme mittels Videokonferenzen oder anderen virtuellen Formaten angeboten (n=2) [122, 123]. Einige der Angebote der dritten Kategorie wurden mit Unterricht kombiniert (n=4) [93, 117, 119, 120].

Unterricht

Die meisten in den Studien untersuchten Programme fokussierten auf den Erwerb von Sprache sowie von Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Beratung/Gesprächsführung. Der Unterricht beinhaltete außerdem Aspekte der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen (n=13) [95, 98, 100-102, 104, 105, 109, 111, 112, 117, 120, 123], kulturelle und ethische Aspekte der Arbeit (n=9) [93-95, 98, 101, 102, 111, 112, 123] sowie Aspekte der Teamarbeit (n=6) [99, 102-104, 109, 117]. Medizinische Standards, klinische Abläufe (n=10) [93, 101-104, 108, 114, 121, 123] sowie Informationen zum Gesundheitssystem (n=8) [93, 96, 99, 100, 102, 112, 117, 119] waren ebenfalls häufig in den Programmen adressierte Themen. Die Vorbereitung auf staatliche Prüfungen war ebenfalls Teil der Inhalte (n=10) [95, 96, 107, 108, 110, 112-114, 120, 122].

Praxiselemente

Zum Bereich der praktischen Erfahrung zählen sowohl Hospitationen und Praktika als auch bezahlte Tätigkeiten. Im Rahmen von zwei Programmen wurde ausschließlich ein praktischer Einsatz von drei Monaten angeboten [115, 116]. In der Regel wurden praktische Einsätze von Supervisor:innen oder Mentor:innen begleitet und als wichtige Bestandteile des Projektes hervorgehoben. Die Rolle der Supervisor:innen wurde in einer Studie besonders hervorgehoben [118]. Die Teilnehmenden berichteten, dass Supervisor:innen nicht nur Ansprechpersonen im Falle von Fragen waren, sondern auch Feedback geben, unterstützen und die Kompetenzen der Teilnehmenden fördern sollten. Eine andere Studie kommt zu dem

Ergebnis, dass eine mangelnde interkulturelle Kompetenz bei den Supervisor:innen zu einer Entmutigung bei den Teilnehmenden geführt hat [118]. Weiterhin wurde in einer Studie erwähnt, dass die Teilnehmenden unbezahlt an einem Programm teilnahmen [116].

Soziale Unterstützung

Zu den weiteren Bestandteilen der Programme gehörten soziale Angebote, etwa Peer-Unterstützung [117] oder der Austausch mit nicht-zugewanderten Mitarbeitenden [121]. Zur sozialen Unterstützung zählten auch Maßnahmen zur Erweiterung des Netzwerks sowie [119], (Fall-)Beratung [94, 102, 113, 117, 119] und Gruppenaktivitäten [114].

3.3.3 Evaluationsdesign

Ein Großteil der Studien nutzte ein non-randomisiertes kontrolliertes Studiendesign (n=6) [95, 103, 108, 111, 114, 120] oder ein nicht-randomisiertes Ein-Gruppen-Design (n=20) [93, 94, 98-102, 104-107, 109, 112, 113, 115, 117-119, 122, 123]. Für die Evaluation nutzten 14 Studien quantitative Methoden [95, 98, 103, 106, 109, 111-115, 118, 119, 122, 123], 13 ein Mixed-Methods-Vorgehen [93, 94, 99-102, 104, 105, 107, 108, 110, 117, 120] und vier einen qualitativen Ansatz [96, 97, 116, 121]. Vier Studien nutzten validierte Instrumente, etwa das Cross-Cultural Adaptability Inventory (CCAI) [111], Objective Structured Clinical Examination (OSCE) [103], In-Training Evaluation Report (ITER) [95, 103] oder Multisource Feedback (MSF) [104]. Mithilfe dieser Instrumente werden die kulturelle Anpassungsfähigkeit (CCAI), kommunikative und klinische Kompetenzen (OSCE), die Performanz (ITER) und eine 360°-Grad-Bewertung der Teilnehmenden (MSF) erfasst. Weitere 15 Studien nutzten selbst-entwickelte Fragebögen zur Evaluation, während 10 weitere Studien andere Messinstrumente nutzten (bspw. Quoten zum Bestehen von Prüfungen oder dem Erwerb von Arbeitsplätzen oder Klickzahlen bei webbasierten Formaten).

3.3.4 Effekte

Die Effekte der Interventionen lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Die Verbesserung (1) professioneller Kompetenzen, (2) formaler Ressourcen und (3) sprachlicher Kompetenzen. Im Rahmen der ersten Kategorie schilderten Teilnehmende einen Zuwachs an Wissen über das Gesundheitssystem und eine

gestiegene Vertrautheit mit den Abläufen und Prozessen des Gesundheitssystems. Die Ergebnisse der Studien wiesen auch auf eine Steigerung des Selbstbewusstseins und eine Verbesserungen kommunikativer Kompetenzen ($p < 0,001$) [98], emotionaler Resilienz ($p < 0,001$) [111], der Schärfe der Wahrnehmung ($p < 0,03$) [111] und der Entscheidungsfindung ($p < 0,046$) [102] hin. Ein besserer Umgang mit Peers und Patient:innen ($p < 0,000$) [102], das bessere Erklären von klinischen Problemen ($p < 0,02$) [105] sowie bessere Ergebnisse bei den ITER ($p < 0,001$) [103] waren ebenfalls Effekte der durchgeführten Programme.

Die zweite Kategorie bezieht sich auf eine Erweiterung der formalen Ressourcen, etwa die Arbeitsaufnahme, das Bestehen von staatlichen Prüfungen oder der Netzwerkaufbau. Die Ergebnisse aus drei Studien weisen darauf hin, dass die Teilnahme zu einer höheren Wahrscheinlichkeit führte, staatliche Prüfungen zu bestehen [108, 113, 114]. Eine Studie konnte in diesem Zusammenhang keine Unterschiede feststellen [95].

Verbesserungen im Rahmen der dritten Kategorie beziehen sich ausschließlich auf sprachliche Kompetenzen ($n=10$). Dazu gehören auch kommunikative Kompetenzen, die bereits im Rahmen der ersten Kategorie aufgeführt wurden. Weiterhin wurde durch Audio- und Videoaufnahmen im Rahmen einer Studie [106] festgestellt, dass die Teilnehmenden signifikante Verbesserungen in ihren sprachlichen Fähigkeiten, u.a. ihrer nonverbalen Kommunikation erzielen konnten.

3.3.5 Studienbewertung

Die meisten Studien ($n=17$) evaluierten auf genau einem Level des Kirkpatrick Modells: acht Studien evaluierten auf dem ersten Level (Reaktion), drei Studien auf dem zweiten Level (Lernen), keine Studie auf dem dritten Level (Verhalten) und fünf Studien auf dem vierten Level (Ergebnis), wenn es sich um das Bestehen von staatlichen Prüfungen oder Arbeitsaufnahmen handelte. Alle anderen Studien ($n=14$) evaluierten Effekte auf zwei oder mehreren Levels des Kirkpatrick Modells. Der durchschnittliche MMAT-Wert für qualitative ($n=4$) und quantitative deskriptive ($n=3$) Studien betrug 75%, für quantitativ-randomisierte Studien ($n=13$) 50% und für Mixed-Methods-Studien ($n=11$) zwischen 25% ($n=7$) und 50% ($n=6$). Die ausführlichen Ergebnisse der Studienbewertung sind in der Originalpublikation (ab S.172) dargestellt.

3.4 Diskussion

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 1).

Die systematische Erfassung der Literatur diente der Zusammenfassung evidenzbasierter Programme und der Analyse ihrer Wirksamkeit. Frühere systematische Übersichtsarbeiten [23-25] in diesem Kontext weisen darauf hin, dass Programme erfolgreich sind und die kontinuierliche Unterstützung von zugewanderten Fachkräften notwendig ist. Sie betonen aber auch, dass die methodische Qualität der Evaluationen gering ist und die Evaluationen lediglich die Legitimität der Programme begründen. In Abgrenzung zu früheren Reviews und in Übereinstimmung mit den Ein- und Ausschlusskriterien sollten im Rahmen dieser systematischen Literaturrecherche daher nur Studien eingeschlossen werden, die Evaluationsmethoden und Ergebnisse transparent darstellen. Nach der eingehenden Beschäftigung mit den Artikeln wurde jedoch deutlich, dass das Risiko wissenschaftlicher Verzerrungen innerhalb der Studien hoch war und methodische Aspekte nicht ausreichend reflektiert wurden. Diese methodischen Aspekte werden ausführlich in Kapitel 7.2 diskutiert. Trotz der methodischen Herausforderungen konnten Outcome-Dimensionen identifiziert und kategorisiert werden, die eine zielgerichtete Evaluation künftiger Programme ermöglichen. Zudem konnte eine Bandbreite an Programmelementen identifiziert werden, die Bildungsträger bei der Entwicklung und Implementierung von Programmen berücksichtigen können.

3.4.1 Gestaltung der Förder- und Orientierungsprogramme für zugewanderte Fachkräfte

Wie bereits frühere Studien [24, 25] herausgestellt haben, bestanden die Programme aus verschiedenen Bestandteilen, die in der Regel miteinander kombiniert, aber mitunter auch einzeln angeboten wurden. Dazu zählten der Unterricht, der praktische Einsatz und weitere Unterstützungsangebote. Dabei fiel auf, dass nur wenige Programme Unterstützung in Vorbereitung oder über die Programmlaufzeit hinaus anboten, obwohl dies explizit empfohlen wird [14], um Karrieremöglichkeiten zu besprechen oder Barrieren zur Teilnahme, etwa finanzielle Herausforderungen, zu minimieren [119]. Ein Großteil der Programme sah die Stärkung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen vor. Der Erwerb der (Fach-)Sprache stellt eine

wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme am Arbeitsmarkt dar. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass mehr Programme auf die Sprachstärkung als bspw. auf das Bestehen nationaler Prüfungen abzielten, da auch das Bestehen der Prüfungen wesentlich von den Sprachkenntnissen abhängt und dem formellen Wiedereinstieg vorausgeht. Die durchschnittliche Dauer der Programme konnte aufgrund fehlender Informationen nicht ermittelt werden. Es gibt auch keine Evidenzen dafür, wie lange zugewanderte Fachkräfte brauchen, um sich an die neue Umgebung zu gewöhnen [124]. Ein Großteil der Programme bot Unterstützungsleistungen über einen Zeitraum von drei bis vier Monaten an. Dies deckt sich mit Empfehlungen der Europäischen Kommission, die eine kürzere Programmdauer für sinnvoll erachtet, um die berufliche Integration von geflüchteten Personen nicht zu verzögern [14].

Bei der Gestaltung der Programme wurde eine defizitorientierte Perspektive deutlich. Die Inhalte und Ausrichtungen der Programme basierten auf der Annahme, dass zugewanderte Fachkräfte bestimmte Kompetenzen und Qualifikationen erlernen sollen, um eine Angleichung der Qualifikationen an nationale Standards zu erreichen. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass zugewanderte Fachkräfte Potenziale und Qualifikationen mitbringen, die in Aufnahmeländern häufig nicht gewürdigt oder sogar entwertet werden [31]. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Barrieren, die zugewanderte Fachkräfte bei der beruflichen und betrieblichen Integration erfahren, könnte es im Rahmen von Programmen ratsam sein, aktive Wertschätzung für die bereits erworbenen Qualifikationen zu zeigen und diese gezielt hervorzuheben, um die berufliche Integration zu unterstützen [125].

3.4.2 Outcome der Förder- und Orientierungsprogramme für zugewanderte Fachkräfte

Die geringe methodische Qualität der Studien wurde bereits eingangs diskutiert. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass knapp ein Viertel aller identifizierten Studien aus dem Review ausgeschlossen wurden, da diese nicht den Einschlusskriterien für eine transparente Berichterstattung über die genutzten Methoden entsprachen und somit nicht von evidenzbasierten Programmen ausgegangen wurde. Die Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien weisen darauf hin, dass die Programmteilnahme positive Effekte auf die Kompetenzen der zugewanderten Fachkräfte hatte. Dies deckt sich mit Ergebnissen früherer Reviews, die ebenfalls von positiven Effekten berichten [23-25]. Nur in einem Programm wurde

von keinen oder einer negativen Auswirkung auf die Teilnehmenden berichtet [118]. Die Auswirkungen resultierten aus der mangelnden interkulturellen Kompetenz der Betreuer:innen [118]. Im Kontrast dazu steht eine Studie, in der Unterstützung durch Peers, die einen ähnlichen kulturellen Hintergrund wie die zugewanderten Fachkräfte hatten, als besonders hilfreich beschrieben wurde [117]. Dies deckt sich mit Ergebnissen eines Reviews im Kontext internationaler Medizinstudent:innen, die beschreiben, dass eine interkulturelle Öffnung und eine kultursensible Arbeitsatmosphäre für die Integration der Fachkräfte notwendig sind [24]. Dabei wird deutlich, dass interkulturell kompetente Peers, Mentor:innen oder Betreuer:innen vertrauensvolle Ansprechpersonen darstellen und damit den Integrationsprozess positiv beeinflussen können [24]. Zudem kann der Beziehungsaufbau zu diesen eine formale Ressource für die zugewanderten Fachkräfte darstellen, um ihr berufliches Netzwerk erweitern zu können.

Basierend auf der Betrachtung aller anderen im Review eingeschlossenen Studien ließen sich Outcomes in drei Bereichen feststellen. Dazu zählen die Verbesserung sprachlicher und professioneller Kompetenzen sowie die Verbesserung formaler Ressourcen. Da sich die Outcomes in diesen Bereichen überschneiden, können sie nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Es wurde jedoch deutlich, dass in vielen Studien eine Steigerung des Selbstbewusstseins sowie eine stärkere Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem beobachtet werden konnten. Trotz der kritischen methodischen Qualität der Studien, lässt dies den Schluss zu, dass die Steigerung des Selbstbewusstseins und die Vertrautheit mit dem System einigen der in Kapitel 2.4 skizzierten Barrieren entgegenwirken können. Besonders geflüchtete Fachkräfte erleben im Rahmen ihres Integrationsprozesses eine Entwertung, hohe Frustrationsgrade und den Verlust der Selbstwirksamkeit (siehe Kapitel 2.4). Für künftige Forschungen stellt sich daher die Frage, wie methodisch hochwertige Evaluationsdesigns aussehen können, die valide Aussagen zur Wirksamkeit von Programmen zulassen. In diesem Kontext ist es notwendig, die genutzten Messinstrumente zu reflektieren. In vielen Studien wurden selbst entwickelte Fragebögen genutzt, da es sich um spezifische Programmkontexte handelte. Da selbst-entwickelte Fragebögen insofern problematisch sind [126], als sie nur Ergebnisse von relativ geringer Aussagekraft produzieren, fiel die methodische Bewertung der Studien gering aus. Kleine Stichprobengrößen sowie der Mangel an

Kontrollgruppen führten ebenfalls zu einer geringer ausfallenden methodischen Qualität. Für eine höhere methodische Qualität gilt es, programm- und zielgruppenspezifische Kontexte mitzudenken. Für die quantitative Erhebung mit zugewanderten Personen sollten verschiedene Hürden, etwa Sprachbarrieren oder mangelndes Vertrauen, mitgedacht werden. Weiterhin ist es möglich, dass Bildungsträger für die berufliche Integration von zugewanderten Fachkräften nur das Bestehen von Prüfungen oder die Erwerbstätigkeit fokussieren und eine wissenschaftliche Evaluation nicht prioritär behandelt wird. Es gilt daher, diese spezifischen Rahmenbedingungen bei der Bewertung der Studien zu berücksichtigen. Eine weitere Erklärung für die geringe Bewertung der Studien kann aber auch in dem Instrument, das zur Studienbewertung genutzt wurde, liegen. Fehlende Informationen in den Artikeln führten in einigen Fällen dazu, dass einige Fragen des MMAT nicht beantwortet werden konnten, was eine schlechtere Bewertung der Studie nach sich zog. Trotz der Einschränkungen konnten systematisch Studien zur beruflichen Integration von zugewanderten Fachkräften identifiziert werden.

Zusammenfassend wurde im Rahmen dieser Suche deutlich, dass es einen Mangel an (1) Programmen für geflüchtete Fachkräfte, (2) berufsgruppenübergreifenden Programmen und (3) systematisch evaluierten Programmen gibt. Die Implikationen dieser Ergebnisse werden in Kapitel 6.1 und 6.2 ausführlich diskutiert. Darüber hinaus können die Ergebnisse für die künftige Planung, Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Programmen berücksichtigt werden. Für die Entwicklung von Programmen muss festgehalten werden, dass soziale und staatliche Rahmenbedingungen die Programme beeinflussen können. Staatliche Prüfungen, Anerkennungsverfahren und weitere Faktoren beeinflussen das Design und die Ausrichtung der Programme. Obwohl in der Literaturrecherche keine nationalen Muster erkannt wurden, ist es notwendig, den jeweiligen sozialen Kontext im Aufnahmeland der Programme mitzudenken. Die Literaturrecherche liefert daher wichtige Erkenntnisse zu internationalen Programmen und erste Hinweise zu deren Wirksamkeit. Für die weitere Beantwortung der Leitfrage ist es jedoch notwendig, die nationalen Kontexte mitzudenken und die Inhalte der in Deutschland implementierten Programme mit diesen rückzukoppeln. Zu diesem Zweck wurde eine Interviewstudie mit geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen durchgeführt, um Erkenntnisse

zu den in Deutschland erlebten Barrieren und Herausforderungen zu identifizieren. Die aus dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, kontext- und zielgruppenspezifisches Wissen zu gewinnen. Darüber hinaus wurde ein Orientierungsprogramm zur beruflichen Integration für geflüchtete Personen in Gesundheitsberufen evaluiert, um die Barrieren und Bedarfe des beruflichen Integrationsprozesses einander gegenüberstellen zu können. Die Ziele werden entlang der eingangs erwähnten Fragestellungen analysiert.

4 Herausforderungen und Strategien von geflüchteten Fachkräften

Anmerkung: Die in diesem Kapitel folgenden Ausführungen basieren auf der Veröffentlichung folgender Publikation:

Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies. International Migration, [voraussichtlicher Druck im Winter 2020]. DOI: 10.1111/imig.12752.

4.1 Hintergrund

Anmerkung: Dieser Abschnitt wurde für die Monografie neu erarbeitet.

Geflüchtete Personen, insbesondere hochqualifizierte Geflüchtete üben in Aufnahmeländern häufig Berufe aus, für die sie überqualifiziert sind. Eine Studie mit hochqualifizierten Geflüchteten in Australien [68] verdeutlicht drei Gründe, die maßgeblich dazu beitragen, dass hochqualifizierte Geflüchtete keine ihrem Qualifikationsniveau entsprechende Tätigkeit ausüben. Erstens erleben geflüchtete Personen Rassismus in der Form, dass auch bei gleicher Qualifikation und Eignung geflüchtete Personen nicht eingestellt werden. Zweitens führen strukturelle Gründe und institutionelle Diskriminierung, beispielsweise die Nicht-Anerkennung der Qualifikationen dazu, dass geflüchtete Personen im segmentierten Arbeitsmarkt verbleiben. Drittens verfügen geflüchtete Personen nicht über die notwendigen sozialen Kontakte, die die Vermittlung in Berufe ermöglichen. Dabei erleben hochqualifizierte Geflüchtete in unterschiedlichen Branchen ähnliche Barrieren, wie eine Studie zu den Erfahrungen von geflüchteten Lehrer:innen und Ärzt:innen in Großbritannien zeigt [127]. Die Autor:innen der Studie untersuchen die Strategien, mit denen geflüchtete Lehrer:innen und Ärzt:innen auf die erlebten Barrieren reagieren. Dazu zählen (1) die Akzeptanz der Barrieren, (2) das Balancieren zwischen den eigenen Ansprüchen und den Einschränkungen durch die Barrieren, (3) die Unsicherheit über Karrierewege und (4) die Resignation nach dem Ausschöpfen aller Strategien. Generell gilt es bei der Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Personen, fluchtspezifische Faktoren zu berücksichtigen. In der systematischen Literaturrecherche wurde die geteilte Migrationserfahrung der

Zielgruppe als gemeinsamer Nenner beschrieben und die in Kapitel 2.4 dargestellten Barrieren verdeutlichen, dass die Herausforderungen im Arbeitsalltag für internationale Fachkräfte und geflüchtete Fachkräfte sich ähneln. Dennoch unterscheidet sich die Fluchtmigration wesentlich von der freiwilligen Migration. Krieg, Folter und humanitäre Gründe zwingen geflüchtete Personen, ihren Heimatort – eventuell unter plötzlichen und extremen Bedingungen – zu verlassen [128]. Die (weitestgehend) freiwillig migrierten internationalen Fachkräfte hatten hingegen Zeit, ihre Migration vorzubereiten. Traumatische Erlebnisse, die Bedingungen der Flucht sowie ein unsicherer Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland beeinflussen die Arbeitsmarktsituation geflüchteter Personen und unterscheiden diese daher wesentlich von den Erfahrungen internationaler Fachkräfte, auch wenn eine gänzlich scharfe Trennung zwischen forcierter und freiwilliger Migration nicht möglich ist [38]. Die Barrieren, die geflüchtete Personen bei ihrem beruflichen Integrationsprozess erleben, wurden bereits in Kapitel 2.4 dargestellt. Das Europäische Parlament empfiehlt, auf die Zielgruppe zugeschnittene Qualifizierungsprogramme durchzuführen [14], um einige der Barrieren zu adressieren und geflüchtete Personen auf die Arbeit vorzubereiten. Dabei gelten Arbeitsplätze als Orte „soziokultureller Integration“ [129], da sie es ermöglichen, soziale Kontakte aufzubauen und fachspezifische Kompetenzen zu verbessern. Während die rechtliche Situation und der Zugang zum Arbeitsmarkt für geflüchtete Personen in Deutschland mehrfach analysiert worden ist [14, 15, 17, 130], fehlen Daten zu spezifischen Branchen und den Erfahrungen am Arbeitsplatz. Im Folgenden sollen daher die Herausforderungen, die geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen und ihre Betreuenden bei der Arbeitsmarktintegration und am Arbeitsplatz erleben, analysiert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden Implikationen für Bildungsmaßnahmen und strukturelle Veränderungen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen abgeleitet, um eine erfolgreiche Integration von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufe zu unterstützen.

4.2 Methode

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der in diesem Kapitel einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 2). Zusätzliche Informationen zur Methode wurden ergänzt.

4.2.1 Qualitative Studien

Die vorliegende Studie wurde mit einem qualitativ-explorativen Ansatz durchgeführt. Qualitative Studien können eine „Eingangsforschung“ darstellen [131], insbesondere dann, wenn die zu ergründenden Themen noch wenig überschaubar sind [131]. Nach Flick gibt es drei wesentliche Kennzeichen qualitativer Forschung [132]. Das erste Kennzeichen ist die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorie. Hierbei gilt, dass der zu untersuchende Gegenstand der Bezugspunkt der Forschung ist und die Auswahl der Methoden sich daran orientiert. Das zweite Kennzeichen sind die Berücksichtigung und Analyse verschiedener Perspektiven. Daher sollte die Perspektivenvielfalt im Feld berücksichtigt werden, die sich aus diversen sozialen Kontexten ergeben kann. Das dritte Kennzeichen ist die Reflexivität der Forscher:innen und der Forschung. Eigenschaften, Vorannahmen und Gefühle von Forschenden fließen in die Forschung ein, sodass diese reflektiert und dokumentiert werden sollten [132]. Um die Forschungsfrage zu beantworten, bedient sich die qualitative Forschung wissenschaftlicher Methoden und einer Systematik von Entscheidungsabläufen. Obwohl die Prozessabläufe einer qualitativen Studie oft ineinander verwoben sind und mit dem zu erforschenden Gegenstand rückgekoppelt werden müssen, soll im Folgenden eine kurze idealtypische Darstellung qualitativer Studien nach Flick [133] skizziert werden:

Theoretische Auseinandersetzung [133]

Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand und die Bildung von Hypothesen stehen am Anfang des qualitativen Forschungsprozesses. Unterschiedliche Ansätze innerhalb der qualitativen Methodenforschung (z.B. Grounded Theory) gehen jedoch davon aus, dass Hypothesen erst im Rahmen der Forschung entdeckt und als Ergebnis formuliert werden sollen. Wesentlich ist dabei, ob Vorannahmen den Forschungsprozess beeinflussen können sowie die Frage, inwiefern eine Forschung ohne Vorannahmen möglich ist.

Fragestellung [133]

Die Formulierung und Eingrenzung einer Forschungsfrage ist für qualitative Studien wesentlich, da die Fragestellung eine strukturierte Datenerhebung und die Reduktion des Datenmaterials ermöglicht. Eine Abgrenzung der Fragestellung bzw. des Forschungsgegenstandes kann dabei ebenfalls hilfreich sein, um die Datenmenge auf relevante Daten zu reduzieren.

Annäherung an das Forschungsfeld [133]

Die Reflexion der Rolle der Forscher:innen stellt in qualitativen Studien eine wesentliche Komponente dar. Dabei geht es auch um die Beziehung zwischen Forschenden und Beforschten und Aspekte zu „Vertrauens-, Interessens-, und Datenschutz“ [133]. Nähe und Distanz zum Feld bzw. zum Untersuchungsgegenstand sollten reflektiert werden, ebenso wie Interessensabwägungen, Ängste und Ziele, die den Forschungsprozess beeinflussen könnten.

Methodenauswahl [133]

Qualitative Forschung bietet eine Vielzahl an Methoden, wobei sich zwischen interpretativen und rekonstruktiven Verfahren unterscheiden lässt. Interpretative Verfahren, etwa die Konversationsanalyse oder die Objektive Hermeneutik, verfolgen das Ziel, eine „mikroskopisch genaue Analyse, mittels derer die Teilnehmer an sozialen Situationen Wirklichkeit(en) herstellen“ [133] zu erforschen. Rekonstruktive Verfahren, etwa mittels Interviews oder Feldforschung, „stellen jeweils den zu untersuchenden Sachverhalt in der Erhebungssituation – etwa durch Fragen und Antworten oder Notizen – ein zweites Mal her und rekonstruieren ihn damit“ [133]. Beide Verfahren bergen jedoch, durch das Eingreifen oder Nicht-Eingreifen der Forschenden, das Risiko für Verzerrungen. Für die Auswahl der Methode sind aber auch weitere Aspekte entscheidend, die sogenannten Bezugspunkte: „der Forscher mit seinem Forschungsinteresse, das (die) Subjekt(e), an dem (denen) er dies untersucht, und ihre Sichtweise sowie schließlich die Situation, in der er dies untersucht bzw. in der er die Subjekte und ihre Handlungen eingebettet sieht“ [133]. Dabei ist die Entscheidung der Methode eng an die Bezugspunkte geknüpft. Teilstandardisierte Interviews, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurden,

zählen zu den Methoden, die durch Forscher:in und Subjekt strukturiert werden, da diese Form des Interviews dadurch gekennzeichnet ist, dass die Forscher:innen den Fluss des Gespräches aufrechterhalten und das Subjekt hier den Redefluss frei entfalten darf.

Fixierung der Daten [133]

Nach der Auswahl der Methode sollten die erhobenen Daten gesichert werden. Dies kann schriftlich (bspw. Feldnotizen) oder durch Ton- und Bildaufnahmen geschehen. Sowohl die Art der Datenfixierung als auch die Transkription kann die Forschungssituation und den Text beeinflussen und muss daher kritisch reflektiert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass für nicht-linguistische Fragestellungen nur so viel und so genau transkribiert werden sollte, wie für die Beantwortung der Fragestellung notwendig.

Interpretation von Daten [133]

Für die Interpretation qualitativer Daten stehen ebenfalls verschiedene Methoden zur Auswahl. Dabei stellt sich die Frage, wie Verallgemeinerungen vermieden und Nachvollziehbarkeit hergestellt werden können. Im Rahmen dieser Arbeit wurde mit Kategorisierungen gearbeitet, die typisch für die qualitative Inhaltsanalyse sind. Dabei geht es nicht um einzelne Fälle, sondern um die Zusammenfassung der Fälle und die Ableitung von Hypothesen aus der Zusammenstellung der Daten. Eine ausführliche Darstellung der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt in Kapitel 5.2.6.

Geltungsbegründung [133]

Im letzten Schritt des qualitativen Verfahrens geht es darum, Ergebnisse transparent und nachvollziehbar darzustellen und Evidenzen zu sichern. Dabei kann es hilfreich sein, die einzelnen Prozessphasen kritisch zu reflektieren und die Authentizität der Daten zu überprüfen. So kann bspw. die Interviewsituation daraufhin überprüft werden, ob Suggestivfragen gestellt wurden. Eine andere Möglichkeit ist, die Validität der Daten durch die Erforschten selbst prüfen zu lassen.

Um die einzelnen Prozessschritte der Studie transparent zu machen sowie zum Zweck der Qualitätssicherung folgen die Darstellung von Methoden und Ergebnissen der Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research-Checkliste (COREQ)

zum Erstellen qualitativer Studien [134]. Sie berücksichtigt mithilfe von 32 Items verschiedene Bereiche, die für qualitative Studien wesentlich sind, etwa die Reflexion über das Forscher:innenteam, das Studiendesign und die Analyse.

4.2.2 Reflexion der Forscherinnenrolle

Die Reflexion der Rolle der Forscherin sowie ihre damit eingenommene Perspektive gehört zu den wesentlichen Voraussetzungen qualitativer Forschung. Strauss und Corbin prägen dazu den Begriff der „theoretischen Sensitivität“ [135]. Damit beschreiben sie die Positionierung der Forscher:innen, die vom Vorwissen und den Erfahrungen der Forscher:innen abhängt und bei der Durchführung qualitativer Studien berücksichtigt werden muss. Im Rahmen dieser Studie hat die Autorin der Monografie alle Interviews persönlich durchgeführt. Die Autorin (cis/het, able-bodied, of Color)⁹ ist ausgebildet in Kultur- und Religionswissenschaften, Internationaler Migrationsforschung und Interkulturellen Studien und verfügt über wesentliche Kenntnisse in der Migrationsforschung und mehrere Jahre Erfahrung in der Durchführung qualitativer Studien.

4.2.3 Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen wurde eine unsystematische Internetrecherche durchgeführt. Dazu wurden bundesweit über 20 Bildungsträger:innen und Re-Integrationsprojekte kontaktiert und für eine Studienteilnahme angefragt. Von den größten Organisationen erklärten sich nur drei bereit, an der Studie teilzunehmen bzw. die Informationen bezüglich der Studie an ihre Teilnehmer:innen weiterzuleiten und so zur Gewinnung von Studienteilnehmer:innen beizutragen. Die Stratifizierung des Samples erfolgte zunächst entlang der Unterscheidung zwischen geflüchteten Personen und Betreuer:innen. Die Gruppe der geflüchteten Personen wurde dann wieder in zwei Untergruppen geteilt: Ärzt:innen und Angehörige anderer Berufsgruppen. Die Unterscheidung zwischen Ärzt:innen und anderen Berufsgruppen erfolgte aus dem Grund, dass unter den teilnehmenden Organisationen zwei auf die Integration von Ärzt:innen fokussierten und eine berufsgruppenübergreifende Angebote stellte. In

⁹ Der Begriff „Cis/het“ ist eine Abkürzung für cisgender und heterosexuell. Der Begriff „able-bodied“ steht für Menschen, die körperlich nicht eingeschränkt werden, und „of Color“ ist eine Selbstbezeichnung von Menschen mit Rassismuserfahrung. Die Reflexion dieser Merkmale dient dazu, strukturelle Privilegien und Benachteiligungen der Forscherin sichtbar zu machen und die Wissensproduktion entsprechend reflektieren zu können.

Anlehnung an die Empfehlung, sechs bis zwölf Interviews pro Gruppe zu führen [136], um eine theoretische Sättigung zu erreichen, wurden insgesamt 24 Interviews in drei Großstädten Deutschlands (Hamburg, Hannover, Frankfurt) im Zeitraum August 2017 bis September 2018 geführt. Zur Akquirierung der Interviewpartner:innen informierten die Organisationen ihre Teilnehmenden, organisierten Interviewtermine oder vermittelten die Kontaktdaten der Forscherin an die möglichen Interviewpartner:innen. Für die Teilnahme an der Studie wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert, die sich auf die Zielgruppe, auf Sprachkenntnisse und Arbeitserfahrung bezogen. Zur Zielgruppe gehörten geflüchtete Fachkräfte, die in ihren Herkunftsländern oder in einem anderen Land als Deutschland einen Gesundheitsberuf erlernt haben. Dabei wurden alle geflüchteten Personen unabhängig von ihrem aktuellen Schutzstatus berücksichtigt. Entsprechend wurde der Schutzstatus auch nicht erfragt. Zur Teilnahme an der Studie war es auch notwendig, dass die geflüchteten Fachkräfte mindestens vier Wochen in Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem gekommen waren. Dieser Nachweis konnte durch Hospitationen, Praktika oder feste Anstellungen erbracht werden. Die Arbeitserfahrungen im Herkunftsland und auch in Deutschland wurden als demografische Angaben erfragt. Aufgrund mangelnder Ressourcen für Dolmetschende wurden Interviews nur mit geflüchteten Fachkräften geführt, die über Sprachkenntnisse der Stufe A2-B1 entlang des Europäischen Referenzrahmens verfügten. Zudem wurden hierarchieübergreifend Betreuer:innen befragt, die geflüchtete Fachkräfte direkt am Arbeitsplatz oder bei der Integration in Gesundheitsberufe begleiteten. Teilnehmende, die die festgelegten Kriterien erfüllten, wurden telefonisch kontaktiert und zu einem persönlichen Interviewtermin eingeladen. Die Studienteilnehmenden erhielten vor Beginn des Interviews zwei Einwilligungserklärungen in deutscher Sprache. Eine Einwilligungserklärung enthielt Studieninformationen und die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie, die andere Erklärung umfasste die Einwilligung zur Tonaufnahme. Die Erklärungen wurden den Teilnehmenden zu Beginn mündlich erläutert und mit ihnen besprochen. Ein terminiertes Interview konnte nicht stattfinden, da sich kurz vor Beginn des Interviews herausstellte, dass der Teilnehmer noch keine Hospitationsmöglichkeiten in Deutschland hatte wahrnehmen können. Die Erstattung der Fahrtkosten für die Studienteilnahme war nicht vorgesehen. Die Befragten erhielten für ihre Teilnahme ein Incentive in Form einer Schokoladentafel.

4.2.4 Datengenerierung

Zur Datengenerierung wurden teilstandardisierte Interviews mit den Teilnehmenden geführt [137]. Teilstandardisierte Interviews sind ein wesentlicher Bestandteil qualitativer Forschung. Sie grenzen sich von standardisierten Interviews dadurch ab, dass es keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gibt und die Befragten eigene Erzählungen generieren können. Nachfragen, Abweichungen vom oder Ergänzungen zum Leitfaden, wenn sie für das Thema relevant sind, sind daher im Rahmen teilstandardisierter Interviews möglich und sogar erwünscht. Dabei gibt es mehrere Arten teilstandardisierter Interviews (Strukturinterviews, Klinische Interviews, Problemzentrierte Interviews u.a.). Im Rahmen der folgenden Studie wurden Problemzentrierte Interviews geführt, die sich dadurch kennzeichnen, dass eine thematische Orientierung zwar vorgegeben ist, die Befragten jedoch eigene Erzählungen einbringen können [137].

Die Entwicklung des Interviewleitfadens basierte auf bereits bestehender Literatur zu den Arbeitsplatz Erfahrungen von geflüchteten Personen und Zugewanderten und orientierte sich an der SPSS-Methode von Helfferich [138]. SPSS steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsummieren. Im ersten Schritt werden dabei in einem Brainstorming relevante Fragen gesammelt. Im zweiten Schritt werden diese Fragen auf ihre Angemessenheit und Relevanz geprüft. Im Sinne der Reflexivität ist es auch notwendig, die Formulierung der Fragen zu überprüfen und bspw. darauf zu achten, keine Suggestivfragen zu formulieren. Die verbliebenen Fragen werden dann sortiert und in einem Leitfaden subsummiert. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Fragen offen formuliert sind, um den Befragten zu ermöglichen, Erzählungen zu generieren. Konkrete Nachfragen und Aufrechterhaltungsfragen durch die Forschenden (z.B. „Wie ging es weiter?“) können den Erzählprozess unterstützen.

Der Leitfaden wurde an Expert:innen der Migrationsforschung versendet, um kritisch begutachtet zu werden. Nach einer ersten Überarbeitung wurde der Leitfaden mit zwei zugewanderten Pflegekräften pilotiert, um die „Funktionalität des Leitfadens zu reflektieren“ [139], und anschließend finalisiert. Obwohl der Leitfaden möglichst offengehalten werden soll [140], wurden im Leitfaden zentrale Themenblöcke bestimmt, um das Themenfeld zu strukturieren.

Der Leitfaden wurde in sechs Bereiche unterteilt. Nach einer Small-Talk-Phase, um eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, begannen die Interviews jeweils mit einer Warm-Up-Frage. Im ersten Abschnitt des Leitfadens wurde offen nach Erfahrungen bei der Arbeit im Krankenhaus gefragt. Die generische Erzählaufforderung diente dazu, dass die Teilnehmenden eigene Schwerpunkte setzen konnten. Nach einer ersten Erzählung durch die Befragten wurde nach positiven, hilfreichen Erfahrungen sowie negativen oder unangenehmen Erfahrungen gefragt. Die Erzählungen wurden mit Paraphrasierungen, Nachfragen und weitergehenden Erzählaufforderungen ergänzt. Dieses Muster wiederholte sich in den nachfolgenden Abschnitten. Im zweiten Abschnitt wurde nach Erfahrungen mit Teams und Vorgesetzten sowie im dritten Abschnitt nach Erfahrungen im Kontakt mit Patient:innen gefragt. Der vierte Abschnitt durchbrach dieses Muster, da zunächst offen danach gefragt wurde, was die Befragten unter dem Stichwort „Arbeitskultur“ verstehen und ob sie in diesem Zusammenhang bestimmte Aspekte der Arbeit in Deutschland vermissen, die sie aus ihren Herkunftsländern kannten. Dabei wurde darauf geachtet, dass keine Hierarchisierung oder Schlechter/Besser-Dichotomie hergestellt wurde, sondern Unbekanntes, Fremdes oder Neuartiges von Interesse war. Zudem wurde in diesem Abschnitt gefragt, wie gut die Befragten sich mit dem Gesundheitssystem in Deutschland auskennen und in welchen inhaltlich-fachlichen Bereichen sie sich noch Fortbildungen wünschten. Zum Abschluss des Interviews wurde gefragt, welche Vorschläge sie zur Verbesserung der beruflichen Integration haben und was sie anderen geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen raten würden. Nach einer letzten Frage, ob die Teilnehmer:innen noch etwas ergänzen möchten, wurde das Interview mit einer Danksagung beendet.

Im Rahmen der Interviews betonten die Teilnehmenden mancherorts, dass ihr Deutsch nicht so gut sei und sie ihre Erfahrungen nicht so gut artikulieren könnten. Im Laufe der Interviews wurde daher mehrmals darauf hingewiesen, dass der Inhalt und die Erfahrungen der Befragten im Vordergrund stehen und die grammatikalische Ausdrucksweise nicht wichtig sei. Zudem wurden die Aussagen von der Interviewerin paraphrasiert, um eine Rückversicherung des Gesagten zu erhalten und Missverständnisse zu vermeiden. Alle Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Nach dem Abschluss des Interviews wurden das Aufnahmegerät ausgeschaltet und demografische Daten und Angaben zur Qualifikation und zu den

Arbeitserfahrungen erhoben. Die Interviews dauerten zwischen 00:18:00 und 00:55:00 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 00:40:00 Minuten. Die Interviews (n=20) wurden von einer professionellen Transkriptionsagentur nach wissenschaftlichen Transkriptionsregeln erstellt [141]. Basierend auf diesen Transkripten wurde ergänzend ein kleiner Teil der Transkripte (n=4) von einer studentischen Hilfskraft transkribiert. Alle Transkripte wurden von der Autorin der Monografie überprüft und korrigiert.

4.2.5 Datenanalyse

Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring [142] ausgewertet. Die Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Methode, um Material, das aus jeglicher Art Kommunikation entstanden ist, zu analysieren [142]. Diese Kommunikation sollte dazu in Form von Texten oder Bildern schriftlich fixiert sein. Die Inhaltsanalyse folgt einem systematischen Vorgehen und expliziten Regeln, die eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Der allgemeine Ablauf einer Inhaltsanalyse ist in Abbildung 4 dargestellt. Im Folgenden werden diese Schritte exemplarisch anhand der durchgeführten Studie dargestellt.

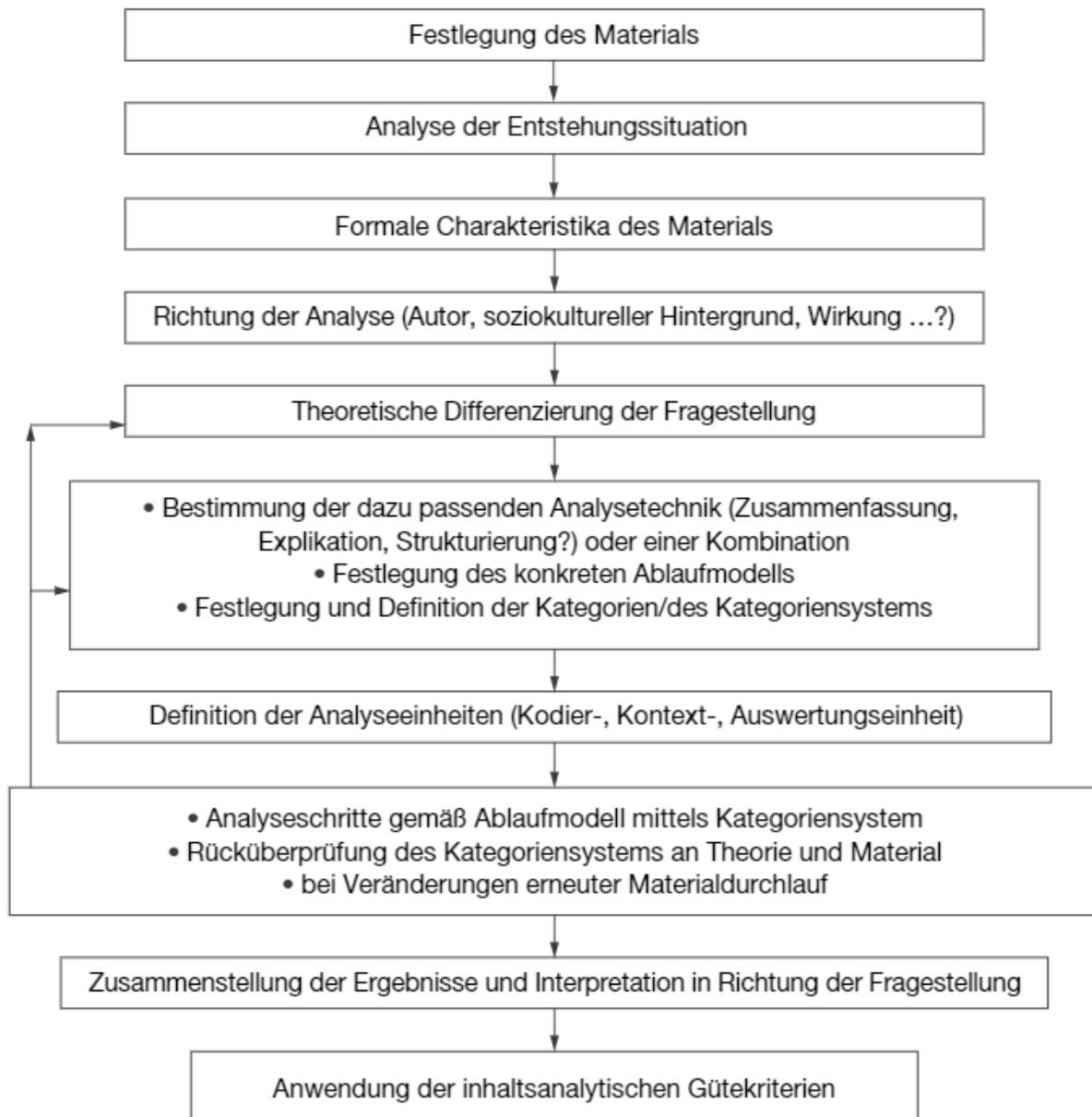


Abb. 4: Allgemeiner Ablauf einer Inhaltsanalyse nach Mayring (S. 62) [142].

Als Analyseeinheit und Material wurden alle 24 Transkripte der Leitfadeninterviews bestimmt. Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen September 2017 und September 2018 durchgeführt und fanden in Hamburg, Hannover und Frankfurt in abgetrennten Räumlichkeiten und Büros der jeweiligen Organisationen statt. Die Interviews wurden auf Deutsch geführt. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme, die Kontaktaufnahme, die Kommunikation über Studieninformationen sowie formale Charakteristika wie die Dauer der Interviews wurden bereits zuvor beschrieben. Für die Richtung der Analyse waren die positiven und negativen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften und ihren Betreuer:innen im Kontext der Berufserfahrungen

ausschlaggebend. Da die Aspekte Fachsprachenerwerb und Anerkennung der Berufe bereits ausführlich in der Literatur analysiert und diskutiert wurden, spezifizierte sich die Fragestellung der vorliegenden Studie auf berufsalldägliche Erfahrungen und die Kontakte auf Station. Als Analysetechnik wurde die strukturierende Inhaltsanalyse gewöhlt deren Ziel es ist, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ und so eine Struktur herauszuarbeiten. Abbildung 5 stellt die Analyseschritte der strukturierenden Inhaltsanalyse dar.

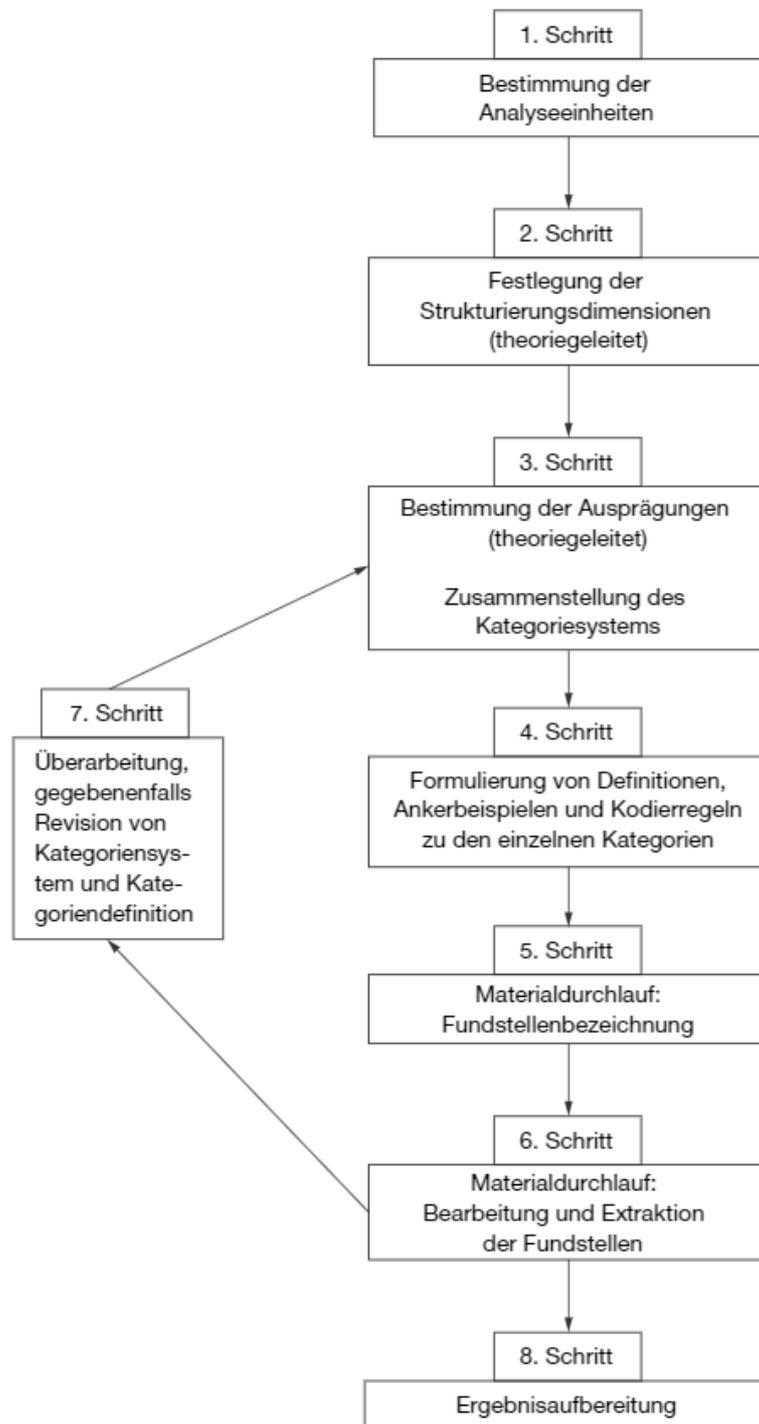


Abb. 5: Analyseschritte der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (S. 98) [142].

Die Bestimmung der Analyseeinheit (alle Transkripte) wurde bereits zuvor beschrieben. Zur Festlegung der Strukturierungsdimensionen konnte auf die Themenblöcke im Leitfaden zurückgegriffen werden und es konnten erste deduktive Kategorien (theoriegeleitete Kategorien) auf Basis des Leitfadens gebildet werden. Im nächsten Schritt konnten induktive Kategorien (materialgeleitete Kategorien) aus dem Datenmaterial gebildet werden. Um dem explorativen Ansatz der Studie gerecht zu werden, wurde eine höhere Anzahl induktiver Kategorien gebildet, auf deren Basis ein erstes Kategoriensystem erstellt wurde. Auf Grundlage dieses Kategoriensystems wurde ein Codebuch erstellt, das Hauptkategorien definierte, Regeln für den Ein- und Ausschluss von Kategorien formulierte und sogenannte Ankerbeispiele aus dem Transkript für diese Kategorien festlegte.

Mithilfe des Codebuches wurden alle Transkripte geprüft und das Kategoriensystem – wo notwendig – überarbeitet. Alle Transkripte wurden mithilfe des computergestützten Codierprogrammes MAXQDA (Version 10) von der Autorin der Monografie codiert. Ein (zufällig ausgewähltes) Viertel des Interviewmaterials wurde zusätzlich von einer studentischen Hilfskraft codiert, um intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten und die Qualität der Codes zu überprüfen. Abweichungen und Unterschiede bei der Codierung wurden bis zur Konsensfindung diskutiert. Die Codes wurden einem interdisziplinären Kolloquium vorgestellt, um intersubjektive Reproduzierbarkeit und Verständlichkeit zu gewährleisten. Basierend auf diesem Prozess entstand ein überarbeitetes Kategoriensystem, anhand dessen alle Interviews final codiert wurden.

4.3 Ergebnisse

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung. Dabei wurden einzelne Zitate ergänzt, die aufgrund der Zeichenbegrenzungen keinen Einzug in die Publikation finden konnten.

4.3.1 Beschreibung des Samples

Es wurden 16 Interviews mit geflüchteten Fachkräften und acht Interviews mit Betreuer:innen geführt. Zwei der Interviews wurden telefonisch geführt, da die

Teilnehmenden nur eingeschränkt mobil waren. Tabelle 4 stellt die Beschreibung des Samples dar.

Geflüchtete Fachkräfte						
Nr.	Ge- schlecht	Alter	Geburtsland	Beruf	Arbeitserfahrung in Deutschland	Arbeitserfahrung im Herkunfts- land
A1	m	26	Iran	Pfleger	1 Monat	6 Jahre
A2	m	23	Irak	Arzt	3 Monate	2 Jahre als Arzt, 3 Jahre als Chirurg
A3	m	28	Syrien	Physiotherapeut	2 Jahre	4 Jahre
A4	m	28	Syrien	Arzt (Anästhesist)	8 Monate	2,5 Jahre als Assistenzarzt in der Chirurgie
A6	m	33	Syrien	Arzt	5 Monate	5 Jahre
A7	m	38	Afghanistan	Arzt	1 Jahr	1 Jahr als Assistenzarzt, 3 Jahre im Gesundheits- ministerium
A8	w	29	Syrien	Ärztin	1, 5 Jahre	1 Jahr
A9	m	30	Afghanistan	Arzt	3 Monate	1 Jahr als Assistenzarzt
A10	m	44	Syrien	Arzt (Anästhesist)	3,5 Jahre	4 Jahre als Assistenzarzt, 2 Jahre als Oberarzt, 9 Jahre als Chefarzt
A11	w	52	Afghanistan	Ärztin (Gynäkologin)	6 Monate	23 Jahre als Gynäkologin (u.a. als Oberärztin)
A12	m	39	Jemen	Arzt	4 Monate	10 Jahre
A13	m	45	Afghanistan	Arzt	2 Jahre	2,5 Jahre
A14	m	51	Syrien	Zahnarzt	3 Monate	21 Jahre
A15	m	39	Afghanistan	Arzt (HNO)	6 Wochen	3 Jahre als HNO-Spezialist
A16	w	33	Senegal	Geburtshelferin und Pflegerin	3 Monate	11 Monate als Geburtshelferin, 15 Jahre als Pflegerin

A17	w	36	Aser- bajdschan	Pflegerin	3 Monate	2 Jahre
Betreuer:innen						
Nr.	Ge- schlecht	Alter	Geburtsland	Bildung	Derzeitiger Beruf	Erfahrung
B1	m	34	Deutschland	Physiotherapeut	Teilzeit Physiotherapie, Teilzeit Anleiter für Zugewanderte Fachkräfte	5 Jahre als Physiotherapeut, 1 Jahr als Anleiter
B2	m	64	Deutschland	Bibliothekar und Herausgeber	Integrationsbeauftragter der Ärztekammer Niedersachsen	2,5 Jahre als Integrationsb.
B3	m	64	Deutschland	Arzt	Arzt und Anleiter für zugewanderte Fachkräfte	34 Jahre als Arzt, ein Jahr als Anleiter
B4	m	73	Deutschland	Arzt	Anleiter für zugewanderte Fachkräfte (berentet)	47 Jahre als Arzt, 2 Jahre als Anleiter
B5	w	50	Deutschland	Pflegerin und Pflegeanleiterin	Pflegeanleiterin	15 Jahre als Pflegeanleiterin
B6	w	54	Deutschland	Pflegerin	Pflegerin und Pflegeanleiterin	37 Jahre als Pflegerin und Pflegeanleiterin
B7	w	38	Deutschland	Pflegerin und Psychologin	Psychologin	7 Jahre als Psychologin
B8	m	52	Deutschland	Arzt, medizinischer Journalist	Geschäftsführer eines Bildungsträgers für die Qualifizierung von zugewanderten Fachkräften	2 Jahre als Geschäftsführer

Tab. 4: Beschreibung des Samples der Studie 2, Übersetzung der Abbildung nach [4].

4.3.2 Herausforderungen bei der beruflichen Integration

Es konnten neun Herausforderungen identifiziert werden, die geflüchtete Fachkräfte und Betreuende als relevant empfanden: (1) die Anerkennung der Qualifikationen, (2) Sprachkompetenzen, (3) die Unterschiede im Gesundheitswesen, (4) die Arbeitskultur, (5) Herausforderungen mit Patient:innen und (6) Mitarbeitenden, (7) emotionale Herausforderungen, (8) Diskriminierung und (9) Ausbeutung. Tabelle 5 stellt eine Übersicht der als herausfordernd erlebten Themen dar:

Anerkennung der Qualifikationen	Herausforderungen im Anerkennungsprozess
	Nicht-Anerkennung früherer Qualifikationen
	Prüfungen für die Anerkennung
Sprachkompetenzen	Alltagssprache
	Fachsprache
	Gefühle im Zusammenhang der Sprachkompetenzen
Unterschiede in den Gesundheitssystemen	Mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem
	Mangelnde Vertrautheit mit bürokratischen Abläufen
	Auswirkungen der mangelnden Vertrautheit
Arbeitskultur	Formelle Aspekte der Arbeit
	Kulturelle Aspekte der Arbeit
	Interkulturelle und interpersonelle Differenzen
Herausforderungen mit Patient:innen	Verständigungsschwierigkeiten
	Das Überbringen schlechter Nachrichten
	Misstrauen der Patient:innen
Herausforderungen mit Mitarbeitenden	Herausforderung während Praktika
	Interpersonelle und interprofessionelle Herausforderungen
Emotionale Herausforderungen	Entmutigung
	Belastung durch negative Gefühle
Diskriminierung	Diskriminierung durch Patient:innen
	Diskriminierung durch Mitarbeitende
Ausbeutung	Finanzielle Ausbeutung
	Fachliche Ausbeutung

Tab. 5: Übersicht der Herausforderungen bei dem beruflichen Integrationsprozess, Übersetzung der Abbildung nach [4].

Anerkennung der Qualifikationen

Die Anerkennung der Qualifikationen und der Anerkennungsprozess wurden von Betreuer:innen und geflüchteten Fachkräften als wesentliche Herausforderung beschrieben. Die Betreuenden kritisierten die Wartezeiten im Rahmen des Anerkennungsprozesses:

Und was natürlich sich insgesamt bei uns hier als sehr negativ darstellt, ist die lange Wartezeit, die erforderlich ist, um zu Berufserlaubnis und Approbation zu kommen. Also das dauert dann schon zwei, zweieinhalb Jahre. Und das ist natürlich ein irrelanger Zeitraum, bei

dem man sich überlegen muss, wie man den wirklich sinnvoll überbrücken kann. Das ist ja jetzt gerade eigentlich unser größtes Problem (IP-B-2, Pos. 11).

Sie kritisierten auch die bürokratischen Abläufe und berichteten, dass die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Behörden die Integration erschwerten:

Ein Kollege schließlich die vorläufige Arbeitserlaubnis bekommt, aber das Kassenrecht und Ärztekammerrecht sich gegenseitig widersprechen und es verhindert, dass er als Arzt offiziell in einer Praxis angestellt werden kann. Sondern erst, wenn er die Approbation hat. Die Approbation wiederum kann er erst kriegen, wenn er die Kenntnisprüfung macht. Und die Kenntnisprüfung, die liegt auf einer langen Warteschleife, weil diese Behörden unzureichend besetzt sind. Das ist ein Problem, mit dem wir uns auseinander [setzen müssen] und das sicher die Arbeitsmoral dieser Kollegen nicht unbedingt motivierend unterstützt (IP-B-3, Pos. 57).

Zwei Betreuer:innen (B4, B8) kritisierten die Approbationsprüfungen, da diese Facharztqualifikationen nicht berücksichtigen würden:

Zweitens, ich möchte, dass die Fachkollegen, die aus dem Ausland kommen, Facharztprüfung machen und auch die Zulassung nur als Facharzt kriegen. Weil es bringt nichts, wenn eine Gynäkologin, die 20 Jahre lang, 25 Jahre, Gynäkologin war, dass die jetzt in der Allgemeinmedizin wieder geprüft wird. Die soll als Gynäkologin geprüft werden, sie soll die Zulassung als Gynäkologin bekommen (IP-B-8, Pos. 41).

Die Betreuer:innen kritisierten weiterhin, dass frühere Qualifikationen und Erfahrungen für die Approbation nicht anerkannt würden:

Riesen-Manko ist ja, in der Zeit-, alles, was vor der Approbation geschieht, das heißt die zwei Jahre Berufserlaubnis, wo sie tätig sein dürfen, die Hospitationszeit, wo sie mitwirken dürfen, all das zählt für ihre spätere fachliche Ausbildung in Deutschland null, nada (IP-B-8, Pos. 13).

Geflüchtete Fachkräfte berichteten ebenfalls davon, dass der Anerkennungsprozess lang und kompliziert war und dies ihre Motivation beeinflusste:

Also im Gesundheitssystem integriert zu sein und wenn es zu viele strenge Regeln gibt, das hält uns zurück und das inhibiert/ das hemmt, das hemmt unseren/ Mut? Ja, das hemmt unseren Mut und ja, man hat immer noch keinen Bock (lacht) kann man sagen oder kein Ambition, also weiterzumachen. Also warum gehe ich zur Ärztekammer, sie werden, also hier

sind meine Unterlagen zum Beispiel, also warum gehe ich zur Ärztekammer und sie sagen nein. Nein, nein, nein, zu dieser Anforderung (IP-A-12, Pos. 99).

Die geflüchteten Fachkräfte berichteten außerdem, dass sie Angst vor der Prüfung und dem Schweregrad der Prüfung hatten.

Sprachkompetenzen

Für die berufliche Integration waren der Erwerb der (Fach-)Sprache und die allgemeinen Sprachkenntnisse wichtige Themen für die Befragten. Die Betreuenden betonten, wie wichtig der Erwerb der Fachsprache ist. Sie beschrieben, dass geflüchtete Fachkräfte Angst hatten zuzugeben, dass sie etwas nicht verstehen konnten, und „ja“ sagten, um den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten, was zu Missverständnissen führte. Geflüchtete Fachkräfte beschrieben, dass sie Schwierigkeiten hatten, sowohl der Alltagssprache als auch der Fachsprache zu folgen. Dabei betonten sie die Feinheiten im Sprachgebrauch, die für sie besonders schwer zu erlernen waren:

-kann ich sagen, Sprachgeheimnisse, dann könnte ich nicht verstehen, weil gibt in jede Sprache gibt es Geheimnis. Das kann man nicht verstehen, was bedeutet? Du sagst eine Sache oder Sie sagen eine Sache, aber das bedeutet andere. Das habe ich bis jetzt nicht verstanden (IP-A-7, Pos. 34).

Sie berichteten auch, dass es für sie schwer war, Übergaben und Besprechungen von Kolleg:innen zu folgen und schriftliche Dokumente in kürzester Zeit selbst zu verfassen:

Wenn wir am Tag sieben oder sechs oder fünf oder vier Entlassungen haben, müssen wir schreiben und auch/ Ich bin nicht auch gut mit (schriftliche?). Das dauert bisschen Zeit. Ich kann nicht nur eine Entlassungsbrief in fünf Minuten oder zehn Minuten schreiben (IP-A-7, Pos. 13).

Sie äußerten ebenfalls ihre Angst, etwas nicht zu verstehen, was ihr Verhalten beeinflusste:

Oder ich hab Angst von wenn jemand klingelt, hingehen von Patienten und sage was brauchen Sie. Weil meine Sprache ist nicht ganz genug und ich habe Angst vielleicht falsch

verstanden, vielleicht kann ich nicht beantworten. Deswegen ich bleibe ich sitze und andere Leute ‚Warum immer sitzt du hier? Setzt dich hier und so?‘ Sage ich (unv.) ‚Ich hab Angst‘ (IP-A-1, Pos. 19).

Ein Studienteilnehmer berichtete von seiner Angst, aufgrund seiner Sprachkenntnisse als inkompetent wahrgenommen zu werden: „Und sie denken, ja, ich versteh gar nicht- äh ich habe schlecht im Iran gelebt. Aber eigentlich hab ich nicht gut verstanden“ (IP-A-1, Pos. 52).

Zudem hatten die geflüchteten Fachkräfte aufgrund von Sprachbarrieren das Gefühl, zurückhaltend sein zu müssen und ihre Meinung nicht artikulieren zu können:

Egal, wenn wir zum Beispiel über einen Fall zum Beispiel diskutieren wollen. Dann zum Beispiel äußere ich sozusagen meine Meinung und dann gibt es zum Beispiel jemanden der mir widerspricht und dann will ich wirklich ungern ihm sozusagen noch widersprechen, weil dann wird diese Diskussion zwischen uns sozusagen stattfinden. Und aufgrund der Sprachbarriere habe ich immer sozusagen Angst davor, dass die anderen sagen ‚Ja, ich hab ihn nicht verstanden‘ oder ‚Er hat sich nicht so gut ausdrücken können‘ (IP-A-3, Pos. 45).

Unterschiede in den Gesundheitssystemen

Geflüchtete Fachkräfte und Betreuende beschrieben Herausforderungen, die aus der unterschiedlichen Sozialisation in verschiedenen Gesundheitssystemen resultierten. Alle Betreuenden berichteten, dass geflüchtete Fachkräfte sich mit dem Gesundheitssystem in Deutschland vertraut und mit den hiesigen Standards bekannt machen müssten. Geflüchtete Fachkräfte berichteten ebenfalls von unterschiedlichen medizinischen Geräten und Namen von Medikamenten sowie der Notwendigkeit, sich mit Arbeitsabläufen und Gewohnheiten vertraut zu machen. In diesem Zusammenhang verwiesen Betreuende insbesondere auf die Unterschiede und Wertigkeit des Pflegeberufes:

Weil sie kommen meistens aus Ländern, wo die Krankenpflege weitaus höher angesiedelt ist als Beruf, eine sehr hohe Anerkennung bekommt. Und das müssen sie hier erstmal so verstehen, dass das Berufsbild oder die Berufsrolle doch nicht so hoch angesehen ist (IP-B-6, Pos. 81).

Geflüchtete Fachkräfte kritisierten außerdem die bürokratischen Abläufe in Krankenhäusern und die Schwierigkeiten, mit diesen mitzuhalten. Auch mit Blick auf

berufsrechtliche Aspekte und die Anforderungen in ihren Berufen fühlten sie sich unsicher. Während ihrer Praktika fühlten sie sich zurückgehalten, da sie aufgrund ihres Praktikantenstatus nicht selbst arbeiten durften und/oder ihre Arbeitserlaubnis noch nicht hatten:

Ja, die Situation war unangenehm, dass ich nicht alleine etwas machen konnte. Und wenn ich etwas machen wollte, musste jemand mit mir bleiben, Oberarzt oder Chefarzt, das war etwas für mich unangenehm, weil ich schon Universität absolviert und ich habe auch ein Jahr als Assistenzarzt in meinem Heimatland gearbeitet. Aber ich hatte keine Lösung, musste ich nach Deutschland kommen und hier ist Regel so, wenn jemand keine Approbation hat muss er mit einem Chefarzt oder mit einem Oberarzt zusammenarbeiten (IP-A-9, Pos. 19).

Arbeitskultur

Betreuende beschrieben zwei Aspekte der Arbeitskultur, die sie im Kontext von geflüchteten Fachkräften für relevant erachteten: formelle und kulturelle Aspekte und jeweils die Anpassung von geflüchteten Fachkräften an diese Aspekte. Zu den formellen Aspekten zählten Faktoren wie etwa Pünktlichkeit, Höflichkeit, Zuverlässigkeit, das Einreichen von Krankmeldungen und Engagement bei der Arbeit. Manche der Betreuenden kritisierten diese Aspekte als defizitär bei den geflüchteten Fachkräften. Die Betreuenden gaben außerdem an, dass kulturelle Unterschiede die Integration verhinderten und verwiesen beispielhaft auf Herausforderungen für die geflüchteten Fachkräfte bei der gegengeschlechtlichen Untersuchung, dem Umgang mit Homosexualität, dem Abnehmen von Kopfbedeckungen und dem Akzeptieren von weiblichen Vorgesetzten. Diese Unterschiede werden auf (vermeintliche) kulturelle Unterschiede zurückgeführt, obwohl sie mitunter dem Kontext entspringen und auf diesen zurückzuführen sind, wie das folgende Beispiel deutlich macht:

Da gab es dann eine schwierige Situation, auch im Patientenzimmer, wo er [der geflüchtete Pfleger] von der Mitarbeiterin angeschrien wurde vor dem Patienten. Und sie ihn dann auch des Zimmers verwiesen hat und dann im Nachhinein auch lauthals über Station beschimpft hat und auch gerufen hat, ‚Wenn der hier anfängt, dann kündige ich.‘ Also durchaus auch sehr-, mit sehr viel Schmackes. Und dann ist-, Gott sei Dank ist das auch zu uns gekommen, und dann haben wir das aufgegriffen [...] Die Mitarbeiterin hat gesagt, weil der so ein Macho ist und suggeriert, dass Frauen weniger wert sind. Und die eigentliche Auslöser-Situation war tatsächlich eine basispflegerische Situation, die ja für unsere Teilnehmer schwierig ist, weil die das einfach nicht so automatisiert können und dann auch, je nachdem, wo sie eingesetzt

werden, unterschiedlich lernen. Und dann hat sie ihm viel zu kurze Anweisungen gegeben. Hat zum Beispiel gesagt, ‚Wasch ab!‘ Und er wusste nicht, was er damit anfangen soll. Ehrlich gesagt hätte ich das auch nicht gewusst. Nass? Trocken? Kalt? Warm? Was? Und das hat dann sozusagen die Eskalationsspirale ausgelöst, und dann hat sie ihn irgendwann rausgeschmissen (IP-B-7, Pos. 43).

Geflüchtete Fachkräfte wurden auch zu ihren Vorstellungen der Arbeitskultur und möglichen Unterschieden befragt. Sie betonten, dass formelle Aspekte der Arbeit, etwa Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, universell waren. Sie betonten aber auch, dass sie Unterschiede im interkulturellen und interpersonellen Umgang der Menschen wahrnehmen konnten, so etwa die Bedeutung der Familie:

Wenn ein Patient der aus meiner Kultur kommt dann lässt er ihn fast niemals allein. Das heißt er hat immer jemanden der neben ihm ist, am Bett sitzt. Da passt die ganze Familie, fast 30 Personen sind am Bett und immer. Die anderen nerven vielleicht auch. Das hat mir wirklich gefehlt, ja? Das für mich- Zum Beispiel es gibt viele Patienten, die auch gar nicht besucht werden von den Angehörigen. Ich stell mir immer die Frage, wo sind die Angehörigen oder wo sind die Kinder, wo sind die Eltern, wo sind, ja. Das ist wirklich sehr, sehr fremd für mich (IP-A-3, Pos. 143).

Sie berichteten auch, dass sie diverse Strategien im Umgang mit unsicheren Situationen entwickelt hatten:

Persönlich schwierig- weil ich geboren in ein islamische Land und so. Ich bin nicht Muslim, aber geboren da und ich aufgewachsen da. Und manchmal ich denke, ja vielleicht sie [die Patientin] hat peinlich und so. Oder ich frage darf ich gucken, darf ich machen, weil vielleicht der andere Kollegen gar nichts sagen, aber für mich ist bisschen- ok vielleicht sie hat Problem bei Männer und so, deswegen ich frage (IP-A-1, Pos. 110).

Herausforderungen mit Patient:innen

Geflüchtete Fachkräfte berichteten, dass sie verschiedene Herausforderungen mit Patient:innen erlebten, ganz besonders, wenn diese aufgrund von Krankheit, Alter oder Sprachweise nicht deutlich sprechen konnten:

Ja, aber das Problem war, kann ich nicht verstanden. Zum Beispiel sagt ‚bringt mir so und so‘. Und das Problem war, sie sprechen sehr undeutlich. Für deutsche Leute war auch schwer und für mich natürlich ist bisschen besonderes. Und ich habe mit dem andere Kollege: ‚Verstehst du was er gesagt?‘ Sagt ‚Ja für mich ist auch schwer. Er spricht nicht sauber, undeutlich‘. Und

sie braucht dieses zum Beispiel Handtücher oder Handtuch und ich bringe Nachthemd. ‚Nein geht nicht. Handtücher. Warum du bist hier, wenn du verstehst gar nicht‘. Das ist passiert. Ja kann ich vorstellen, eine alte Person hat vielleicht Schmerzen nach der OP. Ist heute nach dem OP gekommen und kann nicht gut sprechen oder kann nicht gut mehr sagen. Und ich verstehe nicht deswegen (IP-A-1, Pos. 84).

Manche der geflüchteten Fachkräfte berichteten auch, dass Gespräche mit Angehörigen schwierig waren, wenn sie schlechte Nachrichten überbringen mussten oder die Angehörigen wütend waren. Eine andere Herausforderung bestand in dem Misstrauen, das die Patient:innen den geflüchteten Fachkräften gegenüber zeigten: „Es gab nicht so viel Probleme. Vielleicht sie vertrauen nicht so viel den ausländischen Ärzten, aber das ist im (Allgemeinen?). Alle Patienten sind so, fast alle“ (IP-A-4, Pos. 130).

Herausforderungen mit Kolleg:innen

Fast alle Betreuende betonten die Bedeutung von Praktika dafür, Kontakte zu Kolleg:innen zu knüpfen. In diesem Kontext berichtete ein Betreuer von zunehmenden Schwierigkeiten bei der Praktik suche aufgrund gesunkener Kapazitäten der Krankenhäuser. Betreuende berichteten zudem, dass geflüchtete Fachkräfte während Praktika nicht betreut wurden oder unangemessene Tätigkeiten ausüben sollten, da die Betreuung von geflüchteten Fachkräften zusätzlichen Aufwand bedeute. Dies hänge jedoch oft von der generellen Arbeitsatmosphäre in den Krankenhäusern ab:

Wenn da eine zu starke Konkurrenz und Abneigung zwischen den deutschen Mitarbeitern ist, was man manchmal in Universitätskliniken oder in sehr großen Krankenhäusern sieht, dann haben es ausländische Ärzte sicherlich schwerer, sich zu integrieren (IP-B-4, Pos. 23).

Weiterhin wussten Mitarbeitende ohne Fluchterfahrung oft nicht, ob und welche Aufgaben geflüchtete Fachkräfte erledigen durften, was zu Missverständnissen führte. Geflüchtete Fachkräfte berichteten von weiteren Herausforderungen im Umgang mit Kolleg:innen, etwa ein distanzierendes Verhältnis zu diesen, eine falsche Vorstellung der Kolleg:innen von ihren Qualifikationen und Kenntnissen und eine hohe Erwartungshaltung der Kolleg:innen ihnen gegenüber. Ein Betreuer berichtete in diesem Zusammenhang:

Aber implizit ist irgendwie so eine Erwartungshaltung da, dass sie schnell funktionieren müssen. Weil der Alltag so stressig, ist, dass man wenig Kapazität hat, sich auf Unterstützungsprozesse einzulassen (IP-B-7, Pos. 19).

Emotionale Herausforderungen

Einige der geflüchteten Fachkräfte wurden während ihres Integrationsprozesses entmutigt. Mitarbeitende in den Jobcentern sagten ihnen, dass sie es nicht schaffen würden, wieder in ihrem erlernten Beruf zu arbeiten und einen anderen Karriereweg einschlagen sollten:

Ja, ich wollte gerne ins Krankenhaus gehen und gucken, wie das geht hier. Und ich war nicht sicher, ob das ich kann noch mal weitermachen. Ich hatte gesagt, das geht nicht. Weil überall, wo ich hatte gefragt: ‚Nein, kannst du das nicht machen. mach mal eine andere. mach mal eine Umschulung und so. mach mal Pflege. Aber Hebamme kannst du nicht machen.‘ Und ich bin gekommen bei meiner Station. Ich habe gesehen, das ist das Gleiche (IP-A-16, Pos. 99).

Zusätzlich berichteten Betreuende, dass geflüchtete Fachkräfte sich durch das Erleben der Barrieren ängstlich, frustriert, zurückgehalten und isoliert fühlten. Eine geflüchtete Fachkraft berichtete auch von Performancedruck bei der Arbeit:

Es ist so, dass man im neuen Arbeitsplatz möchtest du keinen Fehler machen, aber wegen übertreiben mit konzentrieren, man macht Fehler. Das passiert, ist zweimal geschehen bei mir oder mehr, mal bei mir geschehen. Und ich frage selbst immer: warum habe ich diese Fehler gemacht? Ich finde, ist das, ich möchte, weil ich wollte keine Fehler machen oder ich wollte zeigen, dass, ja, ich bin hier, ich kann alles verstehen und so. Stress in Arbeit- (IP-A-6, Pos. 43).

Im Zusammenhang mit emotionalen und psychischen Herausforderungen berichtete eine Betreuerin:

Und meine eindrücklichste Erfahrung ist eigentlich, dass die [...] schon so viel, ich sage einmal ganz platt, auf die Mütze gekriegt, die haben schon so viel Erfahrung gesammelt, die ihren Selbstwert bedroht haben. Die sie degradiert haben. Die sie weg von ihrem Gefühl für die eigene Identität und die eigenen Kompetenzen gebracht haben, dass sie in der Regel also wirklich schon mit einem angeknacksten Selbstwertgefühl hier herkommen, wenig Zugriff auf die eigenen Kompetenzen haben und da natürlich auch viel anfälliger sind. Wenn sozusagen auch negative Stimmungen ihnen auf Station begegnen (IP-B-7, Pos. 11).

Ein geflüchteter Arzt berichtete, dass das Beten eine Ressource im Umgang mit den Herausforderungen darstellte, es in seinem (kleinen) Krankenhaus aber keinen Raum zum Beten gab:

Ja, manchmal wegen meine Beten-Gebiet. Gibt es keine Beten-Gebiet für mich. [...] Nicht angenehm, nicht angenehm, weil seelisch muss ich bisschen beruhigen. Ich bin auch Mensch. Ich bin nicht (unv.) Roboter. Und meine (Seelenspülung?) ist mit meine Gebeten. Wenn ich bete, dann ich Ruhe (unv.) finde, ja- (IP-A-7, Pos. 114).

Diskriminierung

Geflüchtete Fachkräfte erlebten mehrere Formen von Diskriminierung. Ein geflüchteter Arzt berichtete, dass er bei der Arbeit gegen das Misstrauen geflüchteten Fachkräften gegenüber ankämpfen musste:

Das habe ich sehr viel gemacht in meinem Land und als ich hier angefangen habe, die haben nicht geglaubt, dass ich kann. Ich habe immer ihnen gesagt, lassen Sie mich einmal und schauen Sie und dann Sie können entscheiden. [...] Die haben recht, weil kommt jemand zu uns auch in meinem Land von Ausland und ich kenne gar nichts, was gibt es dort? Ich muss zuerst gucken. Und eigentlich die Medien spielt gegen uns, immer. Sie wissen das. Der hat ein Vorurteil gegen uns immer gemacht und deswegen wir müssen kämpfen gegen dies Vorurteile. Aber es ging (IP-A-10, Pos. 59).

Eine weitere geflüchtete Fachkraft berichtete, dass die Vorurteile ihnen gegenüber auch von der politischen und gesellschaftlichen Lage beeinflusst wurden:

Also ich lebe hier in Deutschland seit 3 Jahren und paar Monaten und innerhalb dieser 3 Jahren hab ich wirklich bemerkt, oder 2 Jahren in denen ich auch am [Klinik] arbeite, hab ich bemerkt sowohl mit den Kollegen als auch mit Patienten manchmal ändert sich mein Gefühl je nachdem über welches Thema wir reden und je nachdem wie die politische Situation oder die politische Lage in Deutschland ist. Das heißt wenn irgendjemand irgendwas getan hat, (unv.) oder ich weiß nicht, dann werde ich wirklich hier anders manchmal oder sehr selten von wirklich nur sehr wenigen auch Menschen anders angesehen (IP-A-3, Pos. 91).

Ein Betreuer berichtete, dass geflüchtete Fachkräfte in der Entscheidungsfindung übergegangen und von den Mitarbeitenden diskriminiert wurden:

Das mit den Leuten, dass sie einfach übergegangen werden in Entscheidungsprozessen oder in Fragen oder das, selbst wenn, ich kann ein Beispiel nennen. Mein Therapeut ja, der behandelt

am Patient XY, ein Kollege in der Pflege hat dazu eine Frage, er steht vor ihm, er sagt dann ‚Nee, ich möchte das jetzt nicht mit dir klären, ich möchte das gerne auch mit deinem Kollegen klären, der mich auch versteht‘. Also das ist noch eine nette Form der Ablehnung. Es gibt sicherlich auch noch krassere Fälle (IP-B-1, Pos. 39).

Betreuende und geflüchtete Fachkräfte berichteten auch von diskriminierendem Verhalten von Patient:innen den geflüchteten Fachkräften gegenüber:

Nur eine Patient war nicht mit mir, die wollte nicht mit Ausländer-Arzt (unv.) sprechen. Ich war im Zimmer, ich musste den Blut abnehmen und die Patientin und auch ihre Mann, die hat gesagt: Nein, Sie dürfen nicht hier kommen. Wir wollen keine ausländische Arzt hier. Okay, dann ich rausgegangen bin und dann die Assistentin, die schon dort gearbeitet, war das gleiche Thema. Ja, sie hat gesagt: Nein, wir wollen keine ausländische Arzt (IP-A-15, Pos. 49).

Betreuende machten einen Unterscheid zwischen subtilem Rassismus und offener Ablehnung. Sie unterschieden auch zwischen Patient:innen, die den geflüchteten Fachkräften misstrauten, und jenen, die offen rassistische Einstellungen zeigten. Ein Betreuer berichtete von intersektionaler Diskriminierung von zugewanderten Fachkräften durch Patienten:

Es gab früher-, also ja, es gab eine Situation vielleicht, wo da so ein älterer ‚Fascho-Opa‘ in Anführungsstrichen irgendwie meinte, er wolle das nicht oder das thailändische Damen eher so ein bisschen-, wie soll ich sagen, vielleicht sexualisiert werden? Also ja thailändische Teilnehmerinnen oder asiatische anwohnende(?) Teilnehmerinnen am Patienten, da werden die Herren öfter mal so ein bisschen, ja wie soll man sagen, frecher. Ja. Das gibt’s (IP-B-1, Pos. 97).

Zusätzlich erlebten geflüchtete Fachkräfte Diskriminierung durch Vorgesetzte:

Dann diese Chefarzt hat mir gesagt, zum Ende, ‚Ja, sie sprechen gut, sie haben uns auch viel gekostet (?), deutsche Kurse gemacht (?) und so‘, und dann hat mir gesagt ‚es gibt noch ein etwas negativ‘, oder etwas, ich kann es nicht mehr ganz genau die Wort erinnern oder die Sätze erinnern, aber er hat mir direkt gesagt, dass diese Kopftuch stört in die Abteilung. Es ist kein Symbol oder etwas von dieser Region. Nachher hat er gesagt ‚Ok, wenn sie diese Kopftuch habe, ich bin mir nicht so ganz sicher, ob wir sie hier oder ob wir die Region oder die - wie kann ich das sagen – ‚sie sind Muslimin und in Muslimin (?) gibt es auch auch viel

Touristen (?) oder so, wie kann der Patient sicher sein, dass sie sind nicht Touristen (?)'- (IP-A-8, Pos. 115).

Die zitierte Ärztin beschrieb, dass sie die Stelle ablehnte und nun in einem katholischen Krankenhaus als Ärztin arbeitet, da ihr „Kopftuch dort kein Problem sei, da Nonnen auch ein Kopftuch tragen“ (IP-A-8).

Ein Betreuer berichtete, dass die Sprachkenntnisse die geflüchteten Fachkräfte oft daran hinderten, sich gegen die Diskriminierung zu wehren: „Ich höre auch, weißt du, die murmeln (?) ,In meiner Sprache, hätte ich dem jetzt halt was erzählt! Aber ich kann mich halt nicht wehren in seiner Sprache“ (IP-B-1, Pos. 221).

Ausbeutung

Zusätzlich zur Diskriminierung, die geflüchtete Fachkräfte durch Vorgesetzte, Mitarbeitende und Patient:innen erlebten, berichteten zwei Betreuende von fachlicher und finanzieller Ausbeutung der geflüchteten Fachkräfte:

Es gibt Kliniken, die missbrauchen die Situation dieser geflüchteten Fachkräfte, also es gibt Kliniken, die mittlerweile außerhalb des Tarifs, also ganz weit unterhalb des Tarifs entlohnen. Das heißt, ich gebe Ihnen ein Beispiel, hier [Ort] gibt es einige Kliniken, die stellen die Ärztinnen und Ärzte aus Afghanistan, aus Syrien, aus dem Irak, stellen sie auf dem Papier an als Hilfskräfte, Stationshilfskräfte, medizinische Assistenten und so weiter, brutto vergüten sie mit 800 Euro, 1200 Euro brutto für eine volle Stelle, arbeiten aber, weil das Ärzte ja sind, ganz regulär im stationären Dienstablauf sind sie eingebunden. So, wo kein Kläger, da kein Richter. Für den Kollegen ist es wenigstens etwas, denn er kann nach langer Zeit überhaupt mal wieder ärztlich tätig sein, das ist für ihn schon etwas sehr Wichtiges. Er kann die Betriebsabläufe kennenlernen und seine Sprache verbessern und wirklich das machen, wofür er ausgebildet ist. Und ein bisschen Geld dafür kriegen. Für unsere Verhältnisse finde ich das Ausbeutung (IP-B-8, Pos. 7).

Dies beeinflusste ebenfalls den rechtlichen Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Zusätzlich zu dieser finanziellen Ausbeutung berichtete ein Betreuer, dass die geflüchteten Fachkräfte als Lückenfüller oder nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt wurden und ihnen keine langfristige Perspektive geboten wurde. Geflüchtete Fachkräfte berichteten nicht explizit, ausgebeutet worden zu sein. Ein geflüchteter Arzt, der fest angestellt war, berichtete von unbezahlten Überstunden:

Ja, ich habe viele Überstunden umsonst gemacht. Ich habe davor kein Frei gehabt und kein Geld, aber trotzdem ich habe die Überstunden gemacht. [...] Normalerweise, wenn man Überstunden macht, dann kriegt man dafür vielleicht entweder Geld oder einen Tag frei. Aber ich habe dafür nichts gekriegt. [...] Weil ich das nicht wusste (IP-A-4, Pos. 194).

4.3.3 Umgang mit Herausforderungen

Geflüchtete Fachkräfte und Betreuende haben diverse Strategien entwickelt, um mit den beschriebenen Herausforderungen umzugehen. Diese Strategien können individueller Art sein oder sich auf gesellschaftlicher Ebene sowie auf Bildungs-, Team- und Organisationsebene bewegen.

Individuelle Ressourcen und Strategien

Alle geflüchteten Fachkräfte beschrieben individuelle Strategien im Umgang mit den Herausforderungen. Sie berichteten, dass sie geduldig waren, auf ihre eigenen Fähigkeiten und Kraftquellen vertrauten und relevante Inhalte vor- und nachbereiteten. Auch die Teilnahme an Sprachkursen half ihnen dabei: „Diese erste Woche war Kurse. Wir haben viel geredet auf Deutsch. Und das hat mir bisschen Kraft gegeben, dass ich bisschen mit den anderen Leuten sprechen kann“ (IP-A-16, Pos. 5). Sie engagierten sich im Team, fragten aktiv bei Kolleg:innen nach und baten um Feedback, um ihre Sprachkenntnisse gezielt verbessern zu können. Sie entwickelten auch diverse Strategien, um mit dem Misstrauen und der Diskriminierung von Patient:innen umzugehen. So versuchten sie, Patient:innen bei Misstrauen zu beruhigen, diskriminierende Patient:innen zu vermeiden oder ihrem Wunsch nach Behandler:innenwechsel nachzukommen. Im Umgang mit diskriminierenden Mitarbeitenden versuchten manche geflüchteten Fachkräfte, nicht zu viel über die diskriminierende Erfahrung nachzudenken und sich stattdessen auf ihre Ziele zu fokussieren. Andere Fachkräfte versuchten der Diskriminierung mit Humor oder mit Sachlichkeit und Ruhe zu begegnen:

Ich habe nichts gemacht und ich habe nichts gesagt, weil ich wusste, wenn ich etwas sage, die Situation wird schlimmer und das wollte ich nicht. [...] Ja, ich war ganz ruhig und ich wollte, wenn diese Krankenschwester nach Hause geht und selbst denkt, dann versteht sie. [...] Ja später war sie etwas besser. Aller Anfang ist schwer (IP-A-9, Pos. 47).

Die Betreuenden betonten auch individuelle Stärken der geflüchteten Fachkräfte im Umgang mit den Herausforderungen. Sie stellten das besondere Engagement und ihre positive Arbeitseinstellung heraus. Zudem betonten sie die interkulturelle Kompetenz, die Offenheit gegenüber neuen Situationen, die hohe Motivation sowie die Kooperationsfähigkeit, Dankbarkeit und den Kampfgeist der geflüchteten Fachkräfte.

Strategien im Bereich der Bildung und Unterstützung

Betreuende forderten in diesem Bereich, dass verpflichtende, gut organisierte, praktische Einsätze für geflüchtete Fachkräfte in Krankenhäusern durchgesetzt und finanziert werden sollten. Zudem solle es Karriereberatungen, nachhaltige Unterstützung und eine bessere finanzielle und technische Ausstattung für die Ausbildung und Qualifizierung der Fachkräfte, insbesondere im Bereich der Sprache, geben.

Strategien auf der Teamebene

Generell wurde positiver Kontakt zwischen Patient:innen und Kolleg:innen von den geflüchteten Fachkräften als sehr hilfreich beschrieben. Ein Betreuer beschrieb das Verhältnis von Patient:innen zu den geflüchteten Fachkräften als „eine wechselseitige Beziehung, da sie stärker voneinander abhängig waren“ (IP-B7). Geflüchtete Fachkräfte beschrieben Kolleg:innen generell als hilfsbereit, offen, interessiert und unterstützend:

Sie waren alle angenehm und also jeder Morgen, wenn ich also zur Arbeit ankomme, lächeln sie und sagen sie immer noch guten Morgen und das finde ich ganz, ganz wichtig für einen Neuangekommenen (IP-A-12, Pos. 9).

Fast alle von ihnen betonten, dass die Kolleg:innen zuvorkommend waren und Fragen beantworteten und sie von dem Feedback der Kolleg:innen profitieren konnten. Zwei von den geflüchteten Fachkräften wiesen in diesem Zusammenhang auf die Rolle von Studierenden in ihrem medizinischen Jahr hin, die ihnen besonders viel helfen konnten. Betreuende fokussierten dagegen auf strukturelle Aspekte in Teams und forderten Fortbildungen für Kolleg:innen und Mediator:innen, mehr Personal und mehr Zeit, um geflüchtete Fachkräfte einzuarbeiten. Weiterhin wurde benannt, dass es im Rahmen von Praktika klare Ansprechpersonen und klare

Anweisungen geben muss. Sie betonten außerdem, dass geflüchtete Fachkräfte mehr Zeit brauchten, um sich an das neue System anzupassen, und Kolleg:innen ohne Fluchtgeschichte für die Zusammenarbeit sensibilisiert werden müssten, insbesondere sprachlich:

Und wenn man die Leute einfach dafür ein Stück weit sensibilisiert, dass sie langsam sprechen, dass sie einfach darüber nachfragen, ob diese Information so verstanden wurde oder einfach nochmal kurz wiederholen lassen, dann passiert sowas [Missverständnisse] einfach nicht (IP-B-1, Pos. 67).

Strategien auf organisationaler und gesellschaftlicher Ebene

Betreuende schlugen vor, dass ein umfassender Integrationsansatz zielführend sei, um ein schnelles Ankommen in Deutschland zu gewährleisten, Netzwerke zu bilden und ein selbstbestimmtes Einkommen zu ermöglichen. Sie erwähnten auch, dass eine offene Willkommenskultur, öffentlichkeitswirksame Sensibilisierungskampagnen und Unterstützung von der obersten Managementebene notwendig seien:

Aber wir brauchen auch von oben die Haltung, die sagt: „Wir wollen das, und wir stellen auch Zeit und Ressourcen zur Verfügung, und Teams kriegen auch einen Benefit dafür, dass sie sich engagieren, dass sie sich einbringen. Das ist ein Punkt, den ich noch ganz wichtig finde (IP-B-7, Pos. 91-92).

Ein Betreuer wies auch auf die Rolle von Mitarbeitenden, Betreuenden und Organisationen hin, die reagieren müssten, wenn Patient:innen sich rassistisch verhielten:

Aber die Frage ist: Wie reagiert der Chef, wie reagiert die Klinik? Und wenn die Klinik dann klare Kante zeigt und sagt: Bitte nehmen Sie Ihre Unterlagen und gehen Sie nach Hause, weil wir behandeln Sie dann nicht weiter. Wunderbar, dann ist das eine klare Linie. Wenn aber jetzt die rumeiern würden, dann wird sich der Patient immer mehr solche Flapsigkeiten oder solche rassistischen Verhaltensweisen leisten. Und das wird dann natürlich sich multiplizieren (IP-B-8, Pos. 29).

Die Ergebnisse werden im Folgenden kritisch diskutiert und auf mögliche Implikationen für strukturelle und institutionelle Veränderungen in Organisationen hin erörtert.

4.4 Diskussion

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 2).

Das Ziel dieser Interviewstudie war es, einen Einblick in die von geflüchteten Fachkräften und ihren Betreuer:innen erlebten Herausforderungen auf dem Weg ihrer beruflichen Integration herauszuarbeiten und die von ihnen entwickelten Strategien aufzuzeigen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Erfahrungen der geflüchteten Fachkräfte sehr heterogen sind und von Arbeitgeber:in und Arbeitsatmosphäre abhängen. Dennoch konnten neun Bereiche identifiziert werden, in denen die Befragten von Herausforderungen berichteten. Diese Ergebnisse decken sich mit Erfahrungen, die auch im Kontext von internationalen und (freiwillig) zugewanderten Fachkräften berichtet werden.

Die Anerkennung der Berufe wurde sowohl von geflüchteten Fachkräften als auch von Betreuer:innen als eine wesentliche Herausforderung dargestellt, obwohl das Studiendesign und der Leitfaden so gestaltet waren, dass arbeitsalltägliche Herausforderungen im Vordergrund stehen sollten. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus früheren Studien, die den Anerkennungsprozess als langwierig und komplex beschreiben [76, 143] und ihn auch mit der Entwertung der zuvor erlernten Qualifikationen in Verbindung bringen [31]. Dabei hatte das 2012 in Kraft getretene „Anerkennungsgesetz“ das Ziel, die Anerkennung beruflicher Qualifikationen zu erleichtern und die Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Qualifikation mit im Inland geltenden Qualifikationsstandards zu prüfen [144]. Als eine wesentliche Verbesserung des Gesetzes wurde herausgestellt, dass erstmals Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit und unabhängig vom Aufenthaltsstatus einen Anerkennungsprozess initiieren können [144]. Zudem sollten mit dem Gesetz „möglichst einheitliche und transparente Verfahren“ zur Anerkennung bundesrechtlich geregelter Berufe (u.a. Ärzt:innen und Pfleger:innen) eingeführt werden [144]. Eine soziologische Untersuchung des Anerkennungsverfahrens hat jedoch verschiedene kritische Aspekte identifiziert [145]. Der erste Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass das Anerkennungsverfahren nur eine Anpassung an deutsche Referenzberufe vorsieht und „die inhaltliche Qualität und Aussagekraft“ ausländischer Qualifikationen nicht gewürdigt wird. Zweitens wird kritisiert, dass

Berufe, die nicht eindeutig deutschen Referenzberufen zuzuordnen sind, nicht bewertet werden und damit eine Selektion stattfindet [145]. Drittens wird kritisiert, dass die Bewertung Machtverhältnisse zwischen den Ausbildungsstaaten reproduziert [145]. Insgesamt schließt die Autorin daraus, dass es sich bei dem Anerkennungsgesetz um ein Verkennungsgesetz handelt [145].

Eine weitere wesentliche Herausforderung sahen die geflüchteten Fachkräfte und Betreuer:innen im Erwerb der (Fach-)Sprache. Die (noch) nicht ausreichenden Sprachkenntnisse setzen die geflüchteten Fachkräfte unter Druck, beeinflussten ihr Selbstbewusstsein und ihr Verhalten bei der Arbeit. Auch die Unterschiede im Gesundheitssystem führten teilweise zu einer Verunsicherung bei den geflüchteten Fachkräften, insbesondere ihre eigene Berufsrolle betreffend. Dabei wird deutlich, dass Angebote fachspezifischer Sprachkurse sowie Bildungsangebote zum Gesundheitssystem notwendige Voraussetzungen sind, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Weiterhin wird deutlich, dass geflüchtete Fachkräfte von rechtlichen Einschränkungen zur Teilnahme an diesen Angeboten befreit werden sollten, um diese wahrnehmen zu können. Hier sollten nicht nur Bildungsträger:innen, sondern auch Gesundheitseinrichtungen aktiv werden, um eine hochwertige Versorgungsqualität zu gewährleisten und Missverständnisse oder Behandlungsfehler aufgrund von Sprachbarrieren zu vermeiden [30]. Dabei kann es sich für Gesundheitseinrichtungen lohnen, in die weitere Fortbildung ihrer Fachkräfte zu investieren. So kommt eine Studie der Boston Consulting Group zu dem Ergebnis, dass im ersten Jahr der Integration geflüchteter Personen vor allem Kosten für die Rekrutierung, Sprachkurse, zusätzliche Qualifizierung und fortlaufende Betreuung anfallen [146]. Diese zusätzlichen Kosten rechnen sich bei Mitarbeiter:innenknappheit, bspw. in Mangelberufen, bereits nach sechs bis zwölf Monaten [146]. Dies verdeutlicht, dass Anfangsinvestitionen in die berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften sich lohnen und langfristig zur Wirtschaftlichkeit der Organisation beitragen können.

Im Kontext der Arbeitskultur wurde deutlich, dass Betreuer:innen eine Anpassung an die hiesige Arbeitskultur erwarteten und geflüchtete Fachkräfte hierzu auch bereit waren. Abweichungen von diesen Standards wurden als problematisch gesehen und – ohne mediatorische oder externe Begleitung – durch unterschiedliche kulturelle

Wertesysteme erklärt. Dabei, so wurde in den Ergebnissen deutlich, ergaben sich die Unterschiede durch situations- und personenspezifische Faktoren, die nicht mit kulturellen Einstellungen zusammenhingen. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus Studien zur Integration zugewanderter Pflegekräfte, die Unterschiede in der Arbeitsweise auf eine unterschiedliche betriebliche und fachliche Sozialisation zurückführen [31]. Ungeachtet dieser Unterschiede birgt bereits die Frage im Leitfaden zur Arbeitskultur die Gefahr einer Verzerrung, da Arbeitskultur unterschiedlich definiert werden kann. Der Begriff der Arbeitskultur kann sich auf Leitlinien, Standards, Abläufe oder Normen beziehen, die häufig implizit sind und daher nicht verbalisiert werden. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Studie zu den angenommenen gemeinsamen professionellen Arbeitswerten zwischen migrierten und nicht-migrierten Ärzt:innen in Deutschland [147]. Da geflüchtete Fachkräfte nicht über dieses implizite Wissen verfügen, kann es im Falle von Abweichungen zu Frustration, Konflikten und Ausgrenzung kommen. Eine weitere Problematik dieser Erwartungshaltung gegenüber der Anpassung liegt darin, dass geflüchtete Fachkräfte nicht dazu beitragen können, die Arbeitskultur positiv weiterzuentwickeln, wenn nur eine Anpassung an das hiesige System vorgesehen ist. Hier wird eine Parallele zum eingangs diskutierten Anerkennungsprozess deutlich, der ebenfalls auf Anpassung fokussiert und das Potenzial der geflüchteten Fachkräfte außer Acht lässt. Innerhalb von Bildungsmaßnahmen kann es daher sinnvoll sein, betriebliche Vorgaben, Leitlinien und arbeitsrechtliche Aspekte zu thematisieren. Für die erfolgreiche Integration ist es aber notwendig, bestimmte Abläufe und Standards auf Station zu kommunizieren, um den geflüchteten Fachkräften die Möglichkeit zur Teilhabe zu bieten sowie um zu vermeiden, dass notwendige Informationen zurückgehalten werden, die einen reibungslosen, laufenden Betrieb garantieren könnten [31]. Zudem ist es notwendig, dass Mitarbeitende ohne Fluchtgeschichte eigene Arbeitskonzepte und Erwartungshaltungen reflektieren. Dies könnte dazu beitragen, dass sich die Arbeitsatmosphäre und die Zusammenarbeit insgesamt verbessert.

Eine wesentliche Herausforderung, die auf Teamebene erlebt wurde, war die Einarbeitung und Begleitung der geflüchteten Fachkräfte. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass Förderprogramme keine strukturellen Defizite in den Betrieben auffangen können und die Einarbeitung der Fachkräfte strukturell organisiert sein muss. Die Einarbeitung geflüchteter Fachkräfte ist jedoch mit finanziellen,

personellen und zeitlichen Ressourcen verbunden. Eine Studie zur betrieblichen Integration von geflüchteten Fachkräften aus Perspektive der Unternehmen verdeutlicht, dass diese Ressourcen insbesondere in kleineren Einrichtungen fehlen und durch ehrenamtlichen Einsatz einzelner Mitarbeitender aufgefangen werden [32]. Eine Studie der Boston Consulting Group geht davon aus, dass die Einarbeitung von geflüchteten Fachkräften etwas zeitintensiver ist und eineinhalb Stunden pro Woche mehr Einarbeitungszeit eingeplant werden muss [146]. Eine weitere Maßnahme, um eine engere Anbindung zu gewährleisten und einzelne Mitarbeitende auf Station zu entlasten, können Mentor:innen- oder Pat:innenprogramme sein, die ein klassisches Mittel darstellen, ausländische Fachkräfte zu integrieren [148]. In jedem Fall deuten die Herausforderungen im Umgang mit Einarbeitung, Arbeitskultur und Teamkonflikten darauf hin, dass die berufliche Integration wesentlich von Dynamiken innerhalb der Teams abhängt. Weitere Implikationen dessen werden in der zusammenfassenden Diskussion erörtert.

Geflüchtete Fachkräfte und Betreuer:innen berichteten von verschiedenen Formen von Diskriminierung, die sowohl von Patient:innen als auch Mitarbeitenden und Vorgesetzten ausgingen und sich mit Erfahrungen internationaler und freiwillig zugewanderter Fachkräfte decken. Dabei verpflichtet das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz¹⁰ Arbeitgeber:innen, ihre Mitarbeitenden vor Diskriminierung zu schützen. Insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens wird rassistische Diskriminierung jedoch nicht gesehen, da die „Illusion einer nicht rassistischen Gesundheitsversorgung“ [149] besteht. Entsprechend werden in Gesundheitseinrichtungen häufig keine diskriminierungskritischen Maßnahmen entwickelt und kein organisationaler Diversity-Ansatz implementiert, der auch rassistische Diskriminierung adressiert und darauf abzielt, dieser entgegenzuwirken. Dies kann auch der Organisation selbst schaden, da Diskriminierung am Arbeitsplatz die Motivation und Zufriedenheit der Betroffenen beeinflusst, negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden nach sich zieht und dazu führen kann, dass die

¹⁰ Paragraph 12 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes beschreibt die Pflichten der Arbeitgeber:innen zum Schutz vor Diskriminierung: „(1) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vor Benachteiligungen wegen eines in § 1 genannten Grundes zu treffen. Dieser Schutz umfasst auch vorbeugende Maßnahmen. (2) Der Arbeitgeber soll in geeigneter Art und Weise, insbesondere im Rahmen der beruflichen Aus- und Fortbildung, auf die Unzulässigkeit solcher Benachteiligungen hinweisen und darauf hinwirken, dass diese unterbleiben. Hat der Arbeitgeber seine Beschäftigten in geeigneter Weise zum Zwecke der Verhinderung von Benachteiligung geschult, gilt dies als Erfüllung seiner Pflichten nach Absatz 1“ (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in der Fassung vom 14.08.2006, BGBl I, S. 1897).

Arbeitsstelle gewechselt wird [150]. Daher sollten bei der beruflichen Integration die Prävention von Diskriminierung, die Anti-Diskriminierungsarbeit und die Gleichstellung mit bedacht werden. Einzelne Maßnahmen könnten sich bspw. darauf beziehen, rassistische Aussagen und Verhaltensweisen zu verurteilen und sich aktiv dagegen auszusprechen, wie es ein Betreuer vorgeschlagen hat. Anti-Diskriminierungs- und Empowerment-Angebote [151] seitens der Bildungsträger:innen und Organisationen können ebenfalls Maßnahmen sein, um Mitarbeitende zu sensibilisieren und Betroffene zu stärken und so eine inklusive und gesunde Arbeitsatmosphäre für alle Mitarbeitenden herzustellen.

Die finanzielle und fachliche Ausbeutung von geflüchteten Fachkräften wurde als eine weitere Herausforderung identifiziert. Vor dem Hintergrund der teilweise geringen Personalkapazitäten [152, 153] und prekären Beschäftigungslage in Krankenhäusern, stellt sich die Frage, inwiefern die Ausbeutung der geflüchteten Fachkräfte in dem geschilderten Kontext fluchtspezifisch ist oder auf die allgemein untertarifliche Bezahlung sowie schlechten Arbeitsbedingungen in der entsprechenden Klinik zurückzuführen ist. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass ausländische Fachkräfte generell aufgrund eines unsicheren Aufenthaltsstatus einem höheren Risiko ausgesetzt sind, ausgebeutet zu werden [154]. Eine qualitative Studie aus Kanada hat in diesem Zusammenhang die Vulnerabilität von Migrant:innen und Geflüchteten im Beruf untersucht und kam zu dem Ergebnis, dass Migrant:innen und Geflüchtete unter prekären Arbeitsbedingungen beschäftigt sind und nur über mangelndes Wissen zu Arbeitssicherheit und Arbeitsrechten verfügen [155]. Gewerkschaften fordern, dass geflüchtete Personen Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Informations- und Beratungseinrichtungen haben und über Arbeitsrechte aufgeklärt werden [156]. Darüber hinaus ist zu empfehlen, dass auch Arbeitgeber:innen und politische Entscheidungsträger:innen Konformität mit Arbeitsrechten und die Einhaltung dieser garantieren und überwachen. In jedem Fall weisen die Ergebnisse in diesem Bereich darauf hin, dass weitere Forschung notwendig ist, um herauszufinden, ob es sich um strukturelle oder punktuelle Missstände handelt und inwiefern prekäre Beschäftigungsstrukturen sich in diesem Bereich reproduzieren.

Im Umgang mit den erlebten Herausforderungen haben Betreuer:innen hauptsächlich auf soziale, gesellschaftliche und institutionelle Maßnahmen verwiesen, um die Herausforderungen zu adressieren. Geflüchtete Fachkräfte dagegen berichteten hauptsächlich von individuellen Strategien, um mit den Herausforderungen umzugehen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass einige der befragten Fachkräfte noch nicht fest angestellt waren und der Erwerb der Sprache sowie die Anerkennung der Berufe noch nicht abgeschlossen war. Daher bleibt offen, inwiefern Strategien entwickelt wurden, um sich im frühen Stadium so gut wie möglich anzupassen [127] und ob und inwiefern diese Strategien sich langfristig ändern, wenn sie fest angestellt sind. In jedem Fall gilt es, die Strategien der geflüchteten Fachkräfte als Ressourcen im Umgang mit Herausforderungen hervorzuheben und sie durch verschiedene Angebote in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken. Dabei können vor allem Empowerment-Angebote zur Verbesserung der Situation beitragen, da sie Prozesse der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung anregen – insbesondere, wenn Menschen von Ausgrenzung und Ungleichheit betroffen sind [157]. In der Literatur wurde beschrieben, dass die Situation geflüchteter Fachkräfte von Ent-Qualifizierung, dem Verlust von Selbstbewusstsein, Frustration und anderen negativen psychologischen Folgen geprägt ist (Kapitel 2.4). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie haben verdeutlicht, dass geflüchtete Fachkräfte entmutigt, geringgeschätzt und diskriminiert werden. Empowermentangebote könnten daher auf die Stärkung professioneller Identität, die Wiederentdeckung von Ressourcen und die Sichtbarmachung von Qualifikationen fokussieren, um geflüchtete Fachkräfte in ihrer Handlungsfähigkeit und im Umgang mit Barrieren zu stärken. Eine ausführlichere Erörterung der Vorzüge von Empowermentmaßnahmen findet in der zusammenfassenden Diskussion (Kapitel 6) statt.

Die Ergebnisse der Interviewstudie verdeutlichen, dass die Herausforderungen bei der beruflichen Integration weit mehr Bereiche umfassen als in individuellen Förder- und Orientierungsprogrammen angegangen werden können. Dies deutet darauf hin, dass die Integration von geflüchteten Fachkräften in den Arbeitsmarkt nicht nur durch Bildungsmaßnahmen zu gestalten ist. Die berufliche Integration sollte von unterschiedlichen Akteur:innen adressiert werden, um strukturelle und institutionelle Barrieren abzubauen. Darüber hinaus können jedoch individuell erlebte Barrieren,

etwa der Spracherwerb, die mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem und arbeits- und berufsrechtliche Aspekte im Rahmen von Bildungsprogrammen adressiert werden, wie im Folgenden deutlich wird.

5 Evaluation eines Orientierungsprogrammes für geflüchtete Fachkräfte

Anmerkung: Die in diesem Kapitel folgenden Ausführungen (Methode, Ergebnis, Diskussion) basieren auf der Veröffentlichung folgender Publikation:

Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals. Medical Education Online, 25(1). DOI: 10.1080/10872981.2020.1811543.

5.1 Hintergrund

Anmerkung: Der folgende Abschnitt wurde für die Monografie neu erarbeitet.

Die Arbeitsmarktintegration geflüchteter Fachkräfte läuft aktuell schneller als in der Vergangenheit [158]. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sieht einen Grund für die verbesserte Integration in dem seit 2015 verstärkten Angebot an Sprach- und Integrationsprogrammen [158]. Die Teilnahme an diesen Angeboten verzögert zunächst den Eintritt in den Arbeitsmarkt, ermöglicht dann aber eine höhere Erwerbstätigkeit: „Der Abschluss von Integrationskursen, ESF-BAMF-Sprachkursen, sonstigen Sprachkursen und Arbeitsmarktprogrammen sowie Vermittlungs- und Beratungsmaßnahmen der BA sind statistisch signifikant mit einer erhöhten Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit verbunden“ [158]. Dies verdeutlicht, dass Unterstützungsangebote notwendig sind, um geflüchteten Personen eine Teilhabe am Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Auch das Europäische Parlament empfiehlt, Programme zur beruflichen Integration von geflüchteten Personen anzubieten [14]. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche haben ebenfalls aufgezeigt, dass eine individuelle Förderung von zugewanderten Fachkräften in verschiedenen Bereichen zu Verbesserungen führen kann. Zum Zwecke der Fachkräftesicherung werden auch in Deutschland Programme für die berufliche Integration implementiert. Im Sinne der Nachhaltigkeit und für eine wissenschaftliche Bewertung ist es notwendig, diese implementierten Maßnahmen zu evaluieren. So ist es auch das Ziel der folgenden Studie, ein Orientierungsprogramm zur beruflichen Integration von geflüchteten Fachkräften zu evaluieren. „Evaluation als eine (teil-)professionelle Praxis beginnt dort, wo ein

Bewertungsvorgang methodisch systematisiert wird mit dem Ziel, ein verbessertes Handlungswissen für die Praxis bzw. für Entscheidungen in der Praxis zu gewinnen“ [159]. Anschließend an diese Definition sollen die Ergebnisse im Rahmen dieser Dissertation in einen größeren Kontext gestellt werden, um Anhaltspunkte für Bildungsträger:innen, Organisationen und Einrichtungen zu identifizieren, die bei der Entwicklung von Programmen und der Integration von geflüchteten Fachkräften hilfreich sein können.

In Kapitel 2.6 wurden bereits Förderprogramme des Europäischen Sozialfonds vorgestellt. Diese Arbeit entstand ebenfalls im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds geförderten Projektes, das bereits in Kapitel 1.2 dargestellt wurde. Zur besseren Verständlichkeit werden wesentliche Kernelemente des Projektes im Folgenden vorgestellt. Das Ziel des Projektes (Titel: „Integration von Flüchtlingen in die Patientenversorgung“) war die Fachkräftesicherung sowie die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit von geflüchteten Fachkräften durch die Teilnahme am Orientierungsprogramm. Zielgruppe des Programmes sind geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen, die eine individuell gute Bleibeperspektive haben, in Deutschland die Anerkennung dieser Berufe beantragt haben oder beantragen wollen und in Hamburg gemeldet sind. Das Orientierungsprogramm sollte die Einbindung geflüchteter Fachkräfte in den Arbeitsalltag gewährleisten, das Erlernen von Fachsprache und anderen relevanten Inhalten ermöglichen und eine erste Vertrautheit mit betrieblichen Prozessen herstellen. Im Unterschied zu der in Kapitel 2.5 erläuterten Anpassungsqualifizierung dient das Programm als erste Orientierung und führt nicht zu einem von den Behörden anerkannten, qualifizierten Abschluss. Das Programm besteht aus drei Kernelementen: Fachsprachenunterricht (Deutsch), Interkulturellem Coaching und Hospitation und dauert drei Monate. An drei Tagen der Woche hospitieren die Teilnehmenden auf einer Station bzw. in einer Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Aufgrund rechtlicher Restriktionen dürfen die Teilnehmenden während der Hospitationen nur beobachten und keine Tätigkeiten selbst ausführen. An zwei Tagen besuchen die Teilnehmenden den Fachsprachenunterricht und das Interkulturelle Coaching. Im computergestützten Fachsprachenunterricht werden das Fachvokabular der Teilnehmenden gestärkt und sie sprachlich auf klinische Situationen vorbereitet. Das Interkulturelle Coaching adressiert arbeits- und interkulturelle Aspekte der Arbeit in Gesundheitsberufen, etwa

Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit, Schweigepflicht, die Beziehung zu Patient:innen, aber auch den Umgang mit Diskriminierung und die Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche, u.a. mithilfe von Rollenspielen. Die Teilnahme am Programm erfolgte auf freiwilliger Basis. Daher wurden auch keine Teilnahmegebühren erhoben oder Aufwandsentschädigungen ausbezahlt. Reise- und Verpflegungskosten wurden unter Umständen durch Projektmittel gedeckt.

Das Ziel dieser Studie ist es, mithilfe eines Mixed-Methods-Studiendesigns das beschriebene Orientierungsprogramm auf dessen Wirksamkeit hin zu evaluieren. Dabei sollen Prozess- und Outcomeelemente identifiziert werden, die in die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung künftiger Programme einfließen können. Die Leitfragen der Evaluation wurden bereits in der Einleitung (S. 15) genannt und orientieren sich am Kirkpatrick Training Evaluation Model, das in Kapitel 3.2.4 vorgestellt wurde:

1. Wie zufrieden sind die Teilnehmenden mit dem Programm?
2. Welche Programmelemente fanden die Teilnehmenden herausfordernd und welche Programmelemente können verbessert werden?
3. Konnten die Teilnehmenden durch das Programm Wissen erwerben und wenn ja, in welchen Bereichen?
4. Welche anderen Auswirkungen hatte das Programm?

5.2 Methoden

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 3). Zusätzliche Informationen zur Methode wurden ergänzt.

5.2.1 Studiendesign

Für die Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Studiendesign gewählt. Mixed-Methods-Studiendesigns eignen sich, um soziale Phänomene aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und so multiperspektivische Forschungsergebnisse zu erzielen [160]. Unterschiedliche Modelle von Mixed-Methods-Studien dienen dabei unterschiedlichen Zwecken [161]. So können etwa qualitative Studien als Vorstudie durchgeführt werden, um Hypothesen für eine quantitative Studien zu generieren [161]. Oder es können sich qualitative und quantitative Studien ergänzen, um aus der

qualitativen Studie abgeleitete Hypothesen zu überprüfen und diese mithilfe von quantitativen Studien zu verallgemeinern [161]. Es ist auch möglich, qualitative und quantitative Studien miteinander zu verschränken, sodass die Ergebnisse sich gegenseitig ergänzen [161]. Das Studiendesign, das für diese Studie gewählt wurde, beinhaltet schwerpunktmäßig ein qualitatives Fallserienkonzept und zwei ergänzende quantitative Fragebögen. Abbildung 6 stellt dieses Studiendesign dar, das aus mehreren Gründen gewählt wurde: erstens handelte es sich bei dem Orientierungsprogramm um ein Modellprogramm, weshalb ein explorativ-qualitativer Ansatz sich eignete. Zweitens ermöglichte ein quantitativer Ansatz, alle Teilnehmenden des Programmes – weitestgehend unabhängig von Sprachkenntnissen – in die Evaluation einzubeziehen und diesen die Möglichkeit zu geben, das Programm zu bewerten. Drittens konnten ausgewählte Teilnehmende qualitativ zu mehreren Zeitpunkten zu ihren Erfahrungen befragt werden, um das Programm tiefergehend zu analysieren. Im Folgenden wird näher auf die einzelnen Teilmethoden eingegangen.

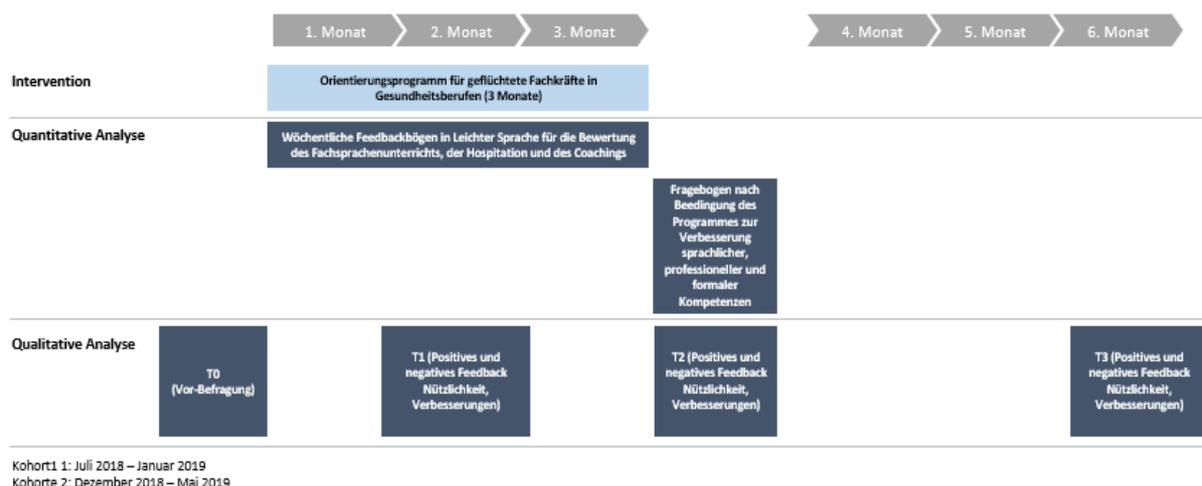


Abb. 6: Mixed-Methods-Studiendesign der Studie 3, Übersetzung der Abbildung nach [5].

5.2.2 Datengenerierung

Für die Datengenerierung wurden quantitative und qualitative Instrumente genutzt, die im Folgenden näher erläutert werden.

Quantitative Instrumente

Bei dem zu evaluierenden Projekt handelte es sich um ein innovatives Modellprojekt, das 2017 neu entwickelt und in einem spezifischen Setting implementiert wurde. Da

uns keine psychometrisch getesteten Instrumente für diesen spezifischen Kontext, die spezifische Zielgruppe und das Design des Programmes bekannt waren, wurden Fragebögen selbst entwickelt. Dabei galt es, die heterogene Gruppenzusammensetzung in Bezug auf Sprachkenntnisse und Berufe zu berücksichtigen.

Wöchentliche Fragebögen: Das erste Level des Kirkpatrick Training Evaluation Model – die Reaktion – wurde mithilfe von wöchentlichen Fragebögen evaluiert. Für jeden Baustein (Fachsprachenunterricht, Interkulturelles Coaching und Hospitation) wurden Fragebögen in verständlicher Sprache entwickelt. Dabei wurde viel Wert auf wenig Text sowie leicht verständliche Antwortmöglichkeiten gelegt, um auch Teilnehmenden mit geringeren Sprachkenntnissen der deutschen Sprache eine Beantwortung des Fragebogens zu ermöglichen. Die Antwortmöglichkeiten sind in Abbildung 7 dargestellt.

4. Wie hat Ihnen der heutige Kurs gefallen?

Ich bin <u>nicht zufrieden</u> mit dem Kurs.	-	<input type="checkbox"/>
Ich bin <u>ein bisschen zufrieden</u> mit dem Kurs.	★	<input type="checkbox"/>
Ich bin <u>zufrieden</u> mit dem Kurs	★★	<input type="checkbox"/>
Ich bin <u>sehr zufrieden</u> mit dem Kurs	★★★	<input type="checkbox"/>

5. Wie wichtig war das heutige Thema für Sie?

Das Thema war <u>nicht wichtig</u> für mich.	-	<input type="checkbox"/>
Das Thema war <u>ein bisschen wichtig</u> für mich.	★	<input type="checkbox"/>
Das Thema war <u>wichtig</u> für mich.	★★	<input type="checkbox"/>
Das Thema war <u>sehr wichtig</u> für mich.	★★★	<input type="checkbox"/>

Abb. 7: Antwortmöglichkeiten im wöchentlichen Fragebogen der Studie 3 (eigene Darstellung).

Diese Fragebögen wurden von den Dozierenden der Bausteine ausgeteilt, eingesammelt und an die Autorin der Monografie weitergeleitet. Mithilfe der Fragebögen wurden die Zufriedenheit und die Relevanzeinschätzung zu den Bausteinen abgefragt. Der Fragebogen bestand aus formalen Angaben (Datum und Thema), zwei Fragen zur Zufriedenheit und Relevanz, einer Frage zu neuen Lerninhalten („Haben Sie heute etwas Neues gelernt?“; Antwortmöglichkeiten:

„Ja/Nein“), einer Frage zu Verständlichkeit der Inhalte („Wieviel Prozent haben Sie heute verstanden?“; Antwortmöglichkeiten: 0-25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%) sowie drei offenen Fragen zu positiven und negativen Aspekten und Verbesserungswünschen.

Post-Fragebogen: Um das zweite Level des Kirkpatrick Evaluation Modells – das Lernen – zu evaluieren, wurde ein Post-Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen wurde am Abschlussstag des Programmes ausgeteilt, von den Projektverantwortlichen eingesammelt und an die Autorin der Monografie versendet. Die Entwicklung dieses Fragebogens basierte auf Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche (Kapitel 3.3.4). In dieser konnten drei Outcome-Bereiche identifiziert werden, die von den Teilnehmenden in den untersuchten Programmen berichtet wurden: (1) die Verbesserung sprachlicher Kompetenzen, etwa das Lernen von Fachvokabular und die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen, (2) die Verbesserung professioneller Kompetenzen, etwa die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Vertrautheit und Orientierung im Gesundheitssystem, sowie das Erlernen von relevanten Abläufen und Inhalten und (3) die Verbesserung formaler Ressourcen, etwa der Aufbau eines beruflichen Netzwerkes, die Vorbereitung auf Prüfungen oder das Finden eines Arbeitsplatzes. Der Fragebogen umfasste 16 Items auf einer 5-Punkte-Likert Skala. Da dieser Fragebogen sprachlich komplexer und spezifischer war, wurde er auf Arabisch und Farsi übersetzt¹¹, um möglichst vielen Teilnehmenden das Ausfüllen des Bogens zu ermöglichen. Aufgrund mangelnder Ressourcen konnte bei der Übersetzung keine validierte Technik der Übersetzung, etwa das TRAPD-Modell [162], angewandt werden.

Qualitative Analyse

Für die qualitative Datengenerierung wurde eine Fallserienbefragung nach Yin gewählt [163]. Dabei wurden Interviews mit 24 Programmteilnehmer:innen aus zwei unterschiedlichen Kohorten zu vier Messzeitpunkten geführt. Die Fallserien-Befragung nach Yin bietet sich besonders dann an, wenn die Forschungsfragen als „Wie-Fragen“ gestellt werden, keine Intervention seitens der Forschenden stattfindet und das zu erforschende Phänomen und der soziale Kontext nicht scharf voneinander getrennt werden können [163]. Dabei gilt es, fünf Komponenten einer

¹¹ Die Übersetzung der Fragebögen erfolgte ehrenamtlich über die Projektverantwortlichen bei der Akademie für Bildung und Karriere am UKE.

Fallserien-Befragung zu berücksichtigen [163]: (1) die Formulierung einer Forschungsfrage, (2) die Vorannahmen, (3) die Analyseeinheiten, (4) die Verbindung der Annahmen mit der Forschung und (5) die Kriterien der Auswertung. Die für diese Studien relevanten Forschungsfragen wurden bereits eingangs erwähnt. Die Reflexion über Vorannahmen kann helfen, um das Erkenntnisinteresse und die Forschungsfrage zu schärfen. Diese Reflexionsergebnisse fließen in die Entwicklung der Instrumente ein und werden abschließend methodisch in Kapitel 5.4. reflektiert. Die Definition der Analyseeinheit wirkt sich maßgeblich auf die Spezifizierung der Fragestellung aus, die sich wiederum stark am Fall orientiert. In der vorliegenden Studie stellt das zu evaluierende Programm die Analyseeinheit dar. Im nächsten Schritt erfolgt die Auswahl der Methoden basierend auf der Forschungsfrage und den Vorannahmen. Abschließend werden Kriterien für die Auswertung festgelegt, wobei Erfolgskriterien nicht immer vorab festgelegt werden können – insbesondere bei einem explorativen Ansatz. Daher wird empfohlen, die Ergebnisse kritisch zu diskutieren und Alternativen zur Erklärung für die Ergebnisse heranzuziehen.

Die Durchführung einer Fallserie eignet sich besonders zu Evaluationszwecken, die eine tiefgehende Analyse erfordern, bei denen keine spezifischen, klaren Outcome-Dimensionen abzusehen sind [163] und die dabei unterstützen sollen zu verstehen, wie genau ein Programm sich auf die Situation der Teilnehmenden ausgewirkt hat. Im Rahmen dieser Studie wurde eine qualitative Fallserienbefragung über mehrere Monate ausgewählt, um Prozess- und Outcomeelemente über einen bestimmten Zeitraum hinweg zu analysieren und Veränderungen deutlich zu machen. Je ein Interview wurde vor Beginn des Programmes, eines nach der Hälfte des Programmes, eines nach dem Ende des Programmes und eines drei Monate nach Ende des Programmes geführt. Zudem wurden Interviews zu drei Messzeitpunkten (prä, Halbzeit, post) mit zwei Dozierenden und einer Praxisanleiterin geführt. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und war keine Voraussetzung für die Programmteilnahme.

Interviewleitfaden: Der Interviewleitfaden wurde mithilfe der in Kapitel 4.2.4 dargestellten SPSS-Methode erstellt. Nach einer Warm-Up-Frage wurden die Teilnehmenden im ersten Abschnitt nach ihrer allgemeinen Erfahrung mit dem Programm gefragt. Anschließend wurden die Teilnehmenden nach positiven und

negativen Aspekten des Programmes sowie Verbesserungsmöglichkeiten befragt. Im zweiten Abschnitt wurde demselben Muster entsprechend nach Deutschunterricht, Interkulturellem Coaching und Hospitation gefragt. Durch Paraphrasieren, Nachfragen, Erzählaufforderungen und Rückversicherungen wurde der Interviewfluss unterstützt. Für die Teilnahme am Interview wurden ausreichend Deutschkenntnisse (A2-B1) sowie eine (wahrscheinliche) Teilnahme am gesamten Programm vorausgesetzt.

Interviewablauf: Die Teilnehmenden erhielten zwei Einwilligungserklärungen in deutscher Sprache: eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme mit Studieninformationen sowie eine Einwilligungserklärung für Tonaufnahmen. Die Einwilligungserklärungen wurden vor dem Interview mit allen Teilnehmenden mündlich besprochen. Die Interviews dauerten zwischen 00:04:00 Minuten und 00:38:00 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 18 Minuten und wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Nach Ende des Interviews wurde das Aufnahmegerät abgeschaltet und demografische Daten zu Qualifikation, Sprachkenntnissen und Arbeitserfahrung erfragt. Von den insgesamt 104 Interviews wurden 61 Interviews von der Promovendin geführt und 34 von zwei studentischen Hilfskräften. Die Qualifikationen und Merkmale der Autorin wurden in Kapitel 4.2.2 bereits reflektiert. Bei den beiden studentischen Hilfskräften handelte es sich um zwei weibliche Masterstudierende im Fach Psychologie, die bereits qualitativ gearbeitet hatten und von der Promovendin für die Interviewführung geschult wurden. Darüber hinaus hospitierten die Hilfskräfte im Vorfeld bei mehreren Interviews, die von der Promovendin geführt wurden, um die prozedurale Reliabilität zu gewährleisten [164]. Alle Interviews zu den ersten drei Messzeitpunkten (prä, halbzeit, post) wurden persönlich am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf geführt. Die Follow-Up-Interviews wurden telefonisch geführt, da die Fahrtkosten für einige der Teilnehmende eine Barriere darstellten. Da die Fahrtkosten für die Anreise zum Interview nicht erstattet werden konnte, wurde diese als nicht vertretbar gewertet.

Zeitraum und fehlende Daten: Die Teilnehmenden des Programmes wurden von der Akademie für Bildung und Karriere ausgewählt. Mithilfe der quantitativen Teilstudien konnten jeweils zwei aufeinanderfolgende Kohorten im Zeitraum von Juli bis September 2018 und Dezember bis Februar 2019 befragt werden. Für die

qualitative Studie wurden dieselben zwei Kohorten befragt. Durch die Follow-Up-Befragung verlängerte sich der Zeitraum der Befragung von Juli 2018 bis Januar 2019 und Dezember 2019 bis Mai 2019. Insgesamt liegen vollständige Daten von vier Messzeitpunkten von 21 der 24 Teilnehmenden vor. Zwei der geflüchteten Fachkräfte brachen die Programmteilnahme aus persönlichen Gründen und aufgrund des Beginns eines Praktikums ab. Mit einer Teilnehmerin konnten die Interviews aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnden Ressourcen für Dolmetschende nicht geführt werden.

Analyse der Daten: Alle qualitativen Interviews wurden von einer Transkriptionsagentur nach wissenschaftlichen Regeln transkribiert [141] und von der Promovendin geprüft und korrigiert. Alle Transkripte wurden von der Autorin mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet, die bereits in Kapitel 4.2.5 dargestellt wurde. Zur Validierung der Ergebnisse codierten zwei Hilfskräfte zusätzlich ein Viertel der Interviews. Für die Richtung der Analyse waren positive und negative Erfahrungen mit dem Programm sowie Beschreibungen von Auswirkungen von Interesse. Erste deduktive Codes wurden auf Basis des Leitfadens gebildet. Da es sich um ein Modellprojekt handelte, dessen Ziele nicht operationalisiert waren, wurden die meisten Codes induktiv auf Basis des Materials gebildet. Regelmäßige Diskussionen zwischen der Autorin und studentischen Hilfskräften führten zur Bildung neuer, kleinerer Codes. Mithilfe eines Codehandbuchs wurden die Codes beschrieben und mit Beispielen ergänzt. Die quantitativen Daten wurden deskriptiv mittels SPSS (Version 21) ausgewertet, um Verzerrungen zu vermeiden. Qualitative und quantitative Ergebnisse wurden in einem interdisziplinären Kolloquium vorgestellt und diskutiert, um Verständlichkeit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

5.3 Ergebnisse

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 3). Dabei wurden einzelne Zitate ergänzt, die in der Publikation aufgrund der Zeichenbegrenzungen nicht Einzug finden konnten.

5.3.1 Beschreibung des Samples

Tabelle 6 stellt eine Übersicht der demografischen Daten der Kohorten dar.

	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 3	Gesamt
Zielgruppe	Teilnehmer:innen	Teilnehmer:innen	Dozierende	
Stichproben- größe	N=17	N=12	N=3	N=32
Geschlecht	Männlich (n=12) Weiblich (n=5)	Männlich (n=6) Weiblich (n=6)	Weiblich (n=3)	
Geburtsland	Syrien (n=12), Algerien (n=2), Kongo, Iran, Moldawien	Syrien (n=9) Afghanistan (n=2) Irak, Libyen	Deutschland (n=3)	
Beruf	Ärzt:in (n=14), Psycholog:in (n=2), Medizinisch- technischer Assistent (MTA)	Ärzt:in (n=7), Physiotherapeut, Zahnarzt, Pharmazeut, MTA, Pflegekraft	Deutschlehrerin, Interkulturelle Trainerin, Praxisbegleiterin	

Tab. 6: Demografische Angaben der Kohorten der Studie 3, Übersetzung der Tabelle nach [5].

Die Ergebnisse der Studie können in fünf Abschnitte unterteilt werden:

1. Qualitative Befragung vor Beginn des Programmes
2. Qualitative Prozessevaluation
3. Quantitative Prozessevaluation
4. Qualitative Outcomeevaluation
5. Quantitative Outcomeevaluation

Im Rahmen der qualitativen Befragung wurden 104 Interviews geführt. Tabelle 7 stellt die Ergebnisse der Studie in der Reihenfolge dar, wie sie im Folgenden präsentiert werden.

Mess- zeit- punkt	Thema	Code	Subcodes
T0	Qualitative Vorbefragung	Vor-Befragung	<ul style="list-style-type: none"> • Zuweisung in das Projekt • Ziele • Erwartungen und Sorgen
Prozessevaluation			
T1/ T2		Organisation des Programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit der Mitarbeitenden • Zusammensetzung des Programmes

	Qualitative Prozessevaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Hospitation
T1/ T2		Fachsprachenunterricht	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisorientiertes Lernen • Positive Beziehung zu Lehrenden
T1/ T2		Coaching	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion kultureller Aspekte • Reflexion eigener Erfahrungen
T1/ T2		Herausforderungen Coaching und Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogene Gruppenzusammensetzung • Räumliche Ausstattung • Uhrzeit • Fokus auf Ärzt:innen
T1/ T2		Hospitation	<ul style="list-style-type: none"> • Einblick in Arbeitsabläufe • Ermutigung durch Mitarbeitende • Unterstützung durch Medizinstudierende
T1/ T2		Herausforderungen Hospitation	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Einarbeitung • Distanziertes Verhältnis zu Mitarbeitenden • Hospitationsorte • Zugang zu Ressourcen
T1/ T2		Verbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitation • Organisation des Programmes • Zusätzliche Angebote
T1/ T2		Psychosoziale Belastungsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Erwerb der Sprache • Anerkennung der Qualifikationen und Arbeitsanforderungen • Persönliche und soziale Situation • Fahrtkosten
T1/ T2		Erfahrung der Dozierenden	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogene Gruppenzusammensetzung • Verbesserungsvorschläge
T1/ T2	Quantitative Prozessevaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse der wöchentlichen Fragebögen • Zufriedenheit und Relevanz der Themen
Outcomeevaluation			
T2/ T3	Qualitative Outcomeevaluation	Auswirkung und Verbesserung von Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Situation • Sprachkompetenzen • Professionelle Kompetenzen • Formale Ressourcen • Keine oder negative Auswirkungen (T3/T4) • Outcomes aus Perspektive der Dozierenden
T2	Quantitative Outcomeevaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse des Post-Fragebogens • Verbesserung sprachlicher, formaler und professioneller Kompetenzen (siehe Tabelle 8)

Tab. 7: Ergebnisse der Studie 3, Übersetzung nach [5].

5.3.2 Qualitative Befragung vor Beginn des Programmes

Die Teilnehmenden beschrieben vor dem Start des Programmes, dass sie durch Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter, Integrationsprojekte oder persönliche Kontakte zu anderen geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen auf das Projekt aufmerksam gemacht wurden. Die Teilnahme am Programm erfolgte aus persönlichen, fachlichen und formalen Gründen. Einige der Teilnehmenden betonten, dass sie dadurch nicht zu Hause bleiben müssten und so Inhalte und Kompetenzen nicht vergäßen:

Wir können nicht einfach im Haus bleiben und Sie wissen, ja einfach vergessen. Muss immer wir arbeiten und erfahren Kontakt mit Patienten und mit Kollegen im medizinischen Bereich haben. Weil ich habe drei Jahre immer ich war im Haus, und das ist sehr schwer (4_K1_EP-A-1_1, Pos. 42).

Die meisten der Teilnehmenden partizipierten am Programm, um ihre fachlichen Kenntnisse aufzufrischen, ihre professionellen Kompetenzen zu verbessern und so besser auf Prüfungen vorbereitet zu sein:

Weil ich muss mein Diplom Anerkennung machen. Und weil ich habe seit 2015 ich habe nicht gearbeitet hier in Deutschland. Und Sie wissen mit dem Arzt immer muss arbeiten und davor Erfahrung machen. Und wenn jemand nicht arbeiten oder Praktikum machen, Sie wissen das, das kann immer vergessen (4_K1_EP-A1_1).

Einige Teilnehmende partizipierten auch am Programm, um sich mit dem Gesundheitssystem vertraut zu machen:

Falls, wenn ich danach eine Arbeit finde, bin ich bereit, kenne ich das System, wie ein PJler, kann ich sofort auf-, also in Arbeit gehen und nicht das schwache Link im Arbeit bleiben. Und nicht jemand um mich kümmern, und einarbeiten. Nein, ich kenne das, ich weiß das, ich kann sofort arbeiten (7_K1_EP-A4_1, Pos. 17).

Sie nahmen auch aus formalen Gründen am Programm teil und hofften so, ihre Chancen auf Praktikums- und Arbeitsplätze zu erhöhen:

Also, wenn ich keine Hospitation kriege hier, dann vielleicht kriege ich noch ein Freiplatz. Hospitation. Ja und dann-. Also, nachher kann ich in den Beruf-. Also einfach wirklich mein-.

Also, wie heißt das? Das ist CV, Lebenslauf verbessern. Ja, das ist wichtig für mich. Weil, also für Unternehmen und so. Sie brauchen jemand, hier ein Praktikum gemacht haben oder gearbeitet. Also mindestens ein Praktikum (66_K2_EP-2A-9-1).

Einige der Teilnehmenden machten sich vor Beginn des Programmes Sorgen, ob und wo sie ihre Hospitationsplätze bekommen würden und ob sie im Rahmen der Hospitation gut betreut werden würden.

5.3.3 Qualitative Prozessevaluation

Im Rahmen der qualitativen Prozessevaluation ergaben sich neun übergeordnete Themenfelder, die im Folgenden erläutert werden.

Programm-Organisation

Die Teilnehmenden waren grundsätzlich zufrieden mit dem Programm. Sie hoben positiv hervor, dass die Programm-Verantwortlichen jederzeit für Fragen zur Verfügung standen und auch Fragen zur Anerkennung der Berufe oder zur persönlichen und sozialen Situation beantworten konnten. Sie beschrieben es auch als positiv, durch das Projekt eine Hospitationsmöglichkeit zu erhalten, da sie die Suche nach Hospitationen als schwierig empfanden. Die Teilnehmenden berichteten auch positiv von der Dreiteilung des Programmes in Fachsprachenunterricht, Coaching und Hospitation:

Dass wir so eine Koordination zwischen praktisch und theoretisch durchführen. Das finde ich auch gut. Was wir in Hospitation festzustellen oder was wir nicht verstehen oder so etwas, das können wir danach diskutieren. Und darüber mehr erklären, das war richtig, das war falsch. Oder das macht (lacht) überhaupt einen Sinn (35_K1_EP-A4-3, Pos. 7).

Sie beschrieben auch, dass sie durch das Programm eine Hospitationsmöglichkeit erhielten, die sie selbst nicht leicht finden konnten:

Ich habe viel Hospitationsplatz gesucht und ich konnte das nicht einfach bekommen. Ich sollte in ein paar Monate warten. Und dann das kam in der richtige Zeit für mich (72_K2_EP-2A1-2, Pos. 17).

Deutschfachsprachenkurse

Die Teilnehmenden betonten die Relevanz des Fachsprachenunterrichts zur gewünschten Verbesserung ihrer Fachsprachenkenntnisse. In diesem Kontext profitierten sie von einem praxisorientierten Unterricht, in dem klinische Situationen simuliert wurden:

Er hat uns Situationen gezeigt, was auf Station passieren kann. Und wie gehen wir um, was sagen wir in dieser Situation? Welche Worte benötigen wir, was zu (?verbinden)? Was macht keinen Sinn? Von meiner jetzigen Arbeit, also ich denke, das war sehr hilfreich. Weil, ich weiß genau so jetzt, wie schreibt man was? Wie sagt man die Sache jetzt konkret und prinzipiell besser als, was ich vorher wusste (46_K1_EP-A4-4, Pos. 59).

Sie berichteten von einem positiven Verhältnis zu den Dozierenden und empfanden deren Feedback als hilfreich. Auch die Interaktion und den Austausch in der Gruppe erlebten die Teilnehmenden als positiv.

Interkulturelles Coaching

Die Teilnehmenden berichteten, dass sie das Interkulturelle Coaching als relevant empfanden und nicht nur Wissen über das Gesundheitssystem erwarben, sondern auch über interkulturelle Aspekte des Zusammenlebens in Deutschland reflektieren konnten:

Ich bin seit zwei Jahren in Deutschland und ich hatte keinen richtigen Kontakt zu der deutschen Kultur. Und zu wissen, was hier ein Tabu ist, was nicht richtig ist, was man nicht machen soll. Das ist gut zu wissen, bevor man Kontakt zu Patienten hat (21_K1_EP-A4-2).

Sie empfanden das Interkulturelle Coaching nicht nur hilfreich für den klinischen Alltag, sondern auch für ihre allgemeine Situation in Deutschland:

Es [das Coaching] hat mit dem Alltagsleben zu tun. [...] Sie [die Trainerin] hat ein schweres Thema mit uns diskutiert – Rassismus. Etwas, was wir jeden Tag erleben. [Wir sprachen darüber], wie kann man eine Lösung finden in dieser Situation oder einen Weg raus aus der Situation. [...] Nicht nur medizinisch, sondern allgemein (104_K2_EP-2A-12).

Sie betonten dabei vor allem die Nützlichkeit der Rollenspiele:

Einmal diese mit Schauspielen. Einmal sollte ich eine Situation-, das war aber ein Fehler. Ich habe einen Fehler mit Patient-, ich habe einen Patient vergessen, ihm Medikamente zu geben oder etwas so [bezieht sich auf das Szenario aus dem Rollenspiel]. Und wie kann ich damit umgehen? Und ich habe das gemacht mit einer Schauspielerin und wo die diese Feedback war gut. Was war gut? Was war nicht gut? Das ist eine sehr gute Methode oder so damit man lernen, wie kann man mit diese Situationen umgehen oder machen (85_K2_EP-2A1-3).

Herausforderungen mit dem Deutschunterricht und dem Interkulturellen Coaching

In Bezug auf das Interkulturelle Coaching kritisierten einige Teilnehmende die mangelnde Relevanz der Themen:

Zum Beispiel heute war über die Konflikte oder so. Also wir haben schon gearbeitet. Ich glaube wir sind nicht neu mit die Konflikte und das ist nicht unterschiedlich zwischen Syrien oder hier. Man muss mit dem Chef oder mit den Kollegen, wir sind ein Team. Ich finde es gibt nichts neu. Wenn eine Person mich ignorieren, ich muss mit ihm über die Probleme besprechen. Ich finde das nicht neu. Für mich. Vielleicht ist das neu für die anderen, aber für mich ist das nicht neu (22_K1_EP-A5-2).

Generell kritisierten die Teilnehmenden die heterogene Gruppenzusammensetzung im Coaching und im Deutschunterricht, da diese ein unterschiedliches Level an Sprachkompetenzen bedeutete:

Weil jeder hat so andere Niveau, das ist so manchmal für manche Leute sehr langweilig. Manchmal sie haben so Materialien, die gilt für alle Leute. Aber manchmal ist es für die Leute, die schon das genommen haben, langweilig. Und manchmal ist es schwierig für die andere Leute, das zu verstehen und darauf zu kommen oder- (21_K1_EP-A4-2, Pos. 13).

Die Teilnehmenden kritisierten auch die räumliche Ausstattung und die Organisation des Unterrichts, da sie gar nicht oder nur kurzfristig über Raumänderungen informiert wurden. Manche der Teilnehmenden kritisierten die zeitliche Überschneidung des Coaching-Programms mit dem Freitagsgebet für Muslim:innen am Freitagnachmittag. Die Teilnahme am Freitagsgebet sei wichtig für ihr Wohlbefinden und die persönliche Stressreduktion und die Balance zwischen der Teilnahme am Coaching und der Teilnahme am Freitagsgebet sei schwergefallen. Einige der nicht-ärztlichen

Teilnehmenden fühlten sich auch deplatziert und berichteten, dass sie nicht so sehr vom Programm profitieren konnten wie Ärzt:innen:

Ja Beispiel, manchmal hatte ich das Gefühl, dass ich Beispiel am falschen Ort bin, oder. Und reagierte nicht ich wie die anderen Schüler. Weil ich vorher weiß, das ist mir in meinem zukünftigen Leben nicht helfen wird. [...] Ja, weil in mein Bereich, Labor Beispiel, für mich wichtig was man spricht über Blut, über Mikroskop, über Bakterien, über viele viele viele Sachen, aber das war im Unterricht war wichtig für die Allgemeinarzt oder Krankenpfleger, ja. Wie man behandelt die Patientin oder so, das war nicht in meinem Bereich, in meinem Fach (52_K1_EP-A11-4, Pos. 35).

Hospitation

Die Teilnehmenden berichteten von ambivalenten Erfahrungen mit der Hospitation. Einerseits haben sie Einblick in Routinen und Abläufe des Krankenhauses erhalten und sich mit diesen vertraut machen können:

Dass ich das System besser beobachte. Und vielleicht eine Idee formuliere, wie das läuft, wie die Aufgabe für eine Assistenzarzt. Was sind die Aufgaben für eine Assistenzarzt. Was macht ein Assistenzarzt. Wie wird er Fragen stellen an Oberärzte. Also, diese Kleinigkeiten hätte ich keine Ahnung davon. Und jetzt durch die Hospitation habe ich das bemerkt. Und bessere Idee, also, bekommen (35_K1_EP-A4-3, Pos. 19-20).

Sie betonten auch, wie wichtig interpersonelle Kontakte zu Kolleg:innen waren und wie deren Feedback sie ermutigte:

Ja, wie gesagt, die Ärzte sind dort sehr nett und sie ermutigen mich, meine Arbeit zu finden eigentlich. Sie sagen immer: ‚Ja, du kannst es schaffen! Bewirb dich in alle Krankenhäuser hier in Harburg!‘ Und ich habe das mehrmals gehört, das hat mich so ein bisschen ermutigt, weil ich hatte das Gefühl, dass ich bin nicht so vorbereitet für die Arbeit. Und die waren: ‚Nein, das ist in Ordnung! Du kannst das mit der Zeit lernen‘ (21_K1_EP-A4-2, Pos. 35).

Zudem profitierten sie von Studierenden in ihrem medizinischen Jahr, die den geflüchteten Fachkräften halfen:

Und richtig für uns ist wichtig die Praktikant als praktisch, die Studenten haben-, als mich persönlich haben mir sehr geholfen und habe ich deshalb die Beziehung sehr gut mit die Praktikanten. Weil wenn ich, habe ich Ihnen zum Beispiel gesagt, brauche ich die Arztbrief um

zu lernen. Und jeden Woche zwei oder dreimal helfen mir, wie kann man schreiben die Hospitation. Und hat mir geholfen (73_K2_EP-2A2-2, Pos. 35).

Herausforderungen während der Hospitation

Ein wesentlicher Kritikpunkt bezog sich auf die mangelnde bzw. ausbleibende Einarbeitung, die die Teilnehmenden darauf zurückführten, dass die Verantwortlichkeit hierfür stationsintern ungeklärt war:

Aber das Problem ist bei der Station, weil ich bin auf der Station, aber ich habe keine Arbeiten oder so. Niemand hilft mir, mich zu orientieren oder so. Zum Beispiel früh morgens komme ich jeden Tag um sechs Uhr und ich versuche, etwas zu machen. Aber gar niemand hilft mir. Das ist mein Problem. Und wenn ich-, wie fremde Person auf der Station kann man-, wie ich das mache. Deswegen finde ich die Hospitation langweilig (26_K1_EP-A9-2, Pos. 3).

Sie berichteten auch, dass die Ärzt:innen auf Station keine Zeit hatten, um mit ihnen zu sprechen, sie zu Kolleg:innen ein distanzierteres Verhältnis hatten und nicht wussten, wie sie diese Distanz überbrücken konnten:

Ja, die haben immer wieder-, die stehen unter Zeitdruck. Haben nicht so viel Zeit, haben sehr viel zu tun. Und besonders die Kultur für mich auch-, ich weiß nicht genau, wie ich mich am besten verhalten kann, oder sie mir helfen können, dass ich näher komme. Das finde ich leider nicht. [...] Mit Kultur meinte ich, dass Gestik und Mimik und vielleicht die-, wie kann man das ganz allgemein gesprochene Deutsch, nicht das offizielle Deutsch? Das fehlt mir, und die helfen mir nicht, dass ich ein bisschen näher komme, oder sagen kann, was ich brauche. Manchmal fehlt mir, dass ich ein bisschen zurück bleibe. Und die helfen mir vielleicht nicht, dass ich etwas brauche. Niemals hat jemand mir gesagt, was willst du, was möchtest du lernen, was möchtest du erfahren? Deswegen-, dieser Abstand immer wieder, oder diese Situation erlebe ich immer wieder (82_K1_EP-A12-2, Pos. 13).

Für die Teilnehmenden war es unangenehm, dass sie sich nicht aktiv an der Arbeit beteiligen konnten:

Weil ich keine richtige, wie heißt das, richtige Platz dort habe, nicht als PJ-ler oder eine Formulantin oder als Assistenzärztin. Ich hatte immer das Gefühl und ich hatte auch keine Aufgaben. Ich sollte nur zuschauen. Und die machen dort: ‚Okay, Sie sind eine Ärztin. Warum helfen Sie nicht mit?‘ Und ja, ich musste jedes Mal das erklären, dass ich nicht machen darf und so weiter. Und dann hatte ich das Gefühl, dass ich extra dort bin. Also, sie haben sehr

beschäftigte Tag und sie sind immer so beschäftigt, die haben keine Zeit. Und ich stehe nur dort und gucke. Das war, also, unangenehm (21_K1_EP-A4-2, Pos. 5).

Aufgrund der Tatsache, dass die Teilnehmenden als Hospitant:innen nur passiv am Geschehen teilhaben konnten und nicht eingearbeitet wurden, langweilten sich die Teilnehmenden. Auch die Organisationsstruktur der Hospitationen wurde von den Teilnehmenden kritisch gesehen, da manche von ihnen überhaupt keinen oder erst sehr spät einen Hospitationsplatz zugewiesen bekamen oder der erhaltene Platz nicht ihrer Fachqualifikation entsprach. Sie kritisierten auch, dass sie keinen Zugang zum Computersystem oder zu den Räumen für Mitarbeitende hatten und nicht wussten, wo sie ihre Kleidung wechseln konnten.

Zum Beispiel immer, niemand hat mir gesagt, wo ich-, wo muss ich umziehen. Oder wo bekomme ich Wasser oder wo bekomme ich Kaffee. Oder wo kann ich-. Zum Beispiel, wo finde ich die Materialien für Blut abnehmen und so. Vielleicht nur ein Person begleitet uns. Weil auf der Station die Ärzte haben keine Zeit. Ehrlich. Wirklich, ja. Vielleicht das wäre gut (74_K2_EP-2A3-2, Pos. 63).

Vorschläge zur Verbesserung des Programmes

Die Vorschläge seitens der Teilnehmenden zur Verbesserung des Programmes bezogen sich hauptsächlich auf die Hospitationen. Hierzu wurde angeregt, passende Hospitationsplätze für alle Teilnehmenden von Beginn an zu organisieren und dafür auch auf Praxen außerhalb des UKEs zurückzugreifen. Zudem wünschten sie sich, während der Hospitation Zugang zu Räumen und Computersystemen zu erhalten und begleitet zu werden. Des Weiteren schlugen sie vor, Angebote zu entwickeln, in denen erfahrene Kolleg:innen und Professor:innen von ihrer Arbeit erzählen und Fälle von Patient:innen besprochen werden. Weiterhin schlugen sie die Zusammenarbeit mit freiwilligen Mentor:innen vor, mit denen sie sich austauschen und zusammenarbeiten könnten. Darüber hinaus wurden die Reflexion von Unterrichtszeiten und Gruppenzusammensetzungen sowie die Organisation spezialisierter Workshops für Teilnehmende unterschiedlicher Berufs- und Sprachkompetenzgruppen als erstrebenswert erachtet. Manche Teilnehmende wünschten sich eine längere Dauer des Programmes, andere eine kürzere.

Psychosoziale Stressfaktoren

Im Rahmen der qualitativen Befragung berichteten die Teilnehmenden immer wieder von psychosozialen Belastungen, die ihre Performanz und ihr Wohlbefinden beeinflussten. Der Erwerb der Fachsprache beschäftigte die Teilnehmenden sehr, da sie Sorge hatten, ihre Deutschkenntnisse würden zum Arbeiten nicht ausreichen:

So, für mich, die Sprachbarriere, war meine große Angst. Und für mich ist-. Ich habe-My Confidence decreased a little bit. [I: Ihr Selbstbewusstsein ist ein bisschen weniger geworden, wegen Sprache?.] Ja. Wegen Sprache. Ich glaube, ich war eine gute Student in die Universität und ich hatte ein gute Werk in mein Studium und high grades. Und wenn ich gearbeitet habe, ich war gut in meinem Beruf. Und dann hier in Deutschland kommen, war die Sprache große Angst (69_K2_EP-2A12-1, Pos. 11).

Weiterhin waren sie über ihre künftigen Karrierechancen besorgt und machten sich Gedanken darüber, wie sie mit den Herausforderungen auf dem Weg zur Anerkennung ihrer Berufe umgehen konnten:

Hoffentlich bekomme ich dieses Papier und meine Berufserlaubnis und dann diesen Praktikum und muss ich auch für die Kenntnisse-Prüfung lernen. Das ist so schwer und- ja, ich hoffe, dass ich kann die beide-. Bei uns sagt man: man kann nicht zwei Melonen in einem Hand holen. Sind zwei Melonen in einer Hand. Aber ich muss das so festhalten (85_K2_EP-2A1-3, Pos. 67).

Manche der Teilnehmenden berichteten auch von ihrer persönlichen und sozialen Situation, die von den Fluchtbedingungen und ihrer Situation als geflüchtete Person in Deutschland beeinflusst war:

Zuerst als Flüchtling das ist schwer in Deutschland in einem anderen Land sofort in Arbeitsplatz zu gehen. Ich befürchte mich, dass ich von Rassismus oder Diskriminierung, das macht mir Sorge (58_K2_EP-2A1-1, Pos. 23).

Ein anderer Teilnehmer berichtete von der Situation seiner Familie und was die Teilnahme an dem Programm für ihn bedeutete:

Ja, ich denke immer über meine Eltern. Ja, weil sie sind (?schwierig). Sie brauchen also Hilfe und ich bin nicht da. Und deshalb bin ich, also-. Ich denke-. Ja, ich denke immer wieder darüber. [...] Ja, deshalb. Ja, wenn ich arbeite, besonders im-, also in meinem Bereich. Also

im Labor. Ja. Dann, mein Kopf ist beschäftigt mit Studium und so (66_K2_EP-2A9-1, Pos. 19-20).

Für diesen Teilnehmer konnte jedoch kein Hospitationsplatz gefunden werden.

Finanzielle Barrieren beeinflussten ebenfalls die Teilnahme an dem Programm, da die Erstattung der Fahrkosten nicht vorgesehen war:

Und das ist für mich Problem. Weil die Hälfte [des Programmes] vorbei ist und bleibt noch eineinhalb Monate und (I: Ja.) wenn ich diese verlorene Zeit nachholen möchte, dann musste ich noch vielleicht eineinhalb Monate, zwei Monate. Und in diesem Fall gibt es Probleme für Fahrkosten. (I: Okay.) Weil die Fahrkosten kostet 160 Euro pro Monat (27_K1_EP-A10-2, Pos. 19).

Erfahrung der Dozierenden

Die Dozierenden und die Praxisanleiterin erlebten ähnliche Herausforderungen wie die Teilnehmenden. Sie empfanden es als schwierig, trotz der diversen Zusammensetzung im Unterricht alle Teilnehmenden zu berücksichtigen:

Wir hatten zwei Psychologen [...] Thematisch hat da wenig für die gepasst, aber diese kommunikativen Aspekte, Deutsch sprechen, agieren, oder im Rollenspiel mit Redemitteln arbeiten, die ja dann vorgegeben waren-. Ich glaube, da konnten die auch etwas mitnehmen (30_K1_EP-D1-3, Pos. 31).

Sie berichteten ebenfalls von Schwierigkeiten bei der Suche nach Hospitationsplätzen:

Ja, weiterhin, habe ich ja schon von Anfang an gesagt, das Rekrutieren. Also, die Akquirierung von Hospitationsstellen. Wir haben jetzt ein paar, wo wir immer wieder drauf zurückgreifen können. Aber, weiterhin ist es mit verschiedenen Fachrichtungen, wenn Teilnehmende doch irgendwie eine andere Richtung mal haben, Zahnärzte oder Dermatologen, ist das immer schwierig (70_K2_EP-2D2-2, Pos. 31).

Als Konsequenz aus den genannten Herausforderungen stellten sie einen Motivationsabfall bei den Teilnehmenden fest. Sie bemerkten auch, dass es für die Teilnehmenden schwierig war, während der Hospitation nichts selbst tun zu dürfen. Sie schlugen ebenfalls ein Mentoring-Programm, das Erstellen von Willkommens-

Mappen auf Stationen und Workshops zur Einführung in spezifische Computersysteme vor.

5.3.4 Quantitative Prozessevaluation

Die Ergebnisse der quantitativen Prozessevaluation beziehen sich auf den Deutschfachsprachenkurs und das Interkulturelle Coaching, die im Folgenden dargestellt werden.

Deutschfachsprachenkurs

Der Deutschfachsprachenkurs wurde im Schnitt von 21 der 30¹² Teilnehmenden aus beiden Kohorten besucht, was einer Anwesenheitsrate von 70% (Varianz = 18-25) entspricht. Insgesamt wurden 251 von 360 möglichen Feedbackbögen zur Evaluation eingereicht. Die Bewertungen müssen entsprechend vor dem Hintergrund der Teilnahmeraten berücksichtigt werden. Die Teilnehmenden waren zufrieden mit dem Fachsprachenkurs (M=3,37, SD=0,56, Varianz = 2-4) und bewerteten die Themen als wichtig (M=3,38, SD=0,60, Varianz = 2-4).

Interkulturelles Coaching

Das Interkulturelle Coaching wurde im Schnitt von 18 der 29 Teilnehmer:innen aus beiden Kohorten besucht, was einer Anwesenheitsrate von 62,1% (Varianz = 10-23) entspricht. Von 348 möglichen Feedbackbögen wurden 217 zur Evaluation eingereicht und ausgewertet. Die Bewertungen sind daher von den Teilnahmeraten abhängig und müssen vor diesem Hintergrund berücksichtigt werden. Die Teilnehmenden waren sehr zufrieden (M=3,58, SD=0,51, Varianz = 2-4) mit dem Interkulturellen Coaching und bewerteten die Themen als sehr wichtig (M=3,55, SD=0,53, Varianz = 2-4).

¹² Obwohl es offiziell nur 29 Teilnehmende gab, wurden für den Deutschkurs 30 Codes über die Fragebögen identifiziert. Trotz einer sorgfältigen Überprüfung der Angaben war es nicht möglich, die zusätzliche Angabe zu identifizieren. Um die Daten nicht zu verzerren, wurde daher bei der deskriptiven Auswertung des Deutschkurses von 30 Teilnehmenden ausgegangen. Die Limitationen bei der quantitativen Erhebung werden in diesem Kapitel sowie in der zusammenfassenden Diskussion ausführlich diskutiert.

5.3.5 Qualitative Outcomeevaluation

Die Teilnehmenden beschrieben erste Auswirkungen bereits nach der Hälfte des Programmes. Die Teilnahme am Programm beeinflusste ihre persönliche Situation und trug zur Verbesserung sprachlicher und professioneller Kompetenzen und der Verbesserung ihrer formalen Ressourcen bei.

Auswirkungen auf die persönliche Situation

Die Teilnehmenden empfanden die Teilnahme am Programm als sinnvolle Alternative dazu, zu Hause zu bleiben:

Ich kann nicht zu Hause bleiben, ja? Sprachlich und auch medizinisch, ja, Informationen sammeln. Ja, und ich kann nicht zu Hause bleiben, weil das macht mich krank, ja, weil ich lange Zeit zu Hause bleiben. Ich habe keine Arbeitsstelle. Deswegen ich will immer besuchen Hospitation oder Praktikant oder so (20_K1_EP-A-2-2, Pos. 53).

Verbesserung sprachlicher Kompetenzen

Die meisten Teilnehmenden berichteten, dass ihre Sprachkompetenzen sich verbesserten. Sie betonten, dass sie neues Fachvokabular lernen konnten und sich daran gewöhnten, in medizinisch-klinischen Situationen Deutsch zu sprechen, etwa mit Kolleg:innen und Patient:innen:

Ja, ich habe das bemerkt, die Änderung bemerkt. Ich-, vor der Hospitation habe ich nicht sehr nicht so oft Deutsch gesprochen, aber nach der-, dem Anfang bis jetzt habe ich viel-, mein Deutsch hat sich viel verbessert. Vielleicht jetzt ich rede nicht so gut, aber das-, auch das war nicht so wie vorher (72_K2_EP-2A1-2, Pos. 75).

Manche der Teilnehmenden führten ihren Erfolg in der Fachsprachprüfung sogar auf die Teilnahme am Programm zurück:

Meine erste Station Monat war auch nicht super aber, habe ich mich gefreut, weil ich habe auch Deutsch gelernt. Das hilft sehr gut, mit deutsch zu sprechen. Das hat mir sehr geholfen, bei Fachsprachprüfung zu bestehen. Das hat eine große Rolle gespielt (85_K2_EP-2A-1-3, Pos. 7).

Verbesserung professioneller Kompetenzen

Die Teilnehmenden registrierten auch Verbesserungen ihrer persönlichen und professionellen Kompetenzen. Sie fühlten sich nicht mehr fremd, wodurch sie sicherer wurden:

Wenn ich mich für eine Arbeit bewerbe, dann, wenn ich auf der Arbeit gehe, bin ich nicht so wie (lacht) dumme Mensch, stehe ich und weiß ich, was soll ich, was ist das, was soll ich hier machen. Nein, ich kann ein bisschen zeigen, dass ich das System ein bisschen kenne, ja. Das kann ein bisschen Vertrauen bilden (21_K1_EP-A-4-2, Pos. 43).

Durch das Sprechen und Hören der deutschen Sprache steigerte sich das Selbstbewusstsein der Teilnehmenden:

Deutsch zu sprechen, obwohl ich nicht so viel geredet, aber ich habe viel gehört. Ja, wenn man die Sprache hört, das hilft. Und das hat mir auch geholfen bei Fachspracheprüfung bei Unterricht. Ich habe mit dem-, mit der Lehrerin und mit meiner Kollegin haben wir viel auf Deutsch kommuniziert, viel geredet. Und das hat mir geholfen. Ich hatte mehr Bewusstsein-, Selbstbewusstsein (72_K2_EP-2A-1-2, Pos. 11).

Sie beschrieben auch, dass sie sich ermutigt und sicherer als vor der Teilnahme fühlten:

Die Projekte bestärken mich und ich kann jetzt beginnen zu arbeiten. Vielleicht. Früher hatte ich eine andere Idee, wie der Dienst in Krankenhäusern läuft. Das ist schwierig. Weil, die Sprache hilft mir nicht. Manchmal ist es ein bisschen nicht gut. Und die deutsche Sprache war für mich sehr kompliziert. Und ich hatte Angst, zu arbeiten. Aber jetzt, mit der Hospitation-. Am Anfang war es auch sehr schwierig, aber jetzt ist es ein bisschen leichter. Ich habe in diesen drei Monaten dreimal ein Vorstellungsgespräch gehabt (40_K1_EP-A-9-3, Pos. 25).

Zudem konnten die Teilnehmenden eine Stärkung im Umgang mit herausfordernden Situationen feststellen:

Wenn wir über ein Thema diskutieren, können wir mehr darüber nachdenken. Zum Beispiel das Thema ‚Fehler‘. Wenn ein Fehler passiert, wie kann man damit umgehen, was kann ich tun? Ich hatte keine Idee dazu. Aber dann als ich im Unterricht gehört habe [dachte ich] das ist etwas, was ich machen kann, wenn Fehler passieren (78_K2_EP-2A8-3).

Auch retrospektiv drei Monate nach dem Abschluss des Programmes berichteten die Teilnehmenden vom Verlust ihrer Angst und ihrer Zögerlichkeit, Deutsch zu sprechen:

Ja. Ich hatte Angst. Aber jetzt kann ich einfach arbeiten. Einfach mit Patienten sprechen und reden und alles sagen ohne Angst. Und er hat ein bisschen mich orientieren, wie kann man in Krankenhäuser umgehen oder arbeiten. Ja, das war ehrlich sehr gut (50_K1_EP-A-9-4, Pos. 27).

Weiterhin hinterließ das Programm ein positives „inneres Gefühl“, das auch noch drei Monate nach Programmende anhielt:

Dass ich im Krankenhaus, großes Krankenhaus dabei sein mit vielen sehr bekannten Professoren und Oberärzten und Kollegen im großen Team, großes Krankenhaus, ja, das war für mich eine gute, besonderes, inneres Gefühl. Das Gefühl war für mich besonders gut (53_K1_EP-A12-4, Pos. 21-22).

Verbesserung formaler Ressourcen

Die Teilnehmenden berichteten, dass die Teilnahme am Programm ihren Lebenslauf positiv ergänzte und damit für ihre Karriere förderlich war:

Also ich glaube, wenn meine jetzige Arbeit, was ich jetzt gefunden habe, war leichter durch das Projekt, weil, die haben das in meinem Lebenslauf gesehen. Okay, sie waren am UKE, sie haben dort ein Praktikum gemacht. Sie sprechen jetzt ziemlich gut. Sie haben Erfahrungen, sie haben Ahnung, von was sie machen. Und das hat mir eigentlich geholfen, in diesem Sinn (46_K1_EP-A4-4, Pos. 85).

Eine Teilnehmerin konnte durch die Teilnahme einen Praktikumsplatz erwerben, der für die Anerkennung ihrer Qualifikation notwendig war:

Wichtig für mich das war der Dermatologie. Dass ich in-, ich bin seit mehr als drei Jahre nicht mit Medizin, mit Dermatologie gehabt. Und dann endlich war ich in Dermatologie. In der beste Dermatologie-Klinik in Hamburg. Das ist ja- [Klinik] ist die beste-, das beste Krankenhaus und deswegen ist die Dermatologie-Abteilung auch die beste in [Ort]. Das war sehr gut für mich. Ich habe so erwartet, dass ich in Dermatologie und nette Menschen, nette Ärzte und Chefarzt. Alle sind sehr nett und haben mir so gut aufgenommen. Das war gut. Das habe ich erwartet. Und ich habe erwartet, auch ein Praktikumsstelle zu bekommen und habe ich das auch. Das war gut (85_K2-EP-2-A1-3, Pos. 15).

Einige der Teilnehmenden standen drei Monate nach Abschluss des Programms noch in Kontakt miteinander, hatten Lerngruppen etabliert oder tauschten sich über prüfungs- und berufsrelevante Informationen aus und konnten so ihre formalen Ressourcen verbessern:

Ja, also wir lernen immer also neue Erfahrungen und wir hören immer neue Erfahrungen sozusagen. Zum Beispiel einige hören zum Beispiel eine (?Arbeitstermin) und ich frage danach, wie die Bewerbung war, was man gemacht genau gemacht hat zum Beispiel wenn man einen Job kriegen könnte. Ja, das ist sehr hilfreich (100_K2_EP-2A-7-4, Pos. 71).

Auswirkungen aus Perspektive der Dozierenden

Die Dozierenden und die Praxisanleiterin berichteten, dass alle Teilnehmenden ihre Sprachkenntnisse verbessern konnten und besser auf die Arbeit in Krankenhäusern vorbereitet waren. Sie hoben auch die Rolle von Netzwerken hervor, die zwischen den Teilnehmenden entstanden waren. Der Einfluss des Programmes auf den Erfolg der Teilnehmenden schien den Dozierenden jedoch auch abhängig von der individuellen Situation der Teilnehmenden zu sein:

Einige, die sehr große andere Probleme haben. Sieben Leute in eineinhalb Zimmern, das mit entsprechenden Problemen im Hintergrund, mit den Kindern. Da kann man sich freuen, wenn so jemand sich auf den Kurs konzentrieren kann. Wenn jemand von Abschiebung bedroht ist, ist es auch schwierig. Und das ist natürlich alles schwer vorhersehbar (83_K2_EP-2D-1-3, korr, Pos. 7).

Keine oder negative Auswirkungen

Nach dem Abschluss des Programmes berichteten manche der Teilnehmenden auch von negativen oder ausbleibenden Effekten. Abhängig von den Vorkenntnissen und Qualifikationen stellten manche Teilnehmende fest, dass sie keine Veränderung in ihren Sprachkompetenzen wahrnehmen konnten und/oder keine relevanten neuen Inhalte erlernen konnten. Negative Effekte wurden vor allem im Zusammenhang mit der Hospitation berichtet. Manche der Teilnehmenden fühlten sich als „sechster Finger“ (91_K2_EP-2A-8-3) auf der Station und es war ihnen nicht möglich „fröhlich und stark“ (91_K2_EP-2A-8-3) weiter an der Hospitation teilzunehmen. Die Teilnehmenden waren frustriert und enttäuscht davon, dass niemand sich für ihre

Einarbeitung oder Begleitung verantwortlich fühlte oder sie überhaupt keinen Hospitationsplatz erhalten hatten:

Ja ich bin enttäuscht. Leider hatte ich das Krankenhaus keine praktische Erfahrung, um darüber zu sprechen, Beispiel, ja das war für mich eine große Enttäuschung. Ich mag für mich ich hätte gerne, dass ich praktische Tätigkeit machen. Ich dachte, ich weiß nicht, ja das meinte ich. Nicht Theorie Unterricht nur einfach und allgemein. Ich hatte schon das ich in einem Labor arbeite (52_K1_EP-a-11-4, Pos. 53).

Ein Teilnehmer berichtete, dass sein Selbstbewusstsein durch die Erfahrung während der Hospitation geschwächt wurde:

Ja. Ich war enttäuscht. Ja. Das ist die richtige Frage. Ich habe viele große Erwartungen von diesem Projekt. Es gibt das in UKE und UKE ist ein großes Universitätsklinikum. Man viele Sache kann lernen und dann die Realität war total anders. Ich war ein bisschen enttäuscht. Ich habe meine-. Ich muss das auf Englisch sagen ja? (I: Ja, ok.) I have- a little bit of my confidence, was a little bit down. [...] Weil die Leute da, sie wussten, sie haben nicht das Projekt gelesen. Sie haben keine Ahnung, was ist ESF-Projekt und wo ist, wer sind die neuen Leute hier. Wenn ich gesagt habe, ich bin in dem Projekt teilgenommen, sie sagten: Was? Was bedeutet das? Und sie haben keine Ahnung (104_K2_EP-2A-12-4, Pos. 20-23).

Es gab auch Teilnehmende, die drei Monate nach dem Ende des Projektes keinen Kontakt zu den anderen hatten und für die somit keine langfristigen Kontakte entstanden.

5.3.6 Quantitative Outcomeevaluation

Zusätzlich zu den wöchentlichen Fragebögen wurde ein selbstentwickelter Fragebogen nach Abschluss des Programmes ausgeteilt, der Verbesserungen sprachlicher, professioneller und formaler Kompetenzen abfragte. Drei Teilnehmende füllten diesen Fragebogen nicht aus. Die Gründe für die Nicht-Teilnahme sind unklar. Tabelle 8 fasst die Ergebnisse des Fragebogens zusammen.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	M	SD	n
Sprachkompetenzen:								
Mein Deutsch hat sich durch das ESF-Projekt verbessert.	-	-	46%	29%	25%	3,79	0,83	24
Ich habe durch das ESF-Projekt neue Fachbegriffe gelernt	-	-	24%	44%	32%	4,08	0,76	25
Ich habe durch das ESF-Projekt weniger Angst, Deutsch im Beruf zu sprechen.	-	-	20%	36%	44%	4,24	0,78	25
Ich kann durch das ESF-Projekt besser im Klinikalltag kommunizieren.	4%	8,7%	13%	35%	39%	3,96	1,15	23
Persönliche und Professionelle Kompetenzen:								
Ich bin durch das ESF-Projekt im Klinikalltag selbstbewusster als vorher.	4%	9%	13%	35%	39%	3,96	1,15	23
Ich fühle mich durch das ESF-Projekt besser vorbereitet, um in Deutschland zu arbeiten.	-	-	22%	52%	26%	4,04	0,71	23
Ich weiß durch das ESF-Projekt mehr über das Gesundheitssystem.	8%	-	8%	33%	50%	4,17	1,17	24
Ich weiß durch das ESF-Projekt mehr über die Arbeitskultur in Krankenhäusern in Deutschland.	4,3%	4%	13%	35%	44%	4,09	1,08	23
Ich habe durch das ESF-Projekt einen guten Einblick in den Klinikalltag bekommen.	4%	-	17%	44%	35%	4,04	0,98	23
Ich habe durch das ESF-Projekt neues medizinisches Fachwissen gelernt.	-	-	35%	35%	30%	3,96	0,83	23
Formale Ressourcen:								
Ich habe durch das ESF-Projekt ein berufliches Netzwerk aufbauen können.	17%	17%	22%	39%	4%	2,96	1,22	23
Ich wurde durch das ESF-Projekt ermutigt, wieder in meinem Beruf zu arbeiten.	4%	4%	9%	30%	52%	4,22	1,09	23
Ich werde durch das ESF-Projekt leichter einen Arbeitsplatz finden.	6%	6%	39%	28%	22%	3,56	1,10	18
Ich habe durch das ESF-Projekt einen Arbeitsplatz gefunden.	80%	10%	5%	5%	-	1,35	0,81	20
Mir hat das ESF Projekt auf meinem beruflichen Weg hier in Deutschland / Hamburg geholfen.	15%	10%	30%	30%	15%	3,18	1,27	20
Ich fühle mich durch das ESF-Projekt besser auf die Kenntnis- und Fachsprachenprüfung/ Berufsprüfung vorbereitet.	9%	-	35%	30%	26%	3,65	1,15	23

Tab. 8: Ergebnisse des Post-Fragebogens der Studie 3, Übersetzung nach [5]; Die Angaben sind aufgerundet.

Im Bereich sprachlicher Verbesserung wurden Mittelwerte zwischen 3,79 und 4,24 (SD=0,76-1,15) angekreuzt. Die Zustimmung im Bereich sprachlicher Verbesserung war bei fast allen Teilnehmenden sehr hoch. Nur eine Person verneinte, dass die kommunikativen Kompetenzen sich verbessert hatten. Die höchste Zustimmung erzielte das Item, das die Angst vor dem Sprechen der deutschen Sprache erfasste.

Ebenfalls eine hohe Zustimmung erhielt die Frage nach der Verbesserung professioneller Kompetenzen. Die Mittelwerte lagen hier zwischen 3,96 und 4,17 (SD=0,71-1,1). Die Teilnehmenden waren sich einig, dass sie durch das Programm besser vorbereitet waren, in Deutschland zu arbeiten. Einzelne Teilnehmende empfanden dies nicht so, alle gaben aber an, dass sie neues medizinisches Wissen erlernen konnten. Im Bereich der formalen Ressourcen war die Varianz der Antworten am höchsten (Mittelwerte zwischen 1,35 und 4,22 (SD=0,81-1,27)). Die höchste Zustimmung erzielte die Aussage, dass die Teilnehmenden ermutigt wurden, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten.

5.4 Diskussion

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf der einleitend zitierten Veröffentlichung (Publikation 3).

Das Ziel dieser Studie war es, ein Orientierungsprogramm zur beruflichen Integration von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufe zu evaluieren und relevante Prozess- und Outcomeelemente zu identifizieren, die zur besseren Entwicklung, Implementierung und Evaluierung künftiger Programme beitragen sollen. Für die Evaluation des Programmes mussten verschiedene programmspezifische Faktoren und methodische Herausforderungen berücksichtigt werden. Diese Aspekte sollen im Folgenden reflektiert werden, um anschließend die Ergebnisse kontextualisiert diskutieren zu können.

5.4.1 Studiendesign und methodische Herausforderungen

Das Programm war berufsgruppenübergreifend gestaltet, sodass die Teilnehmenden in Bezug auf Sprachkenntnisse sowie Professionen heterogen zusammengesetzt waren. Insbesondere unterschiedliche Kenntnisse der deutschen Sprache müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Dabei kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da nur Teilnehmende mit fortgeschrittenen Deutschkenntnissen in die qualitative Studie eingeschlossen wurden. Außerdem ist es möglich, dass die Interviewführung durch die sprachlichen Barrieren beeinflusst wurde. Eine weitere wesentliche Herausforderung lag in der Nutzung der quantitativen Instrumente, da für das spezifische Setting des Programmes keine validierten Instrumente gefunden werden konnten. Anfängliche

Ideen, berufliche und fachliche Selbstwirksamkeitsskalen oder Fragebögen zu beruflicher Kompetenz, Fachkompetenz, Performanz oder Problemlöseverhalten zu nutzen, konnten nicht umgesetzt werden, da die Items sich auf die Ausübung des Berufes bezogen und die Teilnehmenden im Programm nur hospitieren, nicht jedoch selbst aktiv arbeiten durften. Auch im Hinblick auf die Sprachkenntnisse konnte nicht davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmenden die Fragebögen verstehen würden. Vor diesem Hintergrund wurden die Fragebögen selbst entwickelt und dem Kontext angepasst. Dabei wurden mithilfe der wöchentlichen Fragebögen die Zufriedenheit mit den Bausteinen und die Relevanzeinschätzung der Themen abgefragt. Diese Fragebögen wurden bewusst einfach und kurz gehalten, um allen Teilnehmenden eine zeitsparende Beantwortung des Fragebogens zu ermöglichen. Durch einzelne mündliche Rückmeldungen der Teilnehmenden und Dozierenden wurde jedoch deutlich, dass das wöchentliche Ausfüllen der Bögen für jeden Baustein eine Überlastung darstellte und die Teilnehmenden an einem Tag teilweise drei Fragebögen ausfüllen mussten. Für künftige Projekte könnte es daher sinnvoll sein, einzelne Bausteine monatlich bewerten zu lassen oder Online-Tools zu nutzen, die keine zusätzliche Belastung für die Teilnehmenden darstellen. Mithilfe des zweiten quantitativen Instrumentes, dem Post-Fragebogen, wurden spezifische Items abgefragt, die sich auf die Verbesserung sprachlicher, professioneller und formaler Ressourcen bezogen. Dabei wurde auf eine Prä-Post-Messung verzichtet, da es sich um ein Modellprojekt handelte, dessen Ziele nicht operationalisiert waren. Die Nutzung des Post-Fragebogens ermöglichte daher erstens eine Überprüfung der im Review identifizierten Outcome-Dimensionen und zweitens eine Abfrage spezifischer Aussagen, die eine kompakte Ergänzung zu den qualitativen Daten darstellte. Durch die qualitativen Daten wurde jedoch deutlich, dass Teilnehmende einerseits eine Veränderung der persönlichen Situation erlebten, die über die im Review identifizierten Dimensionen hinausreichten, andererseits aber auch ein Ausbleiben von Effekten oder gar negative Auswirkungen des Programmes möglich waren.

Generell lässt sich in Bezug auf das Mixed-Methods-Studiendesign und einen qualitativen Schwerpunkt bei der Evaluation sagen, dass ein umfassendes Bild über Prozess- und Outcomeelemente gewonnen werden konnte. Die Nutzung des Studiendesigns erforderte zwar hohe personelle und zeitliche Ressourcen, führte aber zur Exploration unbekannter Aspekte. In Bezug auf die qualitative

Fallserienbefragung gilt es zu reflektieren, dass die Fallserienbefragung über einen längeren Zeitraum ermöglichte, die Eindrücke der Teilnehmenden zeitnah zu erfassen und den Erinnerungs-Bias dadurch zu reduzieren. Hierbei fällt jedoch auf, dass keine zeitlichen Veränderungen durch die Fallserienbefragung deutlich wurden. Weniger als der zeitliche Aspekt schien das Vorhandensein von Hospitationsplätzen die Zufriedenheit und die Einschätzung der Teilnehmenden zu beeinflussen. Insgesamt gilt es, die Nützlichkeit qualitativer und quantitativer Methoden für die Programmevaluation mit der spezifischen Zielgruppe zu reflektieren. Obwohl die Ergebnisse vor dem Hintergrund von Selbsteinschätzung, Selbstentwicklung sowie Sprach- und Übersetzungsverzerrungen reflektiert werden müssen, lässt sich sagen, dass sich die quantitative Evaluation als hilfreich erwies, um spezifische Aspekte zu identifizieren und zusammenfassend zu verbalisieren. Die qualitative Evaluation ermöglichte es, tiefergehende Erfahrungsberichte der Teilnehmenden zu mehreren Zeitpunkten zu erfassen und so ein umfassendes Bild über hilfreiche Programmaspekte und Auswirkungen des Programmes zu generieren.

5.4.2 Gestaltung des Orientierungsprogrammes

Die Teilnehmenden hoben die Dreiteilung des Programmes und die Möglichkeit der Hospitation hervor. Entsprechend zeigten sich die Teilnehmenden, die einen Hospitationsplatz bekamen und mit diesem zufrieden waren, auch mit dem Gesamtprogramm zufrieden. Teilnehmende, die keinen Hospitationsplatz bekamen oder während ihrer Hospitation nicht adäquat betreut wurden, berichteten von Enttäuschung und Frustration. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Suche nach Hospitationsplätzen von der Praxisanleiterin als wesentliche Herausforderung dargestellt wurde und sowohl die Dozierenden als auch die Teilnehmenden vorschlugen, eindeutig festgelegte Ansprechpersonen während der Hospitationen zu haben. Dies verdeutlicht, dass ein praktischer Einsatz zwar hilfreich sein kann, aber ohne Supervision, Ansprechperson oder Einarbeitung nicht zielführend ist.

Die Zufriedenheit mit dem Fachsprachenunterricht und dem Interkulturellen Coaching war unter den Teilnehmenden hoch. Da der Erwerb der Fachsprache eine wesentliche Voraussetzung ist, um am Arbeitsmarkt partizipieren zu können, und Ärzt:innen für die Approbation eine Fachsprachprüfung ablegen oder gleichwertige Sprachkenntnisse nachweisen müssen [165], scheint es nicht verwunderlich, dass

die Teilnehmenden den Fachsprachenunterricht als wichtig erachteten. Auch die Adressierung interkultureller Aspekte schien wichtig für die Teilnehmenden zu sein. Dabei wurde jedoch die Relevanz einzelner Themen (so z.B. Konfliktlösung) infrage gestellt, da die Sitzungen keine neuen Inhalte bereitstellten und inhaltlich keinen Unterschied zu dem, was die Teilnehmenden in ihren Herkunftsländern erlernt und bereits erfolgreich erprobt hatten, darstellten. Positiv betonten die Teilnehmenden, dass die Rollenspiele hilfreich waren und sie so – in einem geschützten Raum – eigene Strategien im Umgang mit herausfordernden Situationen erproben konnten. Die Teilnehmenden konnten auch eigene Diskriminierungserfahrungen und Unsicherheiten ansprechen und voneinander lernen. Vor dem Hintergrund der Barrieren, die geflüchtete Personen erleben, kann es daher sinnvoll sein, geflüchtete Personen im Rahmen von Programmen in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken.¹³ Ein weiterer Einflussfaktor auf die Zufriedenheit der Teilnehmenden schien die Gruppenzusammensetzung zu sein. Die Teilnehmenden profitierten zwar vom Austausch innerhalb der Gruppe, was mit dem Ergebnis einer internationalen Studie einhergeht, dass berufsgruppenübergreifende Programme zur Akkulturation der Teilnehmenden beitragen können [24]. Dennoch kritisierten einige Teilnehmenden die heterogene Gruppenzusammensetzung in Bezug auf Sprachkenntnisse und Berufe. Teilnehmer:innen mit sehr guten Sprachkenntnissen profitierten nicht vom Deutschunterricht und langweilten sich. Teilnehmer:innen mit geringen Sprachkenntnissen dagegen konnten dem Unterricht nicht immer folgen. Zudem wurde kritisiert, dass das Programm, vor allem der Deutschunterricht und das Coaching, sich zu sehr auf klinisch-ärztliche Situationen fokussierte und nicht-ärztliche Professionen inhaltlich und sprachlich nicht berücksichtigt wurden. Teilnehmer:innen nicht-ärztlicher Berufe fühlten sich daher deplatziert und profitierten weniger vom Programm. Für die Entwicklung künftiger Programme kann es daher sinnvoll sein, das Curriculum im Hinblick auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Berufe zu reflektieren und Gruppen nach Sprachniveau zu unterteilen. Die Realisierbarkeit dessen hängt jedoch von den Ressourcen und der Verteilung der Berufsgruppen ab. Eine Differenzierung des Curriculums nach Professionen könnte daher auch mit längeren Wartezeiten für die Teilnahme verbunden sein [42] und somit eine weitere Barriere darstellen.

¹³ Die Bedeutung der Stärkung und des Empowerments werden in der zusammenfassenden Diskussion ausführlicher reflektiert.

Abschließend wurden zeitliche Aspekte bei der Gestaltung des Programmes adressiert, die die Teilnehmenden als herausfordernd empfanden. Die Länge und Dauer des Programmes wurden von den Teilnehmenden unterschiedlich bewertet. Teilnehmer:innen, die zufrieden mit dem Programm und ihrer Hospitation waren, wünschten sich eine längere Programmdauer. Teilnehmende, die keine Hospitation bekommen hatten oder nicht betreut wurden, schlugen eine Verkürzung des Programmes vor. Da es sich bei dem Programm um ein Orientierungsprogramm handelte, das – im Gegensatz zur Anpassungsqualifizierung – nicht zu einem anerkannten Abschluss führte, scheint eine kürzere Programmdauer angemessen zu sein. Dies deckt sich auch mit Empfehlungen der Europäischen Kommission, Programme nicht in die Länge zu ziehen, um den Eintritt in den Arbeitsmarkt nicht zu verzögern [14]. Weiterhin berichteten einige der Teilnehmenden, dass die Uhrzeiten des Interkulturellen Coachings mit den Uhrzeiten für das muslimische Freitagsgebet kollidierten. Die Teilnehmenden berichteten, dass die Teilnahme am Freitagsgebet zur Stressreduktion und ihrem Wohlbefinden beiträgt und sie zwischen der Teilnahme am Freitagsgebet und am Coaching abwägen mussten. Internationale Studien betonen, dass Religion eine „Quelle emotionaler und kognitiver Unterstützung“ [166] und eine Bewältigungsstrategie [167] sein kann. Vor dem Hintergrund, dass sowohl die Teilnehmenden als auch die Dozierenden von psychischen Belastungen aufgrund der persönlichen, beruflichen oder sozialen Situation der Geflüchteten berichteten, scheint es sinnvoll, Unterstützungssysteme bei der Gestaltung von Programmen mitzudenken.

5.4.3 Auswirkungen des Orientierungsprogrammes

Aussagen zu den Auswirkungen des Programmes müssen vor dem Hintergrund der methodischen Herausforderungen, die eingangs beschrieben wurden, reflektiert werden. Obwohl der quantitative Fragebogen lediglich Verbesserungen im sprachlichen, professionellen und formalen Bereich thematisierte, wurde durch die qualitative Studie deutlich, dass die Teilnehmenden auch von einer Veränderung der persönlichen Situation sowie andererseits von fehlenden/ausbleibenden oder negativen Auswirkungen berichteten. Die Teilnahme am Programm stellte eine Chance dar, um nicht zu Hause zu bleiben, was als belastend empfunden wurde. Da geflüchtete Personen einem restriktiven Zugang zum Arbeitsmarkt sowie zu Sprachkursen unterliegen (siehe Kapitel 2.4), erstaunt es wenig, dass solche

Angebote eine willkommene Abwechslung darstellen. Auffällig ist, dass einige Teilnehmende am Programm partizipierten, obwohl Fahrtkosten für sie eine Barriere darstellten. Dies verdeutlicht, wie wichtig die Teilnahme an arbeitsmarktfördernden Maßnahmen für einige der geflüchteten Personen sein kann. Daher sollte bei der Entwicklung und Implementierung von Programmen darauf geachtet werden, die Barrieren für die Teilnahme möglichst gering zu halten.

Die meisten der Teilnehmenden berichteten, dass sie ihre Sprachkenntnisse verbessern konnten. Auch Teilnehmende mit sehr guten Sprachkenntnissen profitierten teilweise (sprachlich) von der Hospitation und dem Kontakt zu Patient:innen und Mitarbeitenden. Eine Teilnehmerin führte das Bestehen der Fachsprachprüfung sogar auf die Teilnahme am Programm zurück. Auf Basis der Ergebnisse kann angenommen werden, dass eine gute Sprachkompetenz zum Selbstbewusstsein beiträgt und die Kombination von Unterricht und Praxis dies unterstützt. Die Teilnehmenden stimmten den Items „Ich habe weniger Angst, Deutsch zu sprechen“ und „Ich wurde ermutigt, wieder in meinem Beruf zu arbeiten“ am häufigsten zu. Die Reduktion von Angst sowie die Ermutigung auf dem Weg der beruflichen Integration scheinen für die Teilnehmenden wichtige Aspekte zu sein. Dabei schien das Gefühl der Angst wiederkehrend zu sein. Die Teilnehmenden berichteten schon vor Beginn des Programmes, dass sie Angst vor Diskriminierung und Zurückweisung hatten. Auch während und nach dem Programm beschrieben die Teilnehmenden ihre Ängste in Bezug auf ihre berufliche Situation. Dies verdeutlicht, dass die Reduktion von Angst ein wesentliches Ziel von Programmen sein muss, wie bereits in einer früheren Studie aufgezeigt wurde [24]. Im Rahmen dieses Programmes wurde das Interkulturelle Coaching entwickelt, um u.a. die Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden zu stärken. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Coaching auch als Raum genutzt wurde, um eigene Strategien im Umgang mit Herausforderungen zu entwickeln. Dabei wurde der Schwerpunkt im Coaching auf interkulturelle Aspekte gelegt und nicht explizit auf Inhalte und Methoden, die auf eine Stärkung des Selbstbewusstseins abzielen. Für künftige Programme kann es daher sinnvoll sein, Programmelemente zu integrieren, die auf eine Reduktion von Angst und eine Ermutigung der Teilnehmenden abzielen.

Die Ermutigung der Teilnehmenden wurde auch im Bereich formaler Kompetenzen abgefragt. Hier erzielte das Item „Ich wurde wieder ermutigt, in meinem Beruf zu arbeiten“ die höchste Zustimmung. Die Zustimmung zu den anderen Items in diesem Bereich war ambivalent. So stimmten die Teilnehmenden nur teilweise zu, dass sie durch die Programmteilnahme leichter einen Job finden würden. Die qualitativen Daten liefern mögliche Erklärungen für die Ambivalenz zu dieser Aussage. Einerseits berichteten die Teilnehmenden, dass die Programmteilnahme ihren Lebenslauf verbesserte und eine Hospitation am UKE für künftige Arbeitgeber:innen attraktiv aussehen würde. Andererseits hatten einige der Teilnehmenden noch keine Approbations- oder Abschlussprüfungen oder notwendige Sprachabschlüsse absolviert, sodass sie noch keine Einschätzung darüber geben konnten, inwiefern die Teilnahme am Programm zum Finden einer festen Anstellung hilfreich sein könnte. Im Bereich formaler Ressourcen wurde auch abgefragt, ob die Teilnehmenden Netzwerke aufbauen konnten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass einige der Teilnehmenden Lerngruppen etabliert und Kontakt gehalten hatten. Die Teilnehmenden berichteten jedoch nicht, Kontakt zu Mitarbeitenden ohne Fluchtgeschichte zu haben. Obwohl nicht explizit nach Kontakt zu Mitarbeitenden ohne Fluchtgeschichte gefragt wurde, kann dennoch angenommen werden, dass der Beziehungsaufbau zu diesen Mitarbeitenden erschwert ist. Diese Annahme wird in der zusammenfassenden Diskussion eingehender erörtert.

Abschließend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass auch keine oder negative Veränderungen bei den Teilnehmenden möglich sind, etwa Frustration, Enttäuschung und eine Schwächung des Selbstbewusstseins. Basierend auf den qualitativen Daten lassen sich die negativen Veränderungen darauf zurückführen, dass kein Hospitationsplatz gefunden werden konnte oder keine Betreuung während der Hospitation erfolgte. Diese negativen Veränderungen wurden auch drei Monate nach Programmende noch angesprochen. Um längerfristig wirksame Negativveränderungen zu vermeiden, ist es notwendig, diese bereits in der Gestaltungs- und Implementierungsphase von Programmen zu berücksichtigen. Die dafür erforderlichen Voraussetzungen werden in der folgenden zusammenfassenden Diskussion näher erörtert.

6 Zusammenfassende Diskussion

Anmerkung: Die folgende Diskussion wurde für die Monografie neu erarbeitet.

Das Thema Fluchtmigration ist in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte präsent. Dabei ist unumstritten, dass die berufliche Integration von geflüchteten Personen eine Kernaufgabe ist, um berufliche Partizipation zu ermöglichen und zu wirtschaftlicher Stabilität beizutragen. Bei dem Versuch, am Arbeitsmarkt zu partizipieren, sind geflüchtete Fachkräfte jedoch mit verschiedenen Barrieren konfrontiert – insbesondere im Kontext von Gesundheitsberufen [22, 28, 30-32, 42, 65, 66, 68-70, 73, 168]. Eine Strategie, diese Barrieren zu adressieren und geflüchtete Fachkräfte auf die Arbeit in Gesundheitsberufen vorzubereiten, ist die Implementierung von Förderprogrammen [14-16]. Das Ziel dieser kumulativen Dissertation war es daher, erstens einen Überblick zu internationalen Förder- und Orientierungsprogrammen und deren Wirksamkeit für die berufliche Integration zu geben. Zweitens sollte diese Dissertation zu einem besseren Verständnis der beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Personen in Gesundheitsberufe in Deutschland und der Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen in diesem Kontext beitragen. Drittens sollten im Rahmen der zusammenfassenden Diskussion mögliche Implikationen der Forschungsergebnisse für eine nachhaltige Integration vorgestellt und diskutiert werden. Bevor die Ergebnisse inhaltlich zusammenfassend diskutiert werden, wird eine Reflexion über Forschungslücken und methodische Herausforderungen (basierend auf Publikation 1, 2 und 3) vorangestellt. Daraufhin wird die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen diskutiert (Publikation 1 und 3). Daran schließt sich eine Diskussion über die identifizierten Barrieren und Bedarfe (Publikation 2 und 3) bei der beruflichen Integration an. Dabei steht die Frage im Vordergrund, inwiefern die identifizierten Barrieren (Publikation 2) durch die Inhalte von Programmen aufgegriffen und adressiert werden (können) (Publikation 1 und 3) oder im Sinne einer nachhaltigen Integration anderweitig adressiert werden müssen. Abschließend werden Überlegungen zur nachhaltigen Integration diskutiert, die der Frage nachgehen, wie strukturelle und institutionelle Barrieren bei der beruflichen Integration adressiert werden können.

Durch die Bearbeitung der einzelnen Studien, deren Ergebnisse in der zusammenfassenden Diskussion miteinander in Relation gesetzt und aufeinander bezogen wurden, ließen sich vier Spannungsfelder identifizieren, die für eine erfolgreiche berufliche Integration geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufe ausschlaggebend sind. Die Spannungsfelder sowie entsprechende Lösungsansätze sind in Kapitel 6.7 zusammengefasst und durch eine Abbildung dargestellt.

6.1 Lücken in Forschung und Programmen

Die Ergebnisse des systematischen Reviews weisen auf drei Defizite (*Original im engl. lack of*) bei der Erforschung von Programmen für geflüchtete Fachkräfte hin. Die ersten beiden sind inhaltlicher Natur, wohingegen das dritte methodischer Art ist, weshalb es in einem separaten, diesem Abschnitt folgenden Methodenteil gemeinsam mit weiteren methodischen Herausforderungen thematisiert wird. Es wurde erstens ein Mangel an Programmen für geflüchtete Fachkräfte, zweitens ein Mangel an Programmen, die berufsgruppenübergreifend gestaltet sind und drittens ein Mangel an systematisch evaluierten Programmen identifiziert. Im Folgenden werden diese Mängel benannt und Lösungsvorschläge diskutiert.

Der erste **Mangel an Programmen für geflüchtete Fachkräfte** kann darauf zurückgeführt werden, dass die jüngste im Review identifizierte Studie im Jahr 2016 veröffentlicht wurde. Da die Zahl der geflüchteten Personen von 2011 bis 2015 gestiegen ist [47] und zunächst humanitäre Aspekte der Flucht und Integration im Vordergrund standen, kann es sein, dass relevante Programme im Bereich der Arbeitsmarktintegration nicht erfasst wurden. Weiterhin ist es möglich, dass weitere Programme angeboten werden, sie jedoch durch einen starken Praxisbezug nicht evaluiert oder in grauer Literatur, bspw. im Rahmen von Projektberichten, evaluiert wurden und daher nicht in das Review einbezogen werden konnten. Darauf verweist Kapitel 2.6, in dem diverse unterschiedliche internationale und nationale Programme für geflüchtete Fachkräfte vorgestellt werden, die jedoch nicht von der systematischen Literaturrecherche erfasst wurden. In der internationalen Literatur gibt es Evidenzen dafür, dass geflüchtete Personen aufgrund der Fluchtbedingungen, der psychischen Belastungen der Flucht, der rechtlichen Restriktionen und ihres unsicheren Aufenthaltsstatus zu einer besonders vulnerablen Gruppe auf dem Arbeitsmarkt gehören [17]. Dies gilt vor allem für geflüchtete Frauen,

die im Vergleich zu geflüchteten Männern seltener in bezahlter Anstellung sind oder häufiger in schlechter bezahlten Berufen arbeiten [19]. Darüber hinaus beeinflussen weitere Faktoren, etwa das Alter, der Familienstand oder die Kinder, die Arbeitsmarktintegration [169]. Dieser Befund zeigt auf, dass bei der Implementierung von Programmen darauf geachtet werden sollte, geflüchtete Personen als Zielgruppe zu adressieren sowie fluchtspezifische Einflussfaktoren, etwa den Aufenthaltsstatus, psychische Belastungen oder psychosoziale Aspekte wie die Wohnsituation, mitzudenken, um die Barrieren für die Teilnahme gering zu halten.

Der zweite Mangel bezieht sich auf eine Knappheit **an berufsgruppenübergreifenden Programmen**. Es wurde deutlich, dass die meisten Programme an Ärzt:innen adressiert waren und es nur ein einziges berufsgruppenübergreifendes Programm gab. Die Ergebnisse eines internationalen Reviews weisen darauf hin, dass berufsgruppenübergreifende Programme förderlich für die Akkulturation sind [24]. Zudem betrifft der Fachkräftemangel nicht nur ärztliche Berufe, sondern auch andere Gesundheitsberufe [56]. Vor diesem Hintergrund scheint es notwendig, Programme auch für Angehörige anderer Gesundheitsberufe zu öffnen. Eine mögliche Ursache, Programme nicht berufsgruppenübergreifend anzubieten, könnte die daraus entstehende heterogene Gruppenzusammensetzung sein. In diesem Zusammenhang kann auf die Evaluationsstudie verwiesen werden. Die Teilnehmenden des Orientierungsprogrammes kritisierten die heterogene Gruppenzusammensetzung und Angehörige unterrepräsentierter Berufsgruppen (Medizinisch-technische-Assistent:innen, Psycholog:innen) fühlten sich vernachlässigt (siehe Kapitel 5.3.3). Für die Entwicklung und Implementierung künftiger Programme könnte es daher sinnvoll sein, interprofessionellen Austausch zu ermöglichen, aber die Inhalte im Unterrichtsteil auf spezifische Zielgruppen zu fokussieren.

6.2 Methodische Herausforderungen

Das dritte im Review identifizierte Defizit bezieht sich auf den **Mangel evaluierter Studien und die methodische Qualität der Evaluationen** der in der systematischen Literaturrecherche erfassten Studien. Das Risiko für einen Bias in Bezug auf die Stichprobe, die Selektion der Teilnehmer:innen und die Repräsentativität der Stichprobe, die mithilfe des MMAT bewertet wurde, war hoch.

Zudem wurden häufig selbst entwickelte Fragebögen eingesetzt. Entsprechend wurde die methodische Qualität der Studien als gering eingestuft. Auch hier scheint ein Bezug zur eigenen Evaluationsstudie naheliegend. Im Rahmen der Evaluationsstudie wurde deutlich, dass der Einsatz validierter Instrumente für innovative, heterogene und modellhafte Kontexte erschwert ist. Die Zielgruppe ist in Bezug auf Berufsgruppen und Sprachkompetenzen sehr heterogen und absolviert eine Hands-Off-Hospitalisation. Dadurch sind die über klassische Fragebögen messbaren Ergebnisse (z.B. berufliche Selbstwirksamkeit oder fachliche Kompetenz) nicht abzurufen. Dies kann ebenfalls eine Erklärung für den Einsatz selbstentwickelter Fragebögen in den meisten der im Review identifizierten Studien sein, die die methodische Qualität beeinflussten. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Nutzung quantitativer Methoden im Rahmen von Migrations- und Fluchtforschung mit zusätzlichen Barrieren verknüpft ist [170, 171]. So können sprachliche oder kulturelle Barrieren die Teilnahme an Studien erschweren. Weiterhin ist es möglich, dass geflüchtete Personen Angst davor haben, an Studien teilzunehmen, da sie aufgrund von Partizipation, oder aber auch aufgrund ihrer Nicht-Partizipation negative Konsequenzen, z.B. aufenthaltsrechtliche Folgen oder Leistungskürzungen, befürchten [171]. Für Forschungszwecke ist es daher notwendig, die Machbarkeit von quantitativen Studien mit der Zielgruppe zu erforschen [171] und in die Entwicklung zielgruppengerechter Instrumente zu investieren. Die meisten der bisher in der Forschung existierenden Studiendesigns fokussieren auf die sogenannte „WEIRD“-Zielgruppe (Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic) [172] während die Machbarkeit quantitativer Studien im Kontext von Flucht- und Migrationsforschung noch nicht ausreichend erprobt ist [171]. Darüber hinaus sollten für künftige Vorhaben ausreichend finanzielle Ressourcen für eine validierte Übersetzung von Fragebögen und Einwilligungserklärungen eingeplant werden und ggf. Dolmetschende bei der Besprechung der Erklärungen hinzugezogen werden [171]. Die Einbeziehung von Dolmetschenden kann auch für qualitative Interviewsituationen ratsam sein. Obwohl in der Interview- und der Evaluationsstudie nur geflüchtete Personen mit guten Sprachkenntnissen eingeschlossen wurden, zeigte sich eine große sprachliche Unsicherheit bei den geflüchteten Fachkräften in der Interviewsituation. Es kann angenommen werden, dass das Beschreiben komplexer Prozesse, Gefühle und Gedanken auf Deutsch daher noch schwerer für die Interviewten war und bestimmte Gedanken und Gefühle aufgrund der

Sprachbarrieren nicht geschildert wurden. Daher gilt es generell im Kontext der Fluchtforschung, forschungsethische Standards und methodische Zugänge kritisch zu beleuchten [45]. Weitere methodische Limitationen werden in Kapitel 6.6.2 erörtert.

6.3 Die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurden im Rahmen des systematischen Reviews in den eingeschlossenen Studien methodische Defizite deutlich. Daher können nur begrenzt Aussagen über die Wirksamkeit der Programme bzw. die Generalisierbarkeit der Ergebnisse getroffen werden. Dennoch konnten Veränderungen¹⁴ in drei Kompetenzbereichen festgestellt werden, die als Arbeitsgrundlage genutzt wurden. Dazu zählt erstens die Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen, zweitens die Verbesserung professioneller Kompetenzen und drittens die Verbesserung formaler Ressourcen, etwa dem Aufbau von Netzwerken. Auch die Ergebnisse der eigenen Evaluationsstudie zeigen eine (positive) Veränderung der sprachlichen, professionellen und formalen Kompetenzen. Sie zeigen jedoch andererseits auf, dass die Programmteilnahme die persönliche Situation der Teilnehmenden positiv veränderte, da sie einer fachlichen Beschäftigung nachgehen konnten. Bei einzelnen Teilnehmenden konnten jedoch auch negative Veränderungen, etwa eine Schwächung des Selbstbewusstseins, beobachtet werden. Im Folgenden werden die fünf in der Evaluationsstudie beobachteten Veränderungen (1) Veränderung der persönlichen Situation, (2) Veränderung professioneller Kompetenzen, (3) Veränderung sprachlicher Kompetenzen, (4) Veränderung formaler Ressourcen und (5) Negative Veränderungen und ihre Verschränkungen diskutiert. Aufgrund verschiedener methodischer Limitationen (z.B. dem Fehlen einer Kontrollgruppe und einer randomisierten Zuweisung sowie von vorab festgelegten Outcomes und psychometrisch überprüften Skalen), die in Kapitel 6.6.2 ausführlich dargelegt werden, wird in der zusammenfassenden Diskussion der Begriff „Veränderungen“

¹⁴ Im Kapitel 5 wurde durchgängig der Begriff „Auswirkungen“ genutzt, um eine möglichst präzise Übereinstimmung mit der auf Englisch veröffentlichten Teilstudie zu gewährleisten. In der zusammenfassenden Diskussion wurde jedoch bewusst der Begriff „Veränderung“ gewählt, da das Studiendesign der dritten Studie keine kausalen Interpretationen zulässt und nur begrenzt Aussagen über Effekte getroffen werden können.

genutzt, da keine kausale Interpretation der Ergebnisse möglich ist (siehe auch Fußnote 14).

Die Evaluationsstudie verdeutlichte, dass die **persönliche Situation** der geflüchteten Fachkräfte sich durch die Programmteilnahme veränderte, da sie einer (fachbezogenen) und sinnvollen Beschäftigung nachgehen konnten. Die Situation von geflüchteten Personen ist – abhängig vom ihrem Schutzstatus – von Restriktionen geprägt. Studien im Kontext der Arbeitsmarktintegration weisen darauf hin, dass der restriktive Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Sprachkursen die Arbeitsmarktintegration negativ beeinflusst, zu De-Professionalisierung führt [173] und den Integrationsprozess verlangsamt [174]. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es für geflüchtete Personen umso schwerer wird, ihren Beruf auszuüben, je mehr Zeit vergeht bis geflüchtete Personen wieder in ihrem erlernten Beruf arbeiten [72]. Insofern stellt sich im Kontext der beruflichen Integration die Frage, wie wirksam arbeitsmarktfördernde Maßnahmen für geflüchtete Personen sein können, wenn der Zugang zum Arbeitsmarkt restriktiv geregelt ist [12].

Die Verbesserungen im Bereich der **professionellen, sprachlichen und formalen Kompetenzen** wurden in der Evaluationsstudie mit dem Post-Fragebogen abgefragt. Dabei waren die Items zur Reduktion von Angst, zur Ermutigung im Beruf zu arbeiten sowie zur Stärkung von Selbstbewusstsein die mit der höchsten Zustimmung unter den Teilnehmenden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Reduktion von Angst, die Ermutigung und die Stärkung von Selbstbewusstsein bedeutsame Veränderungen für die geflüchteten Fachkräfte darstellten. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer anderen Studie, die hervorhebt, dass Programme stärker auf die Reduktion von Angst und die Stärkung von Selbstbewusstsein fokussieren sollten [24]. Bei der gemeinsamen Betrachtung aller Teilstudien scheint die **Reduktion von Angst** eine besondere Rolle zu spielen. Im Rahmen der Interview- und Evaluationsstudie wurde deutlich, dass die Teilnehmenden mit verschiedenen Ängsten konfrontiert sind. Sie berichteten davon, dass sie Angst vor Diskriminierung und Ablehnung am Arbeitsplatz hatten, dass ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichen würden oder dass sie ihren Beruf nicht wieder aufnehmen könnten. Dies belegt auch das zu Beginn der Arbeit angeführte Zitat von einem syrischen Arzt, der seine Angst artikuliert, in einem neuen Umfeld seinen Beruf auszuüben. Internationale Studien

weisen ebenfalls darauf hin, dass die Schwierigkeiten der beruflichen Integration einen Verlust der Kontrolle und eine empfundene Hilflosigkeit für geflüchtete Personen bedeuten [175]. In dem eingangs aufgeführten Zitat beschrieb der syrische Arzt aber auch, dass Hospitationen oder Projektteilnahmen dabei helfen können, diese Angst zu überwinden und selbstbewusst zu arbeiten. In diesem Zusammenhang wurde etwa das Interkulturelle Coaching, das auf die Stärkung der Teilnehmenden abzielt, von den Teilnehmenden als hilfreich empfunden.¹⁵ Vor dem Hintergrund der Barrieren, die geflüchtete Fachkräfte in ihrem Integrationsprozess erleben (siehe Interviewstudie) und den Ängsten, mit denen sie in diesem Kontext konfrontiert sind, scheint es daher notwendig, stärkende Angebote zu etablieren und die Ressourcen der Teilnehmenden hervorzuheben. Eine Möglichkeit dazu wäre es, die Qualifikationen der geflüchteten Fachkräfte im Rahmen der Programme herauszustellen und ihre Kompetenzen zu betonen. So könnte etwa die Mehrsprachigkeit der geflüchteten Personen betont werden und nicht die mangelnden Deutschkenntnisse. Auch die im Herkunftsland erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten könnten im Rahmen von Programmen stärker hervorgehoben werden. Dies könnte dazu beitragen, die Ent-Qualifizierung, die Ängste sowie die Frustration unter geflüchteten Fachkräften zu reduzieren, ihre Kompetenzen und Fähigkeiten sichtbar zu machen und damit ihre Handlungsfähigkeit zu stärken. Die Wirksamkeit von Programmen würde sich so auf das Wiederentdecken vorhandener Ressourcen fokussieren anstatt nur auf den Ausgleich fehlender Kompetenzen. Programme sollten daher auch stärker ressourcenorientiert statt lediglich defizitorientiert gestaltet sein.

¹⁵ Die Entwicklung und Evaluation des Interkulturellen Coachings wurde in einer separaten Publikation ausführlich dargestellt [176] und fließt in diese Arbeit nicht ein. Die Datenlage zur Wirksamkeit von Coachings ist sehr heterogen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich durch ein Coaching „ein hoher Zielerreichungsgrad und hohe Zufriedenheit der Klient/innen, eine Verringerung des negativen Befindens sowie Verbesserungen des allgemeinen Wohlbefindens oder der Lebenszufriedenheit und eine Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ [177] erzielen lassen kann. Auch im Rahmen von Interkulturellen Trainings wurden zwei Wirkmuster identifiziert. Im ersten Muster erwerben Klient:innen Wissen über Kulturstandards im Aufnahmeland und setzen diese erfolgreich in Konfliktsituationen ein. Im zweiten Muster setzt die Wirkung verspätet ein. Erst nach der Konfliktsituation greifen die Klient:innen auf ihr Wissen aus den Trainings zurück und ordnen so das Verhalten der Konfliktpartner:innen ein [178]. Da es sich bei dem im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Interkulturellen Coaching jedoch um ein innovatives Setting handelte, ist eine wissenschaftlich akkurate Vergleichbarkeit mit Ergebnissen aus Coaching-Kontexten oder interkulturellen Trainings nicht gewährleistet. Aus forschungsökonomischen Erwägungen wird daher an dieser Stelle auf weitere Ausführungen zum Coaching und zu vergleichbaren Ansätzen verzichtet.

Im Bereich der **formalen Ressourcen** (Definition siehe Kapitel 5.2.2) wurde deutlich, dass die Teilnehmenden des Orientierungsprogrammes (Evaluationsstudie) langfristig Netzwerke untereinander aufbauen konnten. Allerdings wurde nicht berichtet, dass Kontakte zu Mitarbeitenden oder Studierenden ohne Fluchtgeschichte aufgebaut wurden. Obwohl die Teilnehmenden angaben, mit den Studierenden im medizinischen Jahr gute Beziehungen gehabt zu haben, berichtete auch keiner der Teilnehmenden von langfristigen Kontakten zu diesen Studierenden. Studien im Kontext internationaler Studierender berichten, dass 31% der ausländischen Studierenden Schwierigkeiten im Kontakt- und Beziehungsaufbau zu nicht-zugewanderten Studierenden haben [179]. Die Teilnehmenden in der Interview- und Evaluationsstudie berichteten ebenfalls von einer distanzierten Beziehung zu Kolleg:innen. Es bleibt unklar, weshalb keine langfristigen Kontakte zustande kamen, obwohl Arbeitsplätze als Ort der Beziehungsfindung gelten [180]. Im Rahmen von sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz besteht die Notwendigkeit zu Integrationsfragen auch die Perspektive der Nicht-Zugewanderten mit einzubinden, die im Rahmen der spezifischen Fragestellung dieser Arbeit unberücksichtigt bleibt. In einem Arbeitspapier des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zeigen sich in den Alltagskontakten und Freundschaftsbeziehungen zwischen Migrant:innen und in dem Papier sog. Einheimischen „herkunftsland- und geschlechtsspezifische Muster der Ausstattung mit sozialem Kapital und der sozialen Integration“ [181]. So sind die Kontakte von Zuwander:innen aus Polen oder Italien mit sog. Einheimischen stärker als es bei Zuwander:innen aus der Türkei der Fall ist. In dem Papier werden jedoch keine Gründe für die Unterschiede genannt. Auch im Kontext von internationalen Medizin-Absolvent:innen wird die Notwendigkeit von Mentoren- und Peerprogrammen betont, um soziale Kontakte zu gewährleisten, allerdings gehen auch diese nicht spezifisch auf die Gründe für den mangelnden Kontaktaufbau zu Einheimischen ein [23, 24]. Für den spezifischen Kontext der Gesundheitsversorgung könnte es daher diverse Erklärungen geben. Neben den oben genannten herkunftsspezifischen Faktoren könnte es sein, dass der Beziehungsaufbau durch die Sprachbarrieren erschwert wird. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die geflüchteten Fachkräfte nur für eine kurze Zeit hospitieren und daher nicht als vollständiges Teammitglied wahrgenommen werden. Die allgemeine prekäre Beschäftigungssituation auf Station [153], die dazu führt, dass keine Zeit zum Kontakt- und/oder Beziehungsaufbau bleibt, könnte eine andere mögliche Erklärung

darstellen. Weiterhin ließe sich die distanzierte Beziehung aber auch dadurch erklären, dass nicht-zugewanderte Mitarbeitende zurückhaltend oder aufgrund negativer Einstellungen nicht gewillt sind, Beziehungen zu geflüchteten Personen aufzubauen. Dies wurde teilweise auch von den geflüchteten Fachkräften und Betreuer:innen in der Interviewstudie berichtet. Negative Einstellungen gegenüber geflüchteten Personen und Asylbewerber:innen werden in Deutschland immer stärker [182]. Daher ist es u.a. notwendig, eine diskriminierungskritische Kultur in Organisationen zu ermöglichen, um eine inklusive Arbeitsatmosphäre herzustellen, in der geflüchtete Fachkräfte sich willkommen fühlen und soziale Netzwerke aufbauen können. Dies wird besonders im Kontext von internationalen Medizin-Absolvent:innen [24] und für die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen gefordert [183]. Darüber hinaus belegen Studien einen positiven Einfluss des sozialen Kapitals auf die berufliche Integration von geflüchteten und zugewanderten Personen [184]. Dies gilt insbesondere für Mitarbeitende, die durch ihre Unterstützung den Integrationsprozess wesentlich beeinflussen können [184]. Dies wurde auch im Rahmen der Interview- und Evaluationsstudien deutlich, in der geflüchtete Fachkräfte davon berichteten, dass positives Feedback der Kolleg:innen als ermutigend empfunden wurde. Für die bessere (soziale) Anbindung von geflüchteten Fachkräften empfehlen Arbeitgeber:innenverbände [148] sowie internationale Studien [14, 16, 76] auch die Implementierung von Mentoring-Programmen, die nicht-zugewanderte Mitarbeitende entlasten könnten, aber eine Anbindung der geflüchteten Personen an die Arbeit gewährleisten. Die Evaluationsstudie hat verdeutlicht, dass Studierende im medizinischen Jahr eine hilfreiche Ressource für die Programm-Teilnehmenden waren. Im Rahmen von Mentoring- oder auch Tandemprogrammen könnten diese einbezogen werden. Geflüchtete oder zugewanderte Fachkräfte, die den Integrationsprozess bereits erfolgreich bewältigt haben, könnten ebenfalls als Mentor:innen hinzugezogen werden, da diese als Vorbilder gelten und am Arbeitsplatz eine wichtige Ressource sein können [185].

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie weisen darauf hin, dass **negative Veränderungen** möglich sind. Einzelne Teilnehmende, die keinen Hospitationsplatz bekamen oder während ihrer Hospitation nicht betreut wurden, wurden entmutigt und in ihrem Selbstbewusstsein geschwächt. Auch im Rahmen des Reviews wurde eine Studie identifiziert, die von einer Entmutigung der Teilnehmenden aufgrund

mangelnder interkultureller Kompetenz der Supervisor:innen berichtete [118]. Hier wird deutlich, dass Bildungsträger negative Veränderungen bei der Entwicklung und Implementierung von Programmen berücksichtigen sollten. Dabei gilt es, praktische Einsätze (1) strukturell vorzubereiten, (2) von ausgebildeten Anleiter:innen begleiten zu lassen und (3) die Mitarbeitenden interkulturell zu sensibilisieren, um negative Veränderungen zu antizipieren.

Die Ergebnisse des Reviews und der Evaluationsstudie haben deutlich gemacht, dass Förder- und Orientierungsprogramme, die die berufliche Integration von zugewanderten Fachkräften im Blick haben, das Ziel verfolgen, fehlende Qualifikationen (etwa Sprachkenntnisse oder Vertrautheit mit den Standards) auszugleichen. Damit wird eine defizitorientierte Perspektive eingenommen, die angesichts eines stark formalisierten Anerkennungsprozesses, hoch regulierter Standards in den Gesundheitsberufen, zur Sicherheit der Patient:innen und aus haftungsrechtlichen Gründen zielführend scheint. Vor dem Hintergrund der Barrieren, die geflüchtete Fachkräfte bei ihrem beruflichen Integrationsprozess erleben, muss die defizitorientierte Perspektive allerdings um eine ressourcenorientierte Perspektive ergänzt werden. Dabei könnten, wie im Kapitel 5.4.3 beschrieben, bestehende Ressourcen, etwa Sprachkenntnisse und Arbeitserfahrungen im Herkunftsland, herausgestellt werden, um geflüchtete Fachkräfte zu stärken. Ressourcenorientierte Ansätze im Kontext von Flucht werden bspw. in der Sozialen Arbeit häufig diskutiert: „Ein Ansatz, der auf die Ressourcen und Potenziale setzt, wird aber vor allem vermeiden, deren Werthaltungen und Lebensformen ausschließlich an den hierzulande vorherrschenden Lebensformen zu messen und ggf. zu diskreditieren“ [186]. Dementsprechend würde ein ressourcenorientierter Blick auf die Sprachkenntnisse sowie die Arbeitserfahrungen der geflüchteten Fachkräfte in ihren Herkunftsländern ihre zuvor erworbenen Qualifikationen würdigen und zumindest einen Teil der Erfahrungen auffangen, die sich aus der Konfrontation mit Barrieren ergeben haben.

6.4 Barrieren und Bedarfe im beruflichen Integrationsprozess

Die Ergebnisse der Interviewstudie haben aufgezeigt, dass die Zielgruppe der geflüchteten Fachkräfte sehr heterogen ist und ihre Erfahrungen stark von Arbeitgeber:innen und der Arbeitsatmosphäre abhängen. Es konnten neun zentrale

Themen identifiziert werden, die für den Integrationsprozess in Deutschland eine Rolle spielen und die teilweise im Rahmen von Förder- und Orientierungsprogrammen aufgegriffen werden könnten (für eine grafische Übersicht der Themen, siehe Kapitel 4.3).

Dazu zählen erstens die **Schwierigkeiten im Anerkennungsprozess**. Sowohl die geflüchteten Fachkräfte als auch die Betreuer:innen erlebten diverse Barrieren bei der Anerkennung der Berufe. Die Ergebnisse decken sich mit früheren Befunden aus der Literatur, die herausheben, dass rechtliche und formelle Barrieren den Integrationsprozess erschweren [12]. Dabei wird ein stark formalisierter – d.h. auf Zertifikate fokussierter – Anerkennungsprozess als besondere Hürde beschrieben [42]. Kritisiert wird daran, dass Fachlichkeit in Deutschland auf „Bildungsinput, Wissensbestände, bestandene Prüfungen und entsprechende Zertifikate“ fixiert und berufliche Handlungsfähigkeit damit losgelöst von institutionellen, politischen, sozialen oder kulturellen Kontexten betrachtet wird [42]. Die Schwierigkeiten beim Anerkennungsprozess verzögern den Eintritt in den Arbeitsmarkt [187] oder führen dazu, dass qualifizierte Geflüchtete im sekundären, oft unterbezahlten Arbeitsmarkt verbleiben [68] und damit Berufe ausüben, für die sie überqualifiziert sind. Die Ergebnisse des systematischen Reviews haben verdeutlicht, dass ein wesentlicher Teil der Programme Teilnehmende auf Anerkennungsprüfungen vorbereitete. Auch das am UKE implementierte Programm hatte das Ziel, die Anerkennung der Berufe zu unterstützen, und einzelne Teilnehmende des Programmes führten ihren Erfolg in den Fachsprachprüfungen auf die Teilnahme am Programm zurück. Dies verdeutlicht, dass Förder- und Orientierungsprogramme geflüchtete Fachkräfte dabei unterstützen können, anerkennungsrelevante Prüfungen erfolgreich zu absolvieren. Es ist daher sinnvoll, wenn Programme Fachsprach- und Kenntnisprüfungen simulieren, um gezielt auf diese vorzubereiten. Eine wesentliche Voraussetzung für das Bestehen der Prüfungen ist jedoch der Erwerb der Sprache.

Der **Erwerb der Sprache** wurde als zweite wesentliche Herausforderung in der Interviewstudie beschrieben, die sich sowohl in der Kommunikation mit Patient:innen als auch in der fachlichen Kommunikation mit Kolleg:innen niederschlägt. Um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten, Missverständnissen und/oder Behandlungsfehlern vorzubeugen, ist es auch im Interesse der Arbeitgeber:innen,

dass die geflüchteten Fachkräfte Fach- und Alltagssprache erwerben. Hier kann es sinnvoll sein, fachsprachliche Angebote zu ergänzen, die auch von den Arbeitgeber:innen unterstützt werden könnten. Die Ergebnisse des Reviews weisen darauf hin, dass Programmteilnahmen die sprachlichen Kompetenzen der zugewanderten Fachkräfte verbessern konnten. Im Hinblick auf die Sprache muss jedoch auch eine realistische Erwartung an die zugewanderten Personen eingeräumt werden: „Wer im Erwachsenenalter eingewandert ist, wird an seiner Performanz der deutschen Sprache erkennbar bleiben“ [42]. Um zu verhindern, dass Sprache zum Ausgrenzungsmerkmal wird, bedarf es nicht nur der individuellen Förderung der geflüchteten Fachkräfte im Hinblick auf ihre Sprachkenntnisse, sondern auch einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Thema Spracherwerb und einer realistischen Erwartungshaltung seitens der aufnehmenden Systeme.

Weiterhin wurde die **mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem** als dritte Herausforderung im Rahmen der Interviewstudie identifiziert. Auch die Ergebnisse des Reviews zeigen auf, dass neben dem Erwerb von Sprache Informationen zu Gesundheitssystemen in den meisten Programmen thematisiert werden. In dem am UKE implementierten Programm wurde inhaltlich im Rahmen des Interkulturellen Coachings auf Aspekte des Gesundheitssystems eingegangen. Schwerpunktmäßig sollten die geflüchteten Fachkräfte jedoch durch Hospitationen das Gesundheitssystem und bestimmte dem System inhärente Abläufe erlernen. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie haben aufgezeigt, dass einige der Teilnehmenden sich nach der Hospitation sicherer fühlten und sich eine Vertrautheit aufgebaut hatte. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass sowohl theoretische als auch praktische Elemente notwendig sind, die sowohl von Bildungsträger:innen als auch von Arbeitgeber:innen angeboten werden könnten.

Arbeitskulturelle Aspekte wurden in der Interviewstudie als vierte Herausforderung identifiziert. Es wurde deutlich, dass sowohl von Betreuenden als auch von geflüchteten Fachkräften eine Anpassung an eine bestehende Arbeitskultur, also an formelle und kulturelle Aspekte der Arbeit, gefordert wurde [12]. Dabei blieb jedoch unklar, wodurch sich diese Arbeitskultur definiert und inwiefern diese explizit ausgesprochen und erlernt werden kann. Allgemeine kulturelle Aspekte wurden in den im Review identifizierten Programmen aber ebenfalls häufig adressiert. Dabei

standen Reflexionen zu Unterschieden im Gesundheitswesen und im interpersonellen Umgang im Vordergrund. In dem in der Evaluationsstudie beschriebenen Programm wurde das Interkulturelle Coaching ebenfalls implementiert, um arbeits- und interkulturelle Aspekte zu thematisieren. Auch die Teilnehmenden des Coachings bewerteten dies als hilfreich. Insgesamt deutet sich daher an, dass sowohl von geflüchteten Fachkräften als auch von Bildungsträger:innen der Bedarf gesehen wird, arbeits- und interkulturelle Aspekte zu adressieren. Dabei besteht jedoch eine große Gefahr, Unterschiede, die personen- und kontextspezifisch sind oder sich aus einer unterschiedlichen betrieblichen Sozialisation ergeben, zu kulturalisieren. So wurde im Rahmen der Interviewstudie auch ersichtlich, dass manche situative Konflikte von Mitarbeitenden auf unterschiedliche kulturelle Werte zurückgeführt wurden. Geflüchtete Fachkräfte betonten jedoch, dass bestimmte Werte wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit universell seien und sie bei der Arbeit keine Unterschiede erlebten, mit denen sie nicht umgehen konnten. Auch bei der Bewertung des Interkulturellen Coachings wurde deutlich, dass manche Teilnehmenden die Relevanz der Themen kritisierten, da sie keine wesentlichen (arbeitskulturellen) Unterschiede im Umgang mit Mitarbeitenden sahen und entsprechend keinen Bedarf sahen, diese Themen zu adressieren. Bei der Adressierung arbeits- und interkultureller Aspekte im Rahmen von Förder- und Orientierungsprogrammen gilt es daher, achtsam und kritisch mit dem Kulturbegriff umzugehen. In diesem Kontext sollten Dozierende eine diskriminierungskritische Haltung entwickeln, um für die Teilnehmenden einen bewertungsfreien Raum zu schaffen, in dem Unsicherheiten angesprochen und reflektiert werden können und die Teilnehmenden keine (kulturalisierenden) Zuschreibungen erfahren [188].

Die **Kommunikation mit Patient:innen** sowie **Herausforderungen in Teams** wurden als fünfte und sechste Herausforderung in der Interviewstudie beschrieben. Beide Herausforderungen können nur bedingt durch Förder- und Orientierungsprogramme adressiert werden, da sie von (strukturellen) Gegebenheiten vor Ort abhängen. So etwa lassen die Ergebnisse die Annahme zu, dass die Einarbeitung von geflüchteten Fachkräften strukturell durch die

Einrichtungen organisiert werden sollte.¹⁶ Auch die Kommunikation mit Patient:innen findet direkt am Arbeitsplatz statt und Programme können das Verhalten der Patient:innen nicht verändern. Dennoch können Programme die kommunikativen Kompetenzen sowie Konfliktlösungsstrategien adressieren, die von den geflüchteten Fachkräften idealerweise am Arbeitsplatz angewendet werden können. In der Interviewstudie wurde deutlich, dass einige geflüchtete Fachkräfte sich aufgrund ihrer Sprachkompetenzen nicht trauten, an Diskussionen zu partizipieren, gegensätzliche Meinungen zu vertreten oder zu widersprechen. Durch Übungen oder Rollenspiele könnten geflüchtete Fachkräfte darin gestärkt werden, mit ihren vorhandenen Sprachkenntnissen selbstbewusst aufzutreten und eigene Lösungs- und Kommunikationsstrategien zu finden. Dies wurde auch positiv bei den Rollenspielen im Interkulturellen Coaching herausgestellt (Evaluationsstudie). Die Teilnehmenden konnten mögliche konflikthafte Situationen mit Patient:innen sowie Mitarbeitenden nachspielen und ein Gefühl für die eigene Handlungsfähigkeit entwickeln. Darüber hinaus ist es jedoch von zentraler Bedeutung, strukturelle Herausforderungen, etwa die Einarbeitung von geflüchteten Fachkräften vor Ort, zu adressieren. Im Abschnitt „Nachhaltige Integration“ (Kapitel 6.5) wird ausführlicher darauf eingegangen.

Emotionale Herausforderungen wurden als siebtes Thema in der Interviewstudie identifiziert. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus der Literatur, die verschiedene Barrieren und negative psychische Auswirkungen durch das Erleben dieser beschreiben (siehe Kapitel 2.4). Auch in der Interviewstudie und in der Evaluationsstudie wurden immer wieder Gefühle von Angst, Stress, Entmutigung sowie fehlendes Selbstbewusstsein beschrieben. Die Ergebnisse des systematischen Reviews haben bereits bestätigt, dass Programme stärker auf die Reduktion von Angst und Stress fokussieren sollten. Darüber hinaus scheint es wichtig, Empowerment-Angebote für geflüchtete Fachkräfte zu etablieren, um die Handlungsfähigkeit von geflüchteten Personen zu stärken. Dies gilt besonders für Menschen, die von Diskriminierung und Benachteiligung betroffen sind.

¹⁶ In diesem Zusammenhang kann auf das neue Onboarding-Modell der sog. „Portalstationen“ im UKE verwiesen werden, das eine gezielte Unterstützung von ausländischen Fachkräften vorsieht. Das Ziel ist es, eine berufliche, fachliche und sprachliche Akkulturation zu ermöglichen. Eine Publikation dazu liegt bislang nicht vor.

Mehrfache **Diskriminierung** von geflüchteten Fachkräften durch Mitarbeitende, Vorgesetzte und Patient:innen wurde als achte Herausforderung am Arbeitsplatz identifiziert. Im Abschnitt „Nachhaltige Integration“ (Kapitel 6.5) werden strukturelle und institutionelle Implikationen diesbezüglich tiefergehend diskutiert. Im Rahmen von Programmen können Empowerment-Angebote für geflüchtete Fachkräfte eine Möglichkeit sein, eigene Ressourcen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Diskriminierung zu entdecken. Darüber hinaus können Wissen und Strategien zum Umgang mit Diskriminierung vermittelt werden, etwa, indem auf das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz und Anti-Diskriminierungs-Beratungsstellen verwiesen wird.

Abschließend kann es auch sinnvoll sein, geflüchtete Fachkräfte über Grund- und Arbeitsrechte zu informieren, um Ausbeutung zu verhindern. Denn fachliche und finanzielle **Ausbeutung** wurde als neunte Herausforderung beschrieben. Die notwendigen strukturellen und institutionellen Veränderungen, die dieses Ergebnis impliziert, werden im Abschnitt „Nachhaltige Integration“ (Kapitel 6.5) weiter erörtert. Weitergehende Forschung in den genannten Bereichen ist notwendig, um tieferegehende Analysen zu ermöglichen.

Im Umgang mit den beschriebenen Herausforderungen hatten alle geflüchteten Fachkräfte individuelle Strategien entwickelt. Daraus lässt sich schließen, dass es hilfreich ist, Unterstützungsangebote zu etablieren und geflüchtete Personen im Umgang mit Herausforderungen zu stärken. Wie bereits deutlich geworden ist, können strukturelle und institutionelle Defizite nicht (ausschließlich) durch eine individuelle Reaktion von geflüchteten Fachkräften ausgeglichen und im Rahmen von Förder- und Orientierungsprogrammen adressiert werden. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, strukturelle und institutionelle Barrieren als wesentliche Einflussfaktoren für die berufliche Integration mitzudenken.

6.5 Nachhaltige Integration von geflüchteten Fachkräften

Alle im Rahmen der Dissertation durchgeführten Studien weisen darauf hin, dass die individuelle Förderung von geflüchteten Fachkräften zielführend sein und mithilfe von Förder- und Orientierungsprogrammen adressiert werden kann. Gleichzeitig weisen alle Studien auch darauf hin, dass externe, strukturelle und institutionelle Faktoren

die Arbeitsmarktintegration beeinflussen und politisch sowie innerhalb von Organisationen adressiert werden sollten, um eine nachhaltige Integration, im Sinne der vorab definierten Prozesskette (siehe Kapitel 1.5), zu gewährleisten. Dies deckt sich mit arbeitsmarktpolitischen Analysen, die darauf hinweisen, dass neben individuellen Startbedingungen und Förderprogrammen die Strukturen in den Ankunftskontexten einen Einfluss auf die Arbeitsmarktintegration haben [189]. Dabei wurden in dieser Arbeit drei Bereiche identifiziert, die von besonderer Relevanz sind: die Einarbeitung und die Anbindung geflüchteter Fachkräfte an das Team, Diskriminierung und Ausbeutung.

Die Ergebnisse der Interview- und Evaluationsstudie haben verdeutlicht, dass die **Einarbeitung** geflüchteter Fachkräfte als defizitär wahrgenommen wurde. (Mangelnde) Einarbeitungsbereitschaft, (mangelnde) Ressourcen zur Einarbeitung sowie ein distanzierteres Verhältnis zu den Mitarbeitenden wurden als wesentliche Herausforderungen des beruflichen Integrationsprozesses herausgestellt. Die mangelnde Einarbeitungsbereitschaft durch Mitarbeitende führte teilweise sogar zu negativen Veränderungen bei geflüchteten Fachkräften in der Evaluationsstudie. Auch die Praxisanleiterin im Programm berichtete von der Schwierigkeit, Hospitationsplätze und Ansprechpersonen zu finden. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche haben weiterhin aufgezeigt, dass zugewanderte Fachkräfte durch mangelnde interkulturelle Kompetenz der Supervisor:innen entmutigt wurden. Dies verdeutlicht, dass innerhalb der Organisationen und innerhalb der Teams Mitarbeitende interkulturell sensibilisiert werden sollten, um eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen, in der sich Zugewanderte wertgeschätzt fühlen und ermutigt werden. Weiterhin ist zu empfehlen, Hospitationen strukturell vorzubereiten und Strukturen zur Einarbeitung und Anleitung von geflüchteten Fachkräften zu schaffen. So könnte die hohe Auslastung auf Station, etwa durch die Einarbeitung von Auszubildenden und Studierenden, ausgeglichen und Konkurrenzsituationen zwischen den einzuarbeitenden Gruppen entgegengewirkt werden. Zudem könnten Mentor:innenprogramme etabliert werden, um Netzwerke zu stärken und den Kontakt zur Mitarbeitenden ohne Fluchtgeschichte aufzubauen. In diesem Kontext ist die Rolle von Peers besonders hervorzuheben. Peers können Kolleg:innen sein, die ebenfalls zugewandert sind und bereits aktiv am Arbeitsmarkt partizipieren. So

könnte nicht nur das soziale Netz der geflüchteten Fachkräfte gestärkt, sondern auch das Wohlbefinden gesteigert werden [185].

Im Rahmen der Interviewstudie berichteten geflüchtete Fachkräfte von **Diskriminierungserfahrungen**, sowohl durch Patient:innen und Mitarbeitende als auch durch Vorgesetzte. Diskriminierung beeinflusst nicht nur die Motivation und die Arbeitszufriedenheit von geflüchteten Personen, sondern hat auch psychische Auswirkungen und kann zu einem Arbeitsplatzwechsel führen [150]. Neben dem Empowerment und der Stärkung von geflüchteten Fachkräften im Umgang mit Diskriminierung ist es daher notwendig, dass sich Organisationen institutionell zur Vielfalt unter Mitarbeitenden bekennen und Maßnahmen zur Stärkung der Vielfalt und zum Abbau von Diskriminierung und Benachteiligung implementieren. Diese Maßnahmen stehen im Einklang mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und Empfehlungen der Bundesregierung für ein kultursensibles Krankenhaus [190]. So könnten bspw. Anti-Diskriminierungsbeauftragte ernannt und transparente Beschwerdesysteme etabliert werden [151], was insgesamt zu einer inklusiven und gesünderen Arbeitsatmosphäre beitragen könnte. Studien belegen, dass die Wahrnehmung eines Klimas der Diversität die Arbeitseinstellung von Mitarbeitenden beeinflusst, ihr Engagement steigert und die Fluktuation senkt [191]. Diese Effekte können sogar noch stärker bei Migrant:innen beobachtet werden [192]. Ferner gilt es, (intersektionale) Diskriminierung im Gesundheitswesen weiter zu erforschen und so dazu beizutragen, Forschungslücken in diesem Bereich zu schließen.

Weiterhin ist auf Basis der Ergebnisse zu empfehlen, zugewanderte Mitarbeitende über ihre Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer:innen aufzuklären, um **Ausbeutung** zu verhindern. Die von den Befragten in der Interviewstudie beschriebenen Erfahrungen im Bereich der fachlichen und finanziellen Ausbeutung decken sich mit den von der Internationalen Arbeitsorganisation beschriebenen prekären Beschäftigungsverhältnissen, von denen besonders geflüchtete Personen betroffen sind [6]. Weitere Forschung in diesem Kontext ist notwendig, um herauszufinden, ob es sich um punktuelle oder flächendeckende Missstände handelt. In jedem Fall sollten Organisationen die Einhaltung von Mindeststandards und die Einarbeitung und Anstellung unter inländisch-vergleichbaren Bedingungen gewährleisten.

6.6 Methodische Bewertung

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse werden im Folgenden Stärken und Limitationen der durchgeführten Studien reflektiert.

6.6.1 Stärken

Die vorliegende, kumulativ ausgerichtete Dissertation bietet einen Einblick in die beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften und ihrer Integration in Gesundheitsberufe in Deutschland. Sie beleuchtet damit eine spezifische, unterrepräsentierte Subgruppe unter Migrant:innen in einem spezifischen Berufsfeld. Zu den wesentlichen Stärken dieser Arbeit gehört die Perspektiven- und Methodenvielfalt. Neben einer systematischen Literaturrecherche wurden qualitative und quantitative Methoden eingesetzt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte unter Berücksichtigung der PRISMA-Checkliste und des PICOS-Frameworks. Es wurden umfassende Suchstrategien entwickelt, mit welchen in interdisziplinären Datenbanken gesucht wurde. Aus einer Vielzahl von Studien wurden mithilfe von vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien relevante Studien identifiziert, wobei sowohl quantitative und qualitative als auch Mixed-Methods-Studien eingeschlossen wurden. Die Qualität der Studien wurde mit validierten Instrumenten eingeschätzt und von mehreren Autor:innen unabhängig voneinander bewertet. Im Rahmen einer Interviewstudie wurden geflüchtete Fachkräfte und Betreuende bundesweit qualitativ zu ihren Erfahrungen im beruflichen Kontext befragt. Dabei eignete sich ein qualitativer Forschungsansatz, um erste Erkenntnisse zu den Erfahrungen zu explorieren. Die Entwicklung des Leitfadens und die Analyse der Interviews folgten dabei systematischen Verfahren und Standards der qualitativen Forschung. Die Daten wurden von mehreren Codierer:innen codiert und zum Zweck der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit in einem interdisziplinären Kolloquium vorgestellt. Die Aufbereitung der Daten erfolgte in Anlehnung an die COREQ-Checkliste. Eine wesentliche Stärke des qualitativen Ansatzes ist es, in der Forschung unterrepräsentierten Gruppen zu ermöglichen, zu Wort zu kommen. Dabei wurden zentrale Themen sowohl aus Sicht der geflüchteten Fachkräfte als auch der Betreuer:innen identifiziert, die die Basis für weitere Forschungen bilden können.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurde ein multi-methodaler Ansatz genutzt, um alle Teilnehmenden in die Evaluation einzuschließen und trotz zahlreicher Barrieren eine niedrighschwellige Teilhabe an der Evaluation zu ermöglichen. Mithilfe eines qualitativen Fallserienkonzeptes konnten detaillierte Schilderungen zu den Erfahrungen der Teilnehmenden zu mehreren Zeitpunkten generiert werden. Die Anzahl der Interviews und die Stichprobengröße fallen dabei deutlich umfangreicher aus als in vergleichbaren Studien [100, 193]. Die Abfrage von spezifischen Items in den Fragebögen ergänzten diese Studien und ermöglichten, dezidierte und beschreibbare Aussagen zu den Verbesserungsdimensionen zu treffen. Langfristige Veränderungen konnten durch die Follow-Up-Erhebung erfasst werden. Insgesamt handelt es sich bei der Studie um die erste den Autor:innen bekannte Studie in Deutschland, die aus einer interdisziplinären Perspektive die beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufe fokussiert und die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen in diesem Kontext evaluiert.

6.6.2 Limitationen

Die vorliegende Dissertation unterliegt einigen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Im systematischen Review wurden nur Studien auf Deutsch und Englisch einbezogen. Daher überwogen Studien, die in Ländern des Globalen Nordens durchgeführt wurden, obwohl die meisten geflüchteten Personen in Ländern des Globalen Südens leben [194]. Weiterhin wurden in dem Review nur wissenschaftliche Studien eingeschlossen, die in elektronischen Datenbanken gelistet sind. Berichte von privaten, zivilgesellschaftlichen oder staatlichen Initiativen, die häufig Programme anbieten, wurden nicht in diese Studie eingeschlossen. Zudem muss die geringe methodische Qualität der im Review eingeschlossenen Studien bei der Berücksichtigung der Ergebnisse und der Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit der Programme berücksichtigt werden. Weiterhin wurden auch Studien in das Review einbezogen, die sich auf zugewandertes Personal insgesamt fokussierten, obwohl geflüchtete Personen andere Migrations- und Ankunfts Kontexte erleben als Menschen, die nicht unter Fluchtbedingungen in die Bundesrepublik einwandern. Abschließend konnte das Review nicht in gesundheitsbezogenen Online-Datenbanken, wie PROSPERO, registriert werden, da das Thema des Reviews von den Datenbanken nicht als gesundheitsrelevant eingestuft wurde.

In der Interviewstudie wurde der Schwerpunkt nur auf die arbeitsalltäglichen Erfahrungen der geflüchteten Fachkräfte gelegt. Fluchtspezifische Einflussfaktoren, etwa der Aufenthaltsstatus, psychische Belastungen oder familiäre Kontexte, die die berufliche Integration maßgeblich beeinflussen können, wurden nicht erfragt. Daher lassen sich aus den Ergebnissen weder Schlussfolgerungen für fluchtspezifische Integrationserfahrungen noch für andere Subgruppen schließen. Frühere Studien weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass geflüchtete Personen aufgrund der (unerwarteten) Flucht ihr Humankapital nicht ganz ausschöpfen können und diese Situation sich durch die rechtlichen Restriktionen in den Aufnahmeländern verstärkt [195]. Künftige Forschung könnte hier ansetzen und diese Arbeit mit einem theoretischen Unterbau ergänzen, der die sozialen Kapitalformen der geflüchteten Fachkräfte im Kontext der beruflichen Integration untersucht. Zudem weisen Studien darauf hin, dass geflüchtete Frauen seltener erwerbstätig sind und ein höheres Maß an Barrieren erleben [19, 27]. Künftige Forschung könnte daher Risikofaktoren stärker in den Blick nehmen und sich bspw. aus einer intersektionalen Perspektive den beruflichen Integrationserfahrungen von marginalisierten Personen nähern. Ferner könnten Studien die Bedeutung der Selbstwirksamkeit, des Selbstbewusstseins und der Ermutigung von geflüchteten Personen näher untersuchen, da diese Gefühle immer wieder auftauchen und für die berufliche Integration relevant zu sein scheinen. Die Aussagekraft der Studie wird zudem dadurch limitiert, dass sich die Ergebnisse der qualitativen Studien aufgrund einer selektiven Stichprobe nicht generalisieren lassen. Außerdem kann eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund von Sprachbarrieren nicht ausgeschlossen werden. Auch die selbstentwickelten Fragebögen, die nicht psychometrisch getestet werden konnten, begrenzen die Reichweite der möglichen Aussagen zu den Auswirkungen des Programmes. Um die Ergebnisse adäquat vergleichen zu können, fehlte eine Kontroll- oder Vergleichsgruppe mit randomisiert zugewiesenen Teilnehmenden. Überdies fand keine Prä-Post-Messung statt und es fehlte ein definiertes primäres Outcome, das aufgrund des explorativen Designs nicht vorab festgelegt werden konnte. Die Machbarkeit von quantitativen Studien im Kontext der Zielgruppe und eines Modellprojektes sowie die Nützlichkeit von Mixed-Methods-Studien, die im Rahmen dieser Studie nicht erschöpfend diskutiert werden konnten, sind daher für künftige Forschung von Relevanz.

6.7 Schlussfolgerung und Ausblick

Die berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften stellt eine arbeitsmarktpolitische Kernaufgabe dar, die entscheidend für die Zukunft des Gesundheitswesens sein wird. Förder- und Orientierungsprogramme dienen in diesem Kontext als arbeitsmarktfördernde Maßnahmen, die die individuellen Kompetenzen der zugewanderten Fachkräfte stärken können. Die vorliegende Dissertation liefert Einblicke in die Situation geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufe und der Potenziale von Förder- und Orientierungsprogrammen mit dem Ziel der Stärkung geflüchteter Fachkräfte.

6.7.1 Praxisrelevante Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lassen sich aus dieser Arbeit vier Spannungsfelder identifizieren, die für Forscher:innen und Praktiker:innen bei der beruflichen Integration von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufe relevant sind: (1) die individuelle Ebene, (2) die Teamebene, (3) die Organisationsebene und (4) die gesellschaftliche Ebene. Sie stehen in einem reziproken Verhältnis zueinander und sollten für eine erfolgreiche berufliche Integration zusammen gedacht werden. Abbildung 8 stellt die wichtigsten Aspekte der jeweiligen Ebenen und mögliche Lösungsansätze dar, die im Folgenden expliziert werden.

Integration geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufe Spannungsfelder und Lösungsansätze



Abb. 8: Spannungsfelder und Lösungsansätze bei der Integration geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufe (eigene Darstellung).

Individuelle Ebene

Der Erwerb der Sprache ist eine zentrale Voraussetzung, um am Arbeitsmarkt partizipieren zu können. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen den Schluss zu, dass Programme eine Verbesserung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen ermöglichen. Zudem kann die Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem gesteigert werden. In der internationalen Literatur finden sich zudem Hinweise, dass Programme bei der erfolgreichen Anerkennung bzw. Prüfung der Qualifikationen unterstützen können. Es hat sich jedoch auch herausgestellt, dass die meisten Programme darauf abzielen, die individuelle Qualifikation der Teilnehmenden an das jeweilige Aufnahmeland anzupassen, und sie somit einen defizitorientierten Blick auf die Kompetenzen der Teilnehmenden einnehmen. Das stellt ein Problem dar, zeigen doch die Ergebnisse der Arbeit und vorangegangener Reviews, dass Programme stärker auf die Stärkung der Teilnehmenden, die Förderung des Selbstbewusstseins, die Reduktion von Angst und den Gewinn von Mut fokussieren sollten, um den wiederkehrenden Gefühlen von Angst, Entmutigung, Unsicherheit und Entwertung entgegenzuwirken. Dazu könnte es hilfreich sein, geflüchtete Fachkräfte im Umgang mit schwierigen Situationen zu stärken und Empowerment-Angebote zur Verfügung zu stellen.

Teamebene

Eine erfolgreiche berufliche Integration hängt maßgeblich von der Arbeitsplatzintegration und der Partizipation im Team ab. Die Einarbeitung geflüchteter Fachkräfte stellt eine wesentliche Herausforderung bei der Integration dar, da diese zeit- und personalintensiv ist. Sie sollte deshalb strukturell vorbereitet werden. So könnten Einarbeitungskonzepte entwickelt werden, die etwa die personelle Ausstattung, den Ablauf der Einarbeitung und die Zielkriterien festlegen. Darüber hinaus ist es wichtig, Mitarbeitende für die Zusammenarbeit zu sensibilisieren, etwa arbeitskulturelle Aspekte zu reflektieren und zu kommunizieren, sowie Maßnahmen zum Teambuilding anzubieten, um eine soziale Bindung zwischen zugewanderten und nicht-zugewanderten Fachkräften zu fördern. Zu diesem Zweck könnten auch Mentoring- und Tandemprogramme unterstützend implementiert werden. Daran anknüpfend gilt es, formale Netzwerke von geflüchteten Fachkräften zu stärken, um deren soziale Teilhabe und Beziehungen zu begünstigen und so ihr soziales Kapital zu erhöhen.

Organisationale Ebene

Eine erfolgreiche Arbeitsplatzintegration hängt einerseits von der Vorbereitung auf die Arbeit im Gesundheitswesen ab, andererseits von der Unternehmenskultur. Daher sind auf der organisationalen Ebene sowohl Bildungsträger:innen als auch die Organisationen in der Verantwortung, die Integration von geflüchteten Fachkräften zu unterstützen. Die Ergebnisse des Reviews haben aufgezeigt, dass es keine systematisch evaluierten, berufsgruppenübergreifenden Programme für die Zielgruppe der geflüchteten Fachkräfte gibt. Im Sinne einer langfristigen und nachhaltigen Integration ist es daher ratsam für Bildungsträger:innen, berufsgruppen- und fluchtspezifische Barrieren bei der Entwicklung von Angeboten zu berücksichtigen und diese zu evaluieren. Darüber hinaus sollten negative Veränderungspotenziale von Programmen antizipiert und in ihrer Wirkung stärker ressourcenorientiert und empowernd aufgebaut sein. Die Diskriminierung und Ausbeutung von geflüchteten Fachkräften stellen eine weitere Herausforderung bei der beruflichen Integration dar. Organisationen bzw. Krankenhäuser sollten sich daher um eine vorurteilsbewusste und rassismuskritische Unternehmenskultur und Entwicklung bemühen, um negative Folgen für Mitarbeitende, aber auch für das Unternehmen zu vermeiden. Darüber hinaus stehen Organisationen in der

Verantwortung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse zu beseitigen, um Ausbeutung von vulnerablen Gruppen zu verhindern. Eine diskriminierungskritische Öffnung von Unternehmen ist daher notwendig, um eine nachhaltige Integration zu gewährleisten.

Gesellschaftliche Ebene

Abschließend ist die erfolgreiche berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften von diversen soziopolitischen und gesellschaftlichen Faktoren abhängig. So stellt der Anerkennungsprozess immer noch eine Herausforderung dar, ebenso wie rechtliche Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt. Darüber hinaus können psychosoziale Faktoren, etwa die (beengte) Wohnsituation, der unsichere Aufenthaltsstatus oder flucht- und traumabedingte psychische Erkrankungen und ein eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen die berufliche Integration von geflüchteten Fachkräften beeinflussen. Diese soziopolitischen und gesellschaftlichen Faktoren gilt es zu adressieren, um eine barriereärmere berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

6.7.2 Forschungsrelevante Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der internationalen Literatur, wissenschaftlicher Diskurse zur Fluchtforschung, methodischer Herausforderungen und der Ergebnisse dieser Dissertation lassen sich folgende Themenfelder für die künftige Forschung der beruflichen Integration von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen ausmachen:

- **(Er-)Forschung einzelner Teilbereiche:** Die beruflichen Erfahrungen der geflüchteten Fachkräfte sind sehr heterogen und beinhalten u.a. individuelle, strukturelle und institutionelle Herausforderungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es (punktuell) zu arbeitsrechtlichen Verstößen kommt und strukturelle und institutionelle Barrieren die Integration erschweren. Diese Arbeit liefert einen ersten Überblick über diese Bereiche. Weitere und eingehendere Forschung in diesem Kontext ist notwendig, um die Herausforderungen in den einzelnen Bereichen und die Auswirkungen der Herausforderungen auf die persönliche und berufliche Situation der geflüchteten Fachkräfte besser zu verstehen.

- **Bearbeitung von Forschungslücken:** Die Ergebnisse weisen auf zwei Forschungslücken hin: Zum einen gibt es (international) kaum systematisch evaluierte Programme für geflüchtete Fachkräfte in spezifischen Berufen. Zum anderen gibt es kaum Studien zu den Erfahrungen geflüchteter Fachkräfte in Gesundheitsberufen, insbesondere nicht unter Berücksichtigung fluchtspezifischer Faktoren. Bei der Bearbeitung der Forschungslücken kann es sinnvoll sein, methodische Herausforderungen, etwa die Machbarkeit quantitativer Studien und Zugangs- und Teilnahmebarrieren für qualitative Studien, mitzudenken. Beide Faktoren spielten auch in der Durchführung der Forschung für diese Dissertation eine wesentliche Rolle und könnten durch weitere (Grundlagen-)Forschung bearbeitet werden.
- **Sozialwissenschaftliche und theoriegeleitete Forschung:** Diese Arbeit reiht sich in eine Tradition praxisorientierter Forschung ein. Mehr Grundlagenforschung sowie die Weiterentwicklung theoriegeleiteter Modelle, so etwa die Übertragung der Kapitalformen von Bourdieu in aktueller Rezeption, könnten hilfreich sein, um empirische Ansätze in ein solides Theoriegerüst einzubetten und somit kritisch zu überprüfen.
- **Transfer des Forschungsdesigns auf andere Felder:** Das vorliegende Forschungsdesign kann als Grundlage dienen, um weitere Themenfelder in ähnlicher Weise zu untersuchen. Das gilt etwa für die Situation von hochqualifizierten Fachkräften oder der Situation von Lehrer:innen. Darüber hinaus ist es möglich, die beruflichen Integrationsprozesse von besonders benachteiligten Gruppen, etwa von geflüchteten Frauen, spezifisch herauszuarbeiten. Auch der Einfluss sozialer und ökonomischer Faktoren, etwa dem Wohnort oder der Gehaltsstrukturen, spielt bei der Erforschung des Themas eine wesentliche Rolle. Das Forschungsdesign müsste dem Erkenntnisinteresse entsprechend adaptiert werden.

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AZR	Ausländerzentralregister
BA	Früher: Bundesanstalt für Arbeit Heute: Bundesagentur für Arbeit
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMA	British Medical Association
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
CCAI	Cross-Cultural Adaptability Inventory
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
ESF	Europäischer Sozialfonds
EU	Europäische Union
GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen
GPS	Gesamtprogramm Sprache
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IdA	Integration durch Austausch
ILO	International Labour Organization
IMIRA	Akronym für Improving Health Monitoring in Migrant Populations
IMRAD	Akronym für Introduction, Methods, Results, and Discussion
IOM	International Organization for Migration
IP	Interviewpartner:innen
IQ-Netzwerk	Integration durch Qualifizierung - Netzwerk
IsA	Integration statt Ausgrenzung
ITER	In-Training Evaluation Report
IvaF	Integration von Asylbewerberinnen, Asylbewerbern Flüchtlingen
Mesh	Medical Subject Headings
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MSF	Multisource Feedback
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSCE	Objective structured clinical examination
PICOS	Akronym für population, intervention, comparison, outcomes, study

	design
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	Akronym für International Prospective Register of Systematic Reviews
RHP	Refugee health professionals
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SPSS	Akronym für Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren,
TRAPD	Akronym für Translation, Review, Adjudication, Pre-testing and Documentation
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Ziele und Fragestellungen der Studie 1 (eigene Darstellung)
Tab. 2:	Ziele und Fragestellungen der Studie 2 (eigene Darstellung)
Tab. 3:	Ziele und Fragestellungen der Studie 3 (eigene Darstellung)
Tab. 4:	Beschreibung des Samples [4]
Tab. 5:	Übersicht der Herausforderungen bei dem beruflichen Integrationsprozess [4]
Tab. 6:	Demografische Angaben der Kohorten der Studie 3 [5]
Tab. 7:	Ergebnisse der Studie 3 [5]
Tab. 8:	Ergebnisse des Post-Fragebogens der Studie 3 [5]

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Synonyme systematisches Review (eigene Darstellung)
Abb. 2:	Tabellarische Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien [3]
Abb. 3:	PRISMA Diagramm [3]
Abb. 4:	Allgemeiner Ablauf einer Inhaltsanalyse nach Mayring [142]

- Abb. 5: Analyseschritte der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring [142]
- Abb. 6: Mixed-Methods-Studiendesign der Studie 3 [5]
- Abb. 7: Antwortmöglichkeiten im wöchentlichen Fragebogen der Studie 3 (eigene Darstellung)
- Abb. 8: Spannungsfelder und Lösungsansätze (eigene Darstellung)

Literaturverzeichnis

1. Reucher, G. (19. September 2019). The dignity of refugees: Homi K. Bhabha speaks at the Ruhrtriennale. *Deutsche Welle*. Abgerufen von <https://www.dw.com/en/the-dignity-of-refugees-homi-k-bhabha-speaks-at-the-ruhrtriennale/a-50447227> [08.09.2020].
2. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). (2019). *Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis*. Abgerufen von https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf [09.09.2020].
3. Khan-Gökkaya, S., Higgen, S., & Mösko, M. (2019). Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. *PLOS ONE*, *14*(11), e0224933. DOI: 10.1371/journal.pone.0224933.
4. Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies. *International Migration*, [voraussichtlicher Druck im Winter 2020]. DOI: 10.1111/imig.12752.
5. Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals. *Medical Education Online*, *25*(1). DOI: 10.1080/10872981.2020.1811543.
6. International Labour Office (2016). *The access of refugees and other forcibly displaced persons to the labour market. Background paper and draft ILO guiding principles for discussion at the ILO tripartite technical meeting on the access of refugees and other forcibly displaced persons to the labour market*. Genf. Abgerufen von https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/--protrav/---migrant/documents/meetingdocument/wcms_490753.pdf [08.09.2020].
7. United Nations Commissioner for Refugees (UNHCR). (2020). *Global Trends. Forced Displacement in 2019*. Abgerufen von <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> [08.09.2020].
8. Statistisches Bundesamt. (23. Juli 2020). *Anstieg registrierter Schutzsuchender im Jahr 2019 auf 3 % abgeschwächt: in 80 % der Schutzsuchenden, die von Anfang 2014 bis Ende 2016 nach Deutschland gekommen waren, weiterhin als Schutzsuchende registriert* [Pressemitteilung]. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/07/PD20_274_12521.html [08.09.2020].
9. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2020). *Arbeitsmarktzugang für Flüchtlinge*. Abgerufen von <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Infos-fuer-Asylsuchende/arbeitsmarktzugang-asylbewerber-geduldete.html> [08.09.2020].
10. Vereinte Nationen. (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Artikel 23, (217 [III] A).

11. Thränhardt, D. (2015). *Die Arbeitsintegration von Flüchtlingen in Deutschland. Humanität, Effektivität, Selbstbestimmung*. Bertelsmann Stiftung. Abgerufen von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Die_Arbeitsintegration_von_Fluechtlingen_in_Deutschland_2015.pdf [08.09.2020].
12. David, A., Evans, M., Goch, S., Hilbert, J., Jegu, M., Klatt, R., Livi, M., Röhl, M., Schmidt, C., Schimdt, D., & Steinberg, S. (2019). Selektivität und Mehrdeutigkeit in Arbeitskulturen. Gestaltung der Arbeitswelt für Flüchtlinge. In A. David, M. Evand, I. Hamburg & J. Terstriep (Hg.), *Migration und Arbeit. Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente* (S. 17–47). Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.
13. Die Bundesregierung. (2018). *Eckpunkte zur Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten*. Abgerufen von https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckpunktepapier-zur-fachkraefteeinwanderung-aus-drittstaaten.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [08.09.2020].
14. Konle-Seidl, R., & Bolits, G. (2016). *Labour Market Integration of Refugees: strategies and good practices*. European Parliament. Brüssel: Policy Department A: Economic and Scientific Policy. Abgerufen von [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/578956/IPOL_S_TU\(2016\)578956_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/578956/IPOL_S_TU(2016)578956_EN.pdf) [08.09.2020].
15. United Nations High Commisioner for Refugees (UNHCR) & Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2016). *Beschäftigung von Flüchtlingen. Welche Chancen und Herausforderungen bestehen für die Arbeitgeber?* Abgerufen von https://www.oecd.org/els/mig/migration-policy-debates-10_de.pdf [08.09.2020].
16. Bertelsmann-Stiftung. (2016). *From refugees to workers: Mapping labour-market integration support measures for asylum seekers and refugees in EU member states*. Abgerufen von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_NW_From_Refugees_to_Worke rs_Vol1.pdf [08.09.2020].
17. Tanay, F., Dumont, J.C., Liebig, T., Peschner, J., & Xenogiani, T. (2016). *How are Refugees faring on the Labour Market in Europe. A first evaluation based on the 2014 EU Labour Force Survey ad hoc module*. European Union: European Commission & Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Abgerufen von <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/87a8f92d-9aa8-11e6-868c-01aa75ed71a1/language-en> [08.09.2020].
18. Jackson, N., & Carter, Y. (2004). *Refugee Doctors: Support, Development and Integration in the NHS*. Oxford: Radcliffe Publishing.
19. Bloch, A. (2008). Refugees in the UK labour market: The conflict between economic integration and policy-led labour market restriction. *Journal of Social Policy*, 37(1), 21–36. DOI: 10.1017/S004727940700147X.

20. Cohn, S., Alenya, J., Murray, K., Bhugra, D., De Guzman, J., & Schmidt, U. (2006). Experiences and expectations of refugee doctors: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 189(1), 74–78. Doi: 10.1192/bjp.bp.105.010975.
21. Leblanc, Y., Bourgeault, I.L., & Neiterman, E. (2013). Comparing approaches to integrating refugee and asylum-seeking healthcare professionals in Canada and the UK. *Healthcare Policy = Politiques de sante*, 9(Spec Issue), 126–138. DOI: 10.12927/hcpol.2013.23596.
22. Mozetic, K. (2018). Being highly skilled and a refugee: Self-perceptions of non-european physicians in Sweden. *Refugee Survey Quarterly*, 37(2), 231–251. DOI: 10.1093/rsq/hdy001.
23. Covell, C.L., Neiterman, E., & Bourgeault, I.L. (2016). Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health*, 14(1), 38. DOI: 10.1186/s12960-016-0135-6.
24. Kehoe, A., McLachlan, J., Metcalf, J., Forrest, S., Carter, M., & Illing, J. (2016). Supporting international medical graduates' transition to their host-country: realist synthesis. *Medical Education*, 50(10), 1015–1032. DOI: 10.1111/medu.13071.
25. Lineberry, M., Osta, A., Barnes, M., Tas, V., Atchon, K., & Schwartz, A. (2015). Educational interventions for international medical graduates: a review and agenda. *Medical Education*, 49(9), 863–879. DOI: 10.1111/medu.12766.
26. Brücker, H., Yuliya, K., & Schuß, E. (2020). *IAB-Kurzbericht: Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Fünf Jahre seit der Fluchtmigration 2015. Integration in Arbeitsmarkt und Bildungssystem macht weitere Fortschritte*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. Abgerufen von <http://doku.iab.de/kurzber/2020/kb0420.pdf> [10.09.2020].
27. Fendel, T. (2019). *Die Arbeitsmarktintegration geflüchteter Frauen*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Abgerufen von <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15115.pdf> [08.09.2020].
28. Wiedner, J., Salikutluk, Z., & Giesecke, J., (2018). *Arbeitsmarktintegration von Geflüchteten: Potenziale, Perspektiven und Herausforderungen*. State-of-Research Papier 07 des Verbundprojekts „Flucht: Forschung und Transfer“. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück & Internationales Konversionszentrum Bonn (BICC). Abgerufen von <https://flucht-forschung-transfer.de/wp-content/uploads/2018/03/SoR-07-Arbeitsmarktintegration-von-Geflu%CC%88chteten.pdf> [08.09.2020].
29. Struck, O. (2017). *Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen*. Working Paper Nr. 18 der Professur für Arbeitswissenschaften. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität. Abgerufen von https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/arbeitswiss/Arbeitspapiere/Soziologie-Arbeitswissenschaft-WP-18-Arbeitsmarktintegration_von_Fluechtlingen.pdf [08.09.2020].

30. Klingler, C., & Marckmann, G. (2016). Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human Resources for Health*, 14, article 57. DOI: 10.1186/s12960-016-0153-4.
31. Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S., & Ruukonen-Engler, M.K., (2019). *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Abgerufen von https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf [22.09.2020].
32. Schmidt, C. (2019). Integration von Geflüchteten in die Pflege – Erfahrungen aus der Praxis. *Forschung Aktuell*, No. 05/2019. Institut Arbeit und Technik (IAT). Abgerufen von <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/197009/1/166595373X.pdf> [10.09.2020].
33. Sollaci, L.B., & Pereira, M.G. (2004). The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 92(3), 364–367.
34. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2020). What is a refugee? Abgerufen von <https://www.unhcr.org/what-is-a-refugee.html> [08.09.2020].
35. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (1951). *Convention and protocol relating to the status of refugees, Text of the 1951 Convention. Relating to the Status of Refugees. Text of the 1967 Protocol Relating to the Status of Refugees. Resolution 2198 (XXI) adopted by the United Nations General Assembly*. Abgerufen von <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10> [08.09.2020].
36. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat. (2020). *Fragen und Antworten rund um das Fachkräfteeinwanderungsgesetz*. Abgerufen von <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/migration/fachkraefteeinwanderung/faqs-fachkraefteeinwanderungsgesetz.html> [08.09.2020].
37. Goebel, S. (2019). Arbeit als Steuerungsinstrument der Asylpolitik. In A. David, M. Evans, I. Hamburg & J. Terstriep (Hg.), *Migration und Arbeit - Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente* (S. 105–129). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.
38. Bade, K.J. (2017). *Migration- Flucht - Integration: Kritische Politikbegleitung von der ‚Gastarbeiterfrage‘ bis zur ‚Flüchtlingskrise‘. Erinnerungen und Beiträge*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
39. Netzwerk Integration durch Qualifizierung (Hg.). (2009). *Berufliche Perspektiven gemeinsam gestalten – Integration ermöglichen. Prozesskette für eine (berufliche) Integration*. Abgerufen von http://www.kumulus-plus.de/fileadmin/pdf/iq/iq_prozesskette-090701.pdf [08.09.2020].
40. Karakayali, S., & Bodjadziev, M. (2010). Soll der Begriff 'Integration' kritisiert oder verteidigt werden? *DISS-Journal*, 20, 6–7.

41. Mecheril, P. (2011). Wirklichkeit schaffen: Integration als Dispositiv - Essay. *APuZ - Aus Politik und Zeitgeschichte*, 61(43), 49–54.
42. Knuth, M. (2019). Willkommenskultur ohne Willkommensstruktur. Fluchtmigration als Stresstest für die Integrationsfähigkeit des deutschen Bildungs- und Erwerbssystems. In A. David, M. Evand, I. Hamburg & J. Terstiep (Hg.), *Migration und Arbeit. Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente* (S. 49–73). Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.
43. Uslucan, H.H. (2017). Diskriminierungserfahrungen türkeistämmiger Zuwander_innen. In K. Fereidooni & M. El (Hg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 129–141). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
44. Raghuram, P. (2007). Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2246–2251. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02097.x.
45. Aden, S., Schmitt, C., Uçan, Y., Wagner, C., & Wienforth, J. (2019). Partizipative Flucht migrationsforschung. Eine Suchbewegung. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, 3(2), 302–319. DOI: 10.5771/2509-9485-2019-2-302.
46. Jacobsen, K., Landau, L.B. (2003). The Dual Imperative in Refugee Research: Some Methodological and Ethical Considerations in Social Science Research on Forced Migration. *Disasters*, 27(3), 185–206. DOI: 10.1111/1467-7717.00228.
47. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2020). *Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe Juli 2020*. Abgerufen von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-juli-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [08.09.2020].
48. Schnapka, C., & Schäfer, T. (2019). Der Umgang unbegleitet geflüchteter Jugendlicher mit rassistischer Diskriminierung in Dresden und die Auswirkungen auf ihr psychisches Wohlergehen. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, 3(2), 177–218. DOI: 10.5771/2509-9485-2019-2-177.
49. Deutscher Bundestag. (2019). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.– Drucksache 19/12502 – Zahlen in der Bundesrepublik Deutschland lebender Flüchtlinge zum Stand 30. Juni 2019*. Drucksache 19/13303. Abgerufen von <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/133/1913303.pdf> [08.09.2020].
50. Sinn, A., Kreienbrink, A., & von Loeffelholz, H.D. (2005). *Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation*. Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Forschungsbericht 2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Abgerufen von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/KleineStudien/study2005-emn-illegal-aufhaeltige.pdf?__blob=publicationFile&v=9 [09.09.2020].

51. Schammann, H., & Kühn, B. (2016). *Kommunale Flüchtlingspolitik in Deutschland*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Abgerufen von <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12763.pdf> [08.09.2020].
52. United Nations Development Programme. (2015). *Human Development Report 2015. Work for Human Development*. Abgerufen von http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf [08.09.2020].
53. Johansson, S. (2016). Die ungleiche Teilhabechancen für geflüchtete Menschen in Deutschland: Rahmenbedingungen der Lebenssituation von Flüchtlingen. In G.G. Goth & E. Severing (Hg.), *Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland: Erfassung und Entwicklung von Qualifikationen für die Arbeitsmarktintegration* (S. 19–38). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
54. Etzold, B. (2017). Arbeit trotz Asyl? Erlebte Chancen und Hürden von Geflüchteten beim Zugang zu Arbeit. In M. Becker, V. Kronenberg & H. Pompe (Hg.), *Fluchtpunkt Integration: Panorama eines Problemfeldes* (S. 319–353). Wiesbaden: Springer VS.
55. von Hausen, N. (2010). Teufelskreis im Ankunftsland: Zur Verstetigung hochqualifizierter MigrantInnen im Arbeitsmarkt für unspezifische Qualifikationen. In A.M. Nohl, K. Schittenhelm, O. Schmidtke & A. Weiß (Hg.), *Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt* (S. 180–194). Wiesbaden: Springer VS.
56. World Health Organization (WHO). (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Abgerufen von <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/> [08.09.2020].
57. European Commission. (2012). *Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce*. Straßburg. Abgerufen von https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf [08.09.2020].
58. Bundesagentur für Arbeit. (2018). *Blickpunkt Arbeitsmarkt - Fachkräfteengpassanalyse*. Abgerufen von https://m.vpt.de/fileadmin/user_upload/news/pdf/BA-FK-Engpassanalyse-2018-06.pdf [08.09.2020].
59. Statistisches Bundesamt & Bundesärztekammer. (2020). *Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2019*. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158869/umfrage/anzahl-der-aerzte-in-deutschland-seit-1990/> [08.09.2020].
60. Bundesärztekammer. (2018). *Ausländische Ärztinnen und Ärzte*. Abgerufen von [https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/#:~:text=Die%20Zahl%20der%20in%20Deutschland,gefolgt%20von%200%C3%96sterreich%20\(2309\)](https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/#:~:text=Die%20Zahl%20der%20in%20Deutschland,gefolgt%20von%200%C3%96sterreich%20(2309)) [08.09.2020].
61. Bundesagentur für Arbeit. (2020). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Abgerufen von <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer->

Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [08.09.2020].

62. Deutscher Bundestag. (2018). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Stephan Brandner und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/2183 – Ausländische Pflegekräfte in Deutschland*. Drucksache 19/2455. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/024/1902455.pdf> [08.09.2020].
63. Bundesregierung. (2016). *Gemeinsames Konzept von Bund und Ländern für die erfolgreiche Integration von Flüchtlingen. Grundsätze der Integrationspolitik*. Abgerufen von <https://www.bundesregierung.de/bregde/aktuelles/gemeinsames-konzept-von-bund-und-laendern-fuer-die-erfolgreiche-integration-von-fluechtlingen-463902> [08.09.2020].
64. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2020). *Was heißt gute Bleibeperspektive?* Abgerufen von <https://www.bamf.de/SharedDocs/FAQ/DE/IntegrationskurseAsylbewerber/001-bleibeperspektive.html?nn=282388> [08.09.2020].
65. Voigt, C. (2019). *Zugang zu Sprachförderung mit Aufenthaltsgestattung (ab 1. August 2019)*. GGUA Flüchtlingshilfe e. V. Abgerufen von https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/sprachfoerderung.pdf [08.09.2020].
66. Rosenthal, B. (2020). Integration durch Qualifizierung und Anerkennung im Gesundheitswesen. In Gillessen, A., Golsabahi-Broclawski, S., Biakowski, A., Broclawski, A. (Hg.), *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 77–81). Berlin, Heidelberg: Springer.
67. Sakamoto, I., Chin, M., & Young, M. (2010). “Canadian Experience,” Employment Challenges, and Skilled Immigrants. A Close Look Through “Tacit Knowledge”. *Settlement of Newcomers to Canada, Canadian Social Work*, 12(1), 145–151. Abgerufen von: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/94782/1/Canadian%20Experience%20employment%20challenges_Sakamoto.pdf [28.09.2020].
68. Colic-Peisker, V., & Tilbury, F. (2006). Employment Niches for Recent Refugees: Segmented Labour Market in Twenty-first Century Australia. *Journal of Refugee Studies*, 19(2), 203–229. DOI: 10.1093/jrs/fej016.
69. Diekmann, D., & Fereidooni, K. (2019). Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen geflüchteter Menschen in Deutschland: Ein Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, 3(2), 343–360. DOI: 10.5771/2509-9485-2019-2-343.
70. Jirovsky, E., Hoffmann, K., Maier, M., & Kutalek, R. (2015). “Why should I have come here?”- a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Services Research*, 15(74). DOI: 10.1186/s12913-015-0737-z.
71. Peisker, V.C., & Tilbury, F. (2003). ‘Active’ and ‘passive’ resettlement: the influence of support services and refugees’ own resources on resettlement

- style. *International Migration*, 41(5), 61–91. DOI: 10.1111/j.0020-7985.2003.00261.x.
72. Stewart, E. (2003). *A bitter pill to swallow: obstacles facing refugee and overseas doctors in the UK*. Working Paper Nr. 96 des Department of Geography, University of Dundee. Genf: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Abgerufen von <https://www.unhcr.org/research/working/3fbb94a32/bitter-pill-swallow-obstacles-facing-refugee-overseas-doctors-uk-emma-stewart.html> [09.09.2020].
 73. Willott, J., & Stevenson, J. (2013). Attitudes to Employment of Professionally Qualified Refugees in the United Kingdom. *International Migration*, 51(5), 120–132. DOI: 10.1111/imig.12038.
 74. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2011). *Anerkennung und Berufszugang für Ärzte und Fachärzte mit ausländischen Qualifikationen in Deutschland*. Informationsbroschüre für Zugewanderte und Beratungsstellen. Abgerufen von https://www.bda.de/files/Broschueren/BAMF_Informationsbroschuere_Aerzte_web.pdf [08.09.2020].
 75. Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2020). *Anerkennung in Deutschland. Wie bekomme ich die Anerkennung?* Abgerufen von <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/anerkennung-bekommen.php> [08.09.2020].
 76. Desiderio, M.V. (2016). *Integrating refugees into host country labor markets: challenges and policy options*. Washington D.C.: Migration Policy Institute. Abgerufen von <https://www.migrationpolicy.org/research/integrating-refugees-host-country-labor-markets-challenges-and-policy-options> [28.09.2020].
 77. Böse, C., Schreiber, D., & Lewalder, A.C. (2014). Die Rolle formaler, non-formaler und informeller Lernergebnisse im Anerkennungsgesetz. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 5, 30–33. Abgerufen von <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-168375/Preview> [28.09.2020].
 78. Bourdieu, P., & Wacqant, L.J.D. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
 79. Hawthorne, L. (2002). Qualifications Recognition Reform for Skilled Migrants in Australia: Applying Competency-based Assessment to Overseas-qualified Nurses. *International Migration*, 40(6), 55–91. DOI: 10.1111/1468-2435.00223.
 80. Ministry of Employment (Sweden). (2016). *Fast track - a quicker introduction of newly arrived immigrants*. Government Offices of Sweden. Abgerufen von <https://www.government.se/articles/2015/12/fast-track---a-quicker-introduction-of-newly-arrived-immigrants/> [08.09.2020].
 81. British Medical Association. (2020). *Help for refugee doctors*. Abgerufen von [\[https://www.bma.org.uk/advice-and-support/international-doctors/coming-to-work-in-the-uk/help-for-refugee-doctors\]](https://www.bma.org.uk/advice-and-support/international-doctors/coming-to-work-in-the-uk/help-for-refugee-doctors) [08.09.2020].

82. World Health Organization. (2018). *Out of conflict, a new life for Syrian health workers in Turkey*. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2018/3/out-of-conflict,-a-new-life-for-syrian-health-workers-in-turkey> [08.09.2020].
83. Kleverbeck, M., & Terstriep, J. (2019). Soziale Innovationen. Neue Formen der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Migrationshintergrund. In A. David, M. Evand, I. Hamburg & J. Terstriep (Hg.), *Migration und Arbeit. Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente* (S. 259–318). Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.
84. Posadzki, P., & Ernst, E. (2019). A Guideline for Conducting Systematic Reviews. In M.M. Shoja, A. Arynchyna, M. Loukas, A.V. D'Antoni, S.M. Burger, M. Karl, R.S. Tubbs (Hg.), *A Guide to the Scientific Career* (S. 311–320). Hoboken: John Wiley & Sons.
85. Higgins, J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., & Welch, V.A. (2019). Preface. In J.P.T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M.J. Page & V.A. Welch (Hg.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 6.0) (Preface). Abgerufen von: www.training.cochrane.org/handbook [09.08.2020].
86. Lasserson, T.J., Thomas, J., & Higgins, J.P.T. (2019). Part 2: Core methods. Chapter 1: Starting a review. In J.P.T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M.J. Page & V.A. Welch (Hg.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 6.0) (S. 1–12). Abgerufen von: www.training.cochrane.org/handbook [09.08.2020].
87. McKenzie, J.E., Brennan, S.E., Ryan, R.E., Thomson, H.J., Johnston, R.V. & Thomas, J. (2019). Defining the criteria for including studies and how they will be grouped for the synthesis. In J.P.T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M.J. Page & V.A. Welch (Hg.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (version 6.0) (S. 33–61). Abgerufen von: www.training.cochrane.org/handbook [09.08.2020].
88. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.
89. Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Soares, C., & Parker, D. (2017). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
90. International Labour Office. (2012). *International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)*. Genf: International Labour Organization.
91. Kirkpatrick, D.L. (1994). *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
92. Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F. (2011). Public wiki 'Mixed Methods Appraisal Tool'. Abgerufen von <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com> [09.09.2020].

93. Stenerson, H., Davis, P.M, Labash, A.M., & Procyshyn, M. (2009). Orientation of international medical graduates to Canadian medical practice. *The Journal of Continuing Higher Education*, 57(1), 29–34. DOI: 10.1080/07377360902804051.
94. Peters, V., & Braeseke, G. (2016). Pflegekräfte aus Vietnam. *Pflege*, 29(6), 315–321. DOI: 10.1024/1012-5302/a000516.
95. Andrew, R.F. (2010). How do IMGs compare with Canadian medical school graduates in a family practice residency program? *Canadian Family Physician*, 56(9), S. e318–e322. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939132/pdf/056e318.pdf> [28.09.2020].
96. Atack, L., Cruz, E.V, Maher, J., & Murphy, S. (2012). Internationally educated nurses' experiences with an integrated bridge program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(8), 370–378. DOI: 10.3928/00220124-20120615-62.
97. Gerrish, K., & Griffith, V. (2004). Integration of overseas Registered Nurses: evaluation of an adaptation programme. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 579–587. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02949.x.
98. Hawken, S. (2005). Overseas-trained doctors' evaluation of a New Zealand course in professional development. *The New Zealand Medical Journal*, 18(1219), S. U1584–U1584.
99. Ong, Y.L., & Paice, E. (2006). A successful initiative for getting refugee doctors back into medical employment: the PRIME project. *British Journal of Hospital Medicine*, 67(5), 264–266. DOI: 10.12968/hmed.2006.67.5.21067.
100. Ong, Y.L., & Gayen, A. (2003). Helping refugee doctors get their first jobs: the pan-London clinical attachment scheme. *Hospital Medicine*, 64(8), 488–490. DOI: 10.12968/hosp.2003.64.8.2265.
101. Porter J.L., Townley, T., Huggett, K., & Warriar, R. (2008). An acculturation curriculum: orienting international medical graduates to an internal medicine residency program. *Teaching and learning in medicine*, 20(1), 37–43. DOI: 10.1080/10401330701542644.
102. Sullivan, E.A., Willcock, S., Ardzejewska, K., & Slaytor, E.K. (2002). A pre-employment programme for overseas-trained doctors entering the Australian workforce, 1997-99. *Medical Education*, 36(7), 614–621. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01196.x.
103. Watt, D., Violato, C., Lake, D., & Baig, L. (2010). Effectiveness of a clinically relevant educational program for improving medical communication and clinical skills of international medical graduates. *Canadian Medical Education Journal*, 1(2), 11. DOI: 10.36834/cmej.36541.
104. Wright, A., Regan, M., Haigh, C., Sunderji, I., Vijayakumar, P., Smith, C. & Nestel, D. (2011). Supporting international medical graduates in rural Australia: a mixed methods evaluation. *Rural & Remote Health*, 11(4), 1–18.

105. Baker, D., & Robson, J. (2012). Communication training for international graduates. *The Clinical Teacher*, 9(5), 325–329. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2012.00555.x.
106. Bruce, D.L., Brunner, E.A., Breihan, J.M., & Menges, R.L. (1974). A public speaking course for foreign medical graduates. *Anesthesiology*, 41(4), 480–488. DOI: 10.1097/00000542-197410000-00013.
107. Christie, J., Pryor, E., & Paull, A.M. (2011). Presenting under pressure: communication and international medical graduates. *Medical Education*, 45(5), 532. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.03955.x.
108. Elis, A., Notzer, N., Lewinski, U., & Rapoport, M.J. (2005). A training course for the Israeli phase I written board examination in internal medicine increases the success rate of foreign graduate physicians. *European Journal of Internal Medicine*, 16(3), 165–169. DOI: 10.1016/j.ejim.2004.12.002.
109. Goldszmidt, M., Kortas, C., & Meehan, S. (2007). Advanced medical communications: support for international residents. *Medical Education*, 41(5), 522. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2007.02751.x.
110. Lujan, J., & Little, K. (2010). Preparing underemployed Latino U.S. nurses through the Mexico NCLEX-RN Success Program. *Journal of Nursing Education*, 49(12), 704–707. DOI: 10.3928/01484834-20100930-03.
111. Majumdar, B., Keystone, J.S., & Cuttress, L.A. (1999). Cultural sensitivity training among foreign medical graduates. *Medical Education*, 33(3), 177–184. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00291.x.
112. Ong, Y.L., McFadden, G., & Gayen A. (2002). Induction for overseas qualified doctors. *Hospital Medicine*, 63(9), 558–560. DOI: 10.12968/hosp.2002.63.9.1955.
113. Parrone, J., Sredl, D., Miller, M., Phillips, M., & Donaubaueer, C. (2008). An evidence-based teaching/learning strategy for foreign nurses involving the health education systems incorporated examination as a predictor for national council licensure examination for registered nurses success. *Teaching & Learning in Nursing*, 3(1), 35–40. DOI: 10.1016/j.teln.2007.09.002.
114. Romem, Y., & Benor, D.E. (1993). Training immigrant doctors: issues and responses. *Medical Education*, 27(1), 74–82. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1993.tb00232.x.
115. Horner, M. (2004). A review of a supervised practice programme for overseas nurses. *Nursing Times*, 100(27), 38–41.
116. McGrath, P., & Henderson, D. (2009). The observer program: insights from international medical graduates. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 22(3), 1–10.
117. Cheung, C.R. (2011). NHS induction and support programme for overseas-trained doctors. *Medical Education*, 45(5), 531–532. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.03960.x.

118. Daniel, S.L., Annemarie, L., Switzer-McIntyre, S., & Evans, C. (2016). An innovative program to support internationally educated health professionals and their instructors: role of the clinical practice facilitator. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(4), 269–277. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000115.
119. Fernández-Peña, J. (2012). Integrating immigrant health professionals into the US health care workforce: A report from the field. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(3), 441–448. DOI: 10.1007/s10903-011-9496-z.
120. Greig, A., Dawes, D., Murphy, S., Parker, G., & Loveridge, B. (2013). Program evaluation of a model to integrate internationally educated health professionals into clinical practice. *BMC Medical Education*, 13, 140. DOI: 10.1186/1472-6920-13-140.
121. Harris, A., & Delany, C. (2013). International medical graduates in transition. *The Clinical Teacher*, 10(5), 328–332. DOI: 10.1111/tct.12021.
122. Higgins, N.S, Taraporewalla, K., Edirippulige, S., Ware, R.S., Steyn, M., & Watson, M.O. (2013). Educational support for specialist international medical graduates in anaesthesia. *Medical Journal of Australia*, 199(4), 272–274. DOI: 10.5694/mja12.11639.
123. Lax, L.R., Russell, M.L., Nelles, L.J., & Smith, C.M. (2009). Scaffolding knowledge building in a web-based communication and cultural competence program for international medical graduates. *Academic Medicine*, 84(10), 5–8. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b37b4d.
124. Yu, X. (2010). Transitioning international nurses: an outlined evidence-based program for acute care settings. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(3), 202–213. DOI: 10.1177/1527154410384879.
125. Garcia-Ramirez, M., Martinez, M.F., Balcazar, F.E., Suarez-Balcazar, Y., Albar M.J., Domínguez, E., & Santolaya, F.J. (2005). Psychosocial empowerment and social support factors associated with the employment status of immigrant welfare recipients. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 673–690. DOI: 10.1002/jcop.20072.
126. Eva, K.W. (2001). Assessing Tutorial-Based Assessment. *Advances in Health Sciences Education*, 6(3), 243–257. DOI: 10.1023/A:1012743830638.
127. Pietka-Nykaza, E. (2015). ‘I want to do anything which is decent and relates to my profession’: Refugee doctors’ and teachers’ strategies of re-entering their professions in the UK. *Journal of Refugee Studies*, 28(4), 523–543. DOI: 10.1093/jrs/fev008.
128. Ong, Y.L., Bannon, M., & Paice, E. (2004). Getting refugee doctors back to work: challenges, obstacles and solutions. In N. Jackson & Y. Carter (Hg.), *Refugee Doctors: Support, Development and Integration in the NHS* (S. 31–37). Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.

129. van Riemsdijk, M., Basford, S., & Burnham, A. (2016). Socio-Cultural Incorporation of Skilled Migrants at Work: Employer and Migrant Perspectives. *International Migration*, 54(3), 20–34. DOI: 10.1111/imig.12221.
130. Platonova, A., & Urso, G. (2012). *Labour Shortages and Migration Policy*. Genf: International Organization for Migration.
131. Kleinig, G. (1995). Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In E. von Kardoff (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 11–22). Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
132. Flick, U. (1998). Zugänge zum Un-Vertrauten: qualitative Methoden in der Analyse sozialer Repräsentationen. In E.H. Witte (Hg.), *Sozialpsychologie der Kognition: soziale Repräsentationen, subjektive Theorien, soziale Einstellungen. Beiträge des 13. Hamburger Symposiums zur Methodologie der Sozialpsychologie* (S. 48–74). Lengerich: Pabst.
133. Flick, U. (1995). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 148–176). Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
134. 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. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
135. Strauss, A., & Corbin, J.M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
136. 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. DOI: 10.1177/1525822X05279903.
137. Hopf, C. (1995). Methoden. Befragungsverfahren. Qualitative Interviews in der Sozialforschung: Ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 177–181). Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
138. Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual zur Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
139. Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). Der Zugang zu den Experten: die Vorbereitung der Erhebung. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hg.), *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung* (S. 27–47). Wiesbaden: Springer VS.
140. Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). Wissens- und Interviewformen – Varianten des Experteninterviews. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hg.), *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung* (S. 17–25). Wiesbaden: Springer VS.

141. Claussen, J., Jankowski, D., & Dawid, F. (2020). *Aufnehmen, Abtippen, Analysieren – Wegweiser zur Durchführung von Interview und Transkription*. Hannover: Paperback.
142. Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz Verlagsgruppe.
143. Körtek, Y. (2015). Rechtlicher Rahmen der Anerkennung. In T. Ayan (Hg.), *Anerkennung ausländischer Qualifikationen: Forschungsergebnisse und Praxisbeispiele* (S. 13–24). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
144. Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2020). *Anerkennung in Deutschland: Anerkennungsgesetz des Bundes*. Abgerufen von <https://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/pro/erkennungsgesetz.php> [08.09.2020].
145. Sommer, I. (2015). *Die Gewalt des kollektiven Besserwissens. Kämpfe um die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Deutschland*. Bielefeld: Transcript Verlag.
146. Baic, A., Rentmeister, H., Strack, R., Fuchs, F., Kröger, A., & Peichl, S. (2017). *Integrationskraft Arbeit. Eine Zwischenbilanz: Erfahrungen von 300 Unternehmen mit der Arbeitsmarktintegration von 2500 Geflüchteten*. Boston Consulting Group. Abgerufen von <http://media-publications.bcg.com/9mar2017-Integrationskraft-Arbeit.pdf> [09.09.2020].
147. Klingler, C., Ismail, F., Marckmann, G., & Kuehlmeier, K. (2018). Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. *PLOS ONE*, 13(2), e0193010. DOI: 10.1371/journal.pone.0193010.
148. Robra, A., & Böhne, A. (2016). *Willkommenskultur - ein Leitfaden für Unternehmen*. Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände. Abgerufen von [https://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/200DFA1EA7BAF2BEC1257A3E00336A5F/\\$file/BDA_Willkommenskultur.pdf](https://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/200DFA1EA7BAF2BEC1257A3E00336A5F/$file/BDA_Willkommenskultur.pdf) [09.09.2020].
149. Johnstone, M., & Kanitsaki, O. (2008). Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study. *Diversity in Health and Social Care*, 5(1), 19–30. Abgerufen von <https://diversityhealthcare.imedpub.com/cultural-racism-language-prejudice-and-discrimination-in-hospital-contexts-an-australian-study.pdf> [28.09.2020].
150. Bouncken, R., Pfannstiel, M.A., Reuschl, A.J., & Haupt, A. (2015). *Diversität managen. Wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
151. Wrench, J. (1999). Employers and anti-Discrimination Measures in Europe: Good Practises and Bad Faith. In J. Wrench, A. Rea & N. Ouali (Hg.), *Migrants, Ethnic Minorities and the Labour Market. Integration and Exclusion in Europe* (S. 229–251). London: Palgrave.

152. Angerer, P., Glaser, J., Petru, R., & Weigl, M. (2011). Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(15), A832–A833. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/85201/Arbeitsbedingungen-der-Klinikaerzte-Gezielte-Massnahmen-die-sich-lohnen> [28.09.2020].
153. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB). (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit*. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.
154. European Union Agency for Fundamental Rights. (2010). *Jahresbericht 2010*. Abgerufen von https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/917-AR_2010-conf-edition_de.pdf [08.09.2020].
155. Yanar, B., Kosny, A., & Smith, P.M. (2018). Occupational Health and Safety Vulnerability of Recent Immigrants and Refugees. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2004. DOI: 10.3390/ijerph15092004.
156. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB). (2015). *Flucht. Asyl. Menschenwürde. DGB-Handreichung*. Berlin: DGB Bundesvorstand.
157. Torres, A.M., & Can, H. (2020). Empowerment und Powersharing als Rassismuskritik und Dekolonialitätsstrategie aus der People of Color-Perspektive. Heinrich Böll Stiftung. Abgerufen von <https://heimatkunde.boell.de/de/2013/04/01/empowerment-und-powersharing-als-rassismuskritik-und-dekolonialitaetsstrategie-aus-der> [09.09.2020].
158. Brücker, H., Kosyakova, Y., Schuß, E. (2019). *IAB-Kurzbericht: Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Fünf Jahre seit der Fluchtmigration 2015. Integration in Arbeitsmarkt und Bildungssystem macht weitere Fortschritte*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. Abgerufen von <http://doku.iab.de/kurzber/2020/kb0420.pdf> [10.09.2020].
159. Merchel, J. (2019). *Evaluation in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
160. Lüdemann, J., & Otto, A. (2019). Reflexionen theoretischer und forschungspraktischer Herausforderungen – eine Einleitung. In J. Lüdemann & A. Otto (Hg.), *Triangulation und Mixed-Methods: Reflexionen theoretischer und forschungspraktischer Herausforderungen* (S. 3–10). Wiesbaden: Springer VS.
161. Gläser-Zikuda, M., Seidel, T., Rohlfs, C., Gröschner, A., & Ziegelbauer, S. (2012). Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung. In M. Gläser-Zikuda, T. Seidel, C. Rohlfs, A. Gröschner, S. Ziegelbauer (Hg.), *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung* (S. 7–15). Münster: Waxmann Verlag.

162. Harkness, J.A. (2003). Questionnaire translation. In J.A. Harkness, F. van de Vijver & P.P. Mohler (Hg.), *Cross-cultural survey methods* (S. 35–56). Hoboken: John Wiley & Sons.
163. Yin, R.K. (2014). *Case study research: design and methods* (5. Auflage) Los Angeles, CA: SAGE.
164. Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395–407). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
165. Arndt, J. (2016). Sprachbarrieren im Krankenhaus: Wenn dem Arzt die Worte fehlen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(14), 1044–1046. DOI: 10.1055/s-0042-107498.
166. Gozdzia, E.M., & Shandy, D.J. (2002). Editorial Introduction: Religion and Spirituality in Forced Migration. *Journal of Refugee Studies*, 15(2), 129–135. DOI: 10.1093/jrs/15.2.129.
167. Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E., & Eisenman, D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study. *European Psychiatry*, 17(8), 451–458. DOI: 10.1016/S0924-9338(02)00708-3.
168. Peisker, V.C., & Tilbury, F. (2003). “Active” and “Passive” Resettlement: The Influence of Support Services and Refugees' own Resources on Resettlement Style. *International Migration*, 41(5), 61–91. DOI: 10.1111/j.0020-7985.2003.00261.x.
169. Hernes, C., Arendt, J.N., Jona, P.A., & Tronstad, K.R. (2019). *Nordic integration and settlement policies for refugees: A comparative analysis of labour market integration outcomes*. Nordic Council of Ministers. Abgerufen von <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1306724/FULLTEXT01.pdf> [08.09.2020].
170. Röder, A., Kailitz, S., Genswein, T., Rindermann, S., Wessel, J.S., Pickel, G., Decker, O., & Hohenberger, L. (2018). Methodische Herausforderungen quantitativer Befragungen von Geflüchteten am Beispiel einer Vorstudie in Sachsen. *Z'Flucht: Zeitschrift für Flüchtlingsforschung*, 2(2), 313–329. DOI: 10.5771/2509-9485-2018-2-313.
171. Borgmann, L.S., Waldhauer, J., Bug, M., Lampert, T., & Santos-Hövenner, C. (2019). Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(11), 1397–1405. DOI: 10.1007/s00103-019-03036-3.
172. Henrich, J., Heine, S.J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), S. 61–135. DOI: 10.1017/S0140525X0999152X.
173. Smyth, G., & Kum, H. (2010). ‘When They don’t Use it They will Lose it’: Professionals, Deprofessionalization and Reprofessionalization: the Case of

- Refugee Teachers in Scotland. *Journal of Refugee Studies*, 23, 503–522. DOI: 10.1093/jrs/feq041.
174. Marbach, M., Hainmueller, J., & Hangartner, D. (2018). The long-term impact of employment bans on the economic integration of refugees. *Science Advances*, 4(9), eaap9519. DOI: 10.1126/sciadv.aap9519.
 175. Wehrle, K., Klehe, U.C., Kira, M., & Zikic, J. (2018). Can I come as I am? Refugees' vocational identity threats, coping, and growth. *Journal of Vocational Behavior*, 105, 83–101. DOI: 10.1016/j.jvb.2017.10.010.
 176. Khan-Gökkaya, S., & Mösko, M. (2020). Interkulturelles Coaching für geflüchtete Fachkräfte in Gesundheitsberufen: Entwicklung, Durchführung und Evaluation. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 27(3), 383–399. DOI: 10.1007/s11613-020-00666-4.
 177. Greif, S. (2008). *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion*. Göttingen: Hogrefe.
 178. Kinast, E. (2009). Evaluation interkultureller Trainings. In A. Thomas, E. Kinast, S. Schroll-Machl (Hg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation* (S. 204–217). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 179. Apolinarski, B., & Brandt, T. (2018). *Ausländische Studierende in Deutschland 2016: Ergebnisse der Befragung bildungsausländischer Studierender im Rahmen der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Abgerufen von http://www.sozialerhebung.de/archiv/soz_21_ba-bericht-dt.pdf [09.09.2020].
 180. Siegert, M. (2019). *BAMF-Kurzanalyse: Ausgabe 04|2019 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge: Die sozialen Kontakte Geflüchteter*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Abgerufen von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse4-2019_jab-bamf-soep-befragung-soziale-kontakte-gefluechtete.pdf?__blob=publicationFile&v=6 [09.09.2020].
 181. Haug, S. (2010). *Interethnische Kontakte, Freundschaften, Partnerschaften und Ehen von Migranten in Deutschland*. Working Paper 33 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Abgerufen von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp33-interethnische-kontakte.pdf?__blob=publicationFile&v=11 [09.09.2020].
 182. Zick, A., Berghan, W., & Küpper, B. (2019). *Verlorene Mitte – Feindselige Zustände. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2018/19*. Friedrich-Ebert-Stiftung.
 183. Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLOS ONE*, 14(7), e0219971. DOI: 10.1371/journal.pone.0219971.

184. Gericke, D., Burmeister, A., Löwe, J., Deller, J., & Pundt, L. (2018). How do refugees use their social capital for successful labor market integration? An exploratory analysis in Germany. *Journal of Vocational Behavior*, *105*, 46–61. DOI: 10.1016/j.jvb.2017.12.002.
185. Busch, C., Koch, T., Clasen, J., Winkler, E., & Vowinkel, J. (2017). Evaluation of an organizational health intervention for low-skilled workers and immigrants. *Human Relations*, *70*(8), 994–1016. DOI: 10.1177/0018726716682308.
186. Filsinger, D. (2008). *Bedingungen erfolgreicher Integration – Integrationsmonitoring und Evaluation*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Abgerufen von <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/05767.pdf> [09.09.2020].
187. Eggenhofer-Rehart, P.M., Latzke, M., Pernkopf, K., Zellhofer, D., Mayrhofer, W., & Steyrer, J. (2018). Refugees' career capital welcome? Afghan and Syrian refugee job seekers in Austria. *Journal of Vocational Behavior*, *105*, 31–45. DOI: 10.1016/j.jvb.2018.01.004.
188. Abdul-Hussain, S., & Baig, S. (Hg.). (2009). *Diversity in Supervision, Coaching und Beratung*. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag.
189. Bevelander, P., & Lundh, C. (2007). *Employment Integration of Refugees: The Influence of Local Factors on Refugee Job Opportunities in Sweden*. IZA Discussion Paper No. 2551, January 2007. Abgerufen von <http://ftp.iza.org/dp2551.pdf> [28.09.2020].
190. Droste, M., Gün, A.K., Kiefer, H., Koch, E., Naimi, I., Reinecke, H., Wächter, M., & Wesselman, E. (2015). *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Abgerufen von <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1> [09.09.2020].
191. Newman, A., Nielsen, I., Smyth, R., Hirst, G., & Kennedy, S. (2018). The effects of diversity climate on the work attitudes of refugee employees: The mediating role of psychological capital and moderating role of ethnic identity. *Journal of Vocational Behavior*, *105*, 147–158. DOI: 10.1016/j.jvb.2017.09.005.
192. McKay, P.F., Avery, D.R., Tonidandel, S., Morris, M.A., Hernander, M., & Hebl, M.R. (2007). Racial Differences in employee retention: are diversity climate perceptions the key? *Personnel Psychology*, *60*(1), 35–62. DOI: 10.1111/j.1744-6570.2007.00064.x.
193. Daumann, V., Martin, D., Barbara, K., & Karsten, S. (2015). *Early Intervention - Modellprojekt zur frühzeitigen Arbeitsmarktintegration von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern. Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Abgerufen von <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2015/fb0315.pdf> [09.09.2020].
194. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division (2017). *International Migration Report 2017: Highlights*. Abgerufen von

https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf [08.09.2020].

195. Kaabel, A. (2018). *Losing Human(itarian) Capital: Exploring Micro and Macro Determinants of Refugee Labour Market Integration* [Dissertation]. Kiel: Christian-Albrechts-Universität.

Zusammenfassung

Hintergrund: Geflüchtete und zugewanderte Personen gehören zu einer vulnerablen Gruppe auf dem Arbeitsmarkt, da sie auf dem Weg ihrer Integration in Gesundheitsberufe verschiedene Herausforderungen erleben. Internationale Studien weisen darauf hin, dass frühzeitige Interventionen die Beschäftigungsfähigkeit von geflüchteten Personen erhöhen und die berufliche Integration unterstützen können. Das Ziel dieser Dissertation ist es daher, die beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen zu analysieren und die Wirksamkeit von Förder- und Orientierungsprogrammen zu evaluieren.

Methoden: Die Ziele der Dissertation wurden mithilfe von drei Teilstudien – einer systematischen Literaturübersicht, einer qualitativen sowie einer Mixed-Methods-Studie – erreicht. Im Rahmen der systematischen Literaturübersicht (Studie 1) wurden mithilfe der PICOS-Kriterien und vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien internationale Förderprogramme zur beruflichen Integration Zugewanderter identifiziert und mithilfe des Mixed Methods Appraisal Tool und des Kirkpatrick Training Evaluation Model auf ihre methodische Qualität hin überprüft. Im Rahmen der Interviewstudie (Studie 2) wurden semi-strukturierte Leitfaden-Interviews erstellt und 16 geflüchtete Fachkräfte aus unterschiedlichen Gesundheits-Professionen sowie acht Betreuende zu den Herausforderungen und Strategien beim beruflichen Integrationsprozess befragt. Im Rahmen der Evaluationsstudie (Studie 3) wurden Teilnehmende und Dozierende eines Orientierungsprogrammes zur beruflichen Integration von geflüchteten Fachkräften mithilfe quantitativer Fragebögen und eines qualitativen Fallserienkonzeptes zu vier Messzeitpunkten (prä, Halbzeit, post, follow-up) zu ihren Erfahrungen befragt. Die qualitativen Befragungen (Studie 2 und 3) wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Mithilfe des systematischen Reviews (Studie 1) konnten 31 Programme zur Förderung der beruflichen Integration von Zugewanderten identifiziert werden. Dabei wurde deutlich, dass ein Mangel an Programmen für geflüchtete Fachkräfte besteht und dass die methodische Qualität der Evaluationen gering ausfällt. Durch die Interviewstudie (Studie 2) kristallisierten sich zentrale Themen heraus, die bei der erfolgreichen Integration berücksichtigt werden sollten. Dazu zählen die formale Anerkennung der Berufe, der Spracherwerb, die mangelnde Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem, arbeits- und interkulturelle Aspekte, Konflikte im Team und mit

Patient:innen, emotionale Herausforderungen, Diskriminierungserfahrungen sowie Ausbeutung. Im Rahmen der Evaluation des am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) implementierten Orientierungsprogrammes (Studie 3) konnten Veränderungen der sprachlichen, professionellen und formalen Kompetenzen beobachtet werden. Darüber hinaus wurde eine Veränderung der persönlichen Situation sowie negative Veränderung bei einzelnen Teilnehmenden durch eine mangelnde Supervision deutlich.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die vorliegende Dissertation liefert neue Erkenntnisse zu den beruflichen Erfahrungen von geflüchteten Fachkräften in Gesundheitsberufen und ihrer Stärkung durch Förder- und Orientierungsprogramme. Internationale Studien fokussieren bislang stark auf die Integration internationaler Fachkräfte. Im Rahmen des Reviews wurden erstmals auch spezifische Programme zur Integration geflüchteter Fachkräfte integriert. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, Programme für unterrepräsentierte Gruppen wie geflüchtete Fachkräfte anzubieten und diese systematisch zu evaluieren. Die Ergebnisse der Interviewstudie lassen darauf schließen, dass geflüchtete Fachkräfte nicht nur mit individuellen, sondern auch mit strukturellen und institutionellen Barrieren konfrontiert sind. In diesem Kontext ist es notwendig, die Rolle von Krankenhäusern und Kliniken im Integrationsprozess stärker hervorzuheben und betriebliche Veränderungen einzuleiten, um eine erfolgreiche Integration zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Reduktion von Angst und die Stärkung des Selbstbewusstseins bei der beruflichen Integration im Vordergrund stehen sollten. Die Studie weist jedoch auch auf die Schwierigkeit von systematischen Evaluationen im Kontext der Zielgruppe und im Rahmen innovativer Modellprojekte hin. Für weitere Forschung gilt es daher, methodische Herausforderungen in diesem Themenfeld zu adressieren.

Abstract

Background: Refugee and immigrant health professionals belong to a particularly vulnerable group in a host country's labour market as they face several barriers when re-entering their occupations. International studies indicate that early interventions can increase the employability of immigrants and support their labour market integration. The aim of this thesis is to identify the labour market experiences of refugee health professionals and evaluate the effectiveness of qualification programmes for the labour market integration of refugee health professionals.

Methods: Three studies – a systematic review, a qualitative study as well as a mixed-methods study – contributed to covering the aims of the thesis. Within the first study (systematic review) search terms were identified according to the PICOS-framework. Based on inclusion and exclusion criteria relevant programmes for the labour market integration of refugee and immigrant health professionals were identified and evaluated. Their methodological quality was assessed with the Mixed Methods Appraisal Tool and Kirkpatrick's Training Evaluation Model. Within the second study, semi-structured interviews were conducted with 16 refugee health professionals as well as with eight supervisors. They were asked about the barriers they had experienced at their workplaces and the strategies they had developed to overcome these barriers. Within the third study, participants and teachers of an orientation programme for the labour market integration of refugee health professionals were asked about their experiences. Quantitative questionnaires and qualitative interviews at several time points (pre, halftime, post, follow-up) contributed to the evaluation of the programme.

Results: Within the systematic review, 31 programmes for the labour market integration of immigrant health professionals were identified. Results prove a lack of programmes for refugee health professionals as well as a low quality of the performed evaluations. Within the second study, several topics were identified that shape the labour market experiences of refugee health professionals. These include the recognition of their former qualification, the language acquisition, the unfamiliarity with the health care system, cross-cultural aspects of work, conflicts with team members and patients, emotional distress, experience of discrimination as well as exploitation. The results of the third study point out that participation in orientation programmes can contribute to the improvement of language, professional and formal

skills. Participation also made an impact on participant's personal situations. Some participants described negative changes through a lack of supervision.

Discussion and conclusion: This thesis provides new insights into the professional experiences of refugee health professionals and their support through programmes. International studies have focused on the labour market experiences of international health professionals. Within this review, for the first time, programmes for the labour market integration of refugee health professionals were included as well. Results suggest that there is a need to implement programmes for marginalised groups and systematic evaluation of such. The results of the second study indicate that refugee health professionals do not only experience individual, but also structural and institutional barriers on their path to employment. Thus, it is necessary to point out the role of organisations in the context of the labour market integration and implement structural changes within the organisations. Moreover, results of the third study reveal that reduction of fear and strengthening self-esteem should have priority when addressing issues of labour market integration. However, the study reveals difficulties in evaluating programmes with the specific target group. Thus, methodological challenges in this area should be addressed for further research.

Publikationen in der Originalversion

RESEARCH ARTICLE

Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review

Sidra Khan-Gökkaya¹*, Sanna Higgen, Mike Mösko

Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Research Group on Migration and Psychosocial Health, Hamburg, Germany

* s.khan@uke.de

Abstract

Background

Immigrant health professionals are a particularly vulnerable group in a host country's labour market, as they face several barriers when re-entering their occupations. International studies indicate that early interventions can increase the employability of immigrants. Qualification programmes are one of these early interventions that can support the re-integration of these health professionals into the labour market. The purpose of this review is to identify international qualification programmes for immigrant health professionals, analyse their content and evaluate their effectiveness.

Methods

Six international databases (PubMed, Web of Science, CINAHL, PsychInfo, EBSCO and ProQuest Social Sciences) were systematically searched. The search terms were identified using the PICOS-framework. The review was performed in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Articles were screened independently by two authors and discussed. Studies included in the final synthesis were assessed with the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) and Kirkpatrick's Training Evaluation Model.

Results

Out of 10,371 findings, 31 articles were included in the final synthesis. The majority of them were addressed to international health care professionals and doctors. Two of them were addressed to refugee doctors. Three types of programme elements were identified: teaching, clinical practise and social support. The programmes' length ranged from 2 days to up to 2.5 years. Despite recommendations in its favour, pre- and post-programme support was scarce. Results also indicate a lack of transparency and quality in terms of evaluation. Effectiveness was mostly observed in the area of language improvement and an increase in self-confidence.

OPEN ACCESS

Citation: Khan-Gökkaya S, Higgen S, Mösko M (2019) Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. PLoS ONE 14(11): e0224933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933>

Editor: Sharon Mary Brownie, Aga Khan University, KENYA

Received: August 5, 2019

Accepted: October 24, 2019

Published: November 15, 2019

Peer Review History: PLOS recognizes the benefits of transparency in the peer review process; therefore, we enable the publication of all of the content of peer review and author responses alongside final, published articles. The editorial history of this article is available here: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933>

Copyright: © 2019 Khan-Gökkaya 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 manuscript and its Supporting Information files.

Funding: The study was funded by the European Social Fund. SKG and MM received the funding.

The funders did not play any role in the study design, data collection, decision to publish, or preparation of the manuscript.

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

Conclusion

This review points out the lack of systematically evaluated qualification programmes for immigrant health professionals. Programme providers should focus on implementing programmes for all health professionals as well as for underrepresented groups, such as refugees. In order to generate best practises it is necessary to evaluate these programmes. This requires the development of appropriate instruments when working with immigrant population in the context of educational programmes.

Introduction

Over the past few years, the number of immigrants and refugees has increased worldwide [1]. In 2017 the number of international migrants reached 258 million, up from 220 million in 2010 and 173 million in 2000 [2]. Among those immigrants and refugees are skilled health professionals. As the global health care workforce is facing a shortage [3], several host countries health care systems focus on employing foreign-trained health professionals. However, the (re-)integration of immigrant and refugee health professionals is connected with multiple barriers. Good knowledge of the host country's official language [4] and the technical workplace-related language [5] are the first and foremost requirements for starting the (re-) integration process. As the professional standards for working in health professions differ between countries [6], additional training is required [7]. Due to a lack of supporting structures [5], this requirement is not easy to fulfil. Another barrier for immigrant health professionals is the unfamiliarity with the host country's health care system, procedures and standards [8]. These barriers may lead to deskilling [9], loss of self-confidence [10] and high levels of frustration [11]. The experience of racial discrimination [10] and structural inequality [7] in the host country's environment also hinder the integration process. Refugees experience additional barriers, as their access to labour market may be restricted [12], depending on the host countries legal framework. Furthermore, they must often go through a difficult recognition process [10] and/or they may not be able to provide official documents [6].

In order to address these barriers and prepare immigrants for work, qualification programmes are strongly recommended [12, 13]. However, there is a broad range of programmes and designs. Some programmes have focused on the exchange between local employees and international health professionals in order to increase reflection on workplace differences, which have resulted in better workplace adjustments [14]. Other programmes, like the project "Placing Refugee doctors in Medical Employment" (PRIME) [15], have focused on clinical practise. PRIME facilitated a supervised training post for 25 refugee doctors. After participation in the project, 15 participants gained a job and were able to work again. Due to the increasing numbers of refugees in the past few years [16], several host countries have also decided to implement programmes. One such recent programme is hosted through a collaboration between the World Health Organization (WHO) in Turkey and the Ministry of Health in Turkey [17]. Whereas the Ministry of Health passed a law that allowed Syrian health professionals to work in Turkey, the WHO implemented a 7-week adaption training programme to prepare them for practise [17]. However, the outcomes of this programme have not yet been evaluated. There are also more extensive programmes expanding their design and integrating their programmes into residency trainings [18, 19] and/or combining them with courses on language and intercultural skills [20, 21]. Depending on the content, participation in such

programmes has resulted in higher chances of passing national examinations [22–27] that are required in order to work. Nevertheless, reviews on the effectiveness of qualification programmes for international medical graduates and health professionals criticise the methodological quality of the performed evaluations [28–30]. Furthermore, the examples of the programmes above show that the content of the programmes is diverse. Thus, in order to help educational providers design, implement and evaluate their programmes, this review aims at systematically identifying and analysing the content and effectiveness of evidence-based international qualification programmes for the labour market integration of immigrants in all health professions.

Methods

This review was performed in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA, [31]; [S4 Table](#)).

Search strategy

The search was conducted via six international and interdisciplinary electronic databases during August 2017 and updated in September 2019 to include studies published during/after August 2017. The databases were PubMed, Web of Science, CINAHL, PsychInfo, EBSCO and ProQuest Social Sciences. No time limit was set and studies in English and German were included. The search terms were identified using the PICOS-framework [32] and adapted to each database. In order to identify programmes in the context of health care the PICOS-criteria comparison was replaced with context [33]. For each of the PICOS-criteria (*P: immigrant health professionals, I: qualification programme, C: health care, O: evaluation, S: primary and secondary articles*) synonyms were collected and reviewed by the co-authors' group. The synonyms were then built into a search string according to each of the databases' rules and requirements ([S1 File](#)). Search terms were double-checked with MeSh terms. If a MeSh term did not cover any of the synonyms, it was added separately to the string. Search protocols documented the used search string, the dates, the database syntax requirements and the total number of articles found in the databases.

Study selection

Title and abstract screening. During the first stage of title and abstract screening the inclusion criteria ([Table 1](#)) were simplified.

The articles found in the databases were exported to a reference management system in order to remove all duplicates and then exported for screening.

At the first stage of screening, the articles had to fit into the population and intervention of interest. The first 200 abstracts were screened and crosschecked by the first and second authors, reaching an interrater reliability of $K = 0.7$. The first author screened all abstracts for inclusion and exclusion criteria, whereas the second author screened one quarter of all of the retrieved references.

For the full-text (second stage) screening, the following inclusion criteria were applied according to the PICOS-tool:

Population: Due to a lack of evidence-based programmes for refugees, the search was extended to qualification programmes for immigrants as well as international and overseas trained health professionals from all health professions. To be included, these groups must have had personal migration experiences. Descendants of immigrants were excluded. Henceforth the term immigrant will be used for the target population as it reflects this shared experience of personal migration of a variety of groups. The second part of population referred to

Table 1. Screening criteria for studies (S1 Table).

First stage of screening	
Population	immigrant health professionals, refugee health professionals, international, foreign and overseas trained health professionals
Intervention	programmes that aimed to prepare the population for working in health professions
Second stage of screening	
Population	<ol style="list-style-type: none"> 1. immigrant health professionals, refugee health professionals, international, foreign and overseas trained health professionals 2. every health care profession according to the international labour organisation [34]
Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. programmes preparing the population for working in health professions 2. occupational specific educational programmes 3. programmes focusing on the recognition and licensing of the population 4. health profession specific language courses 5. intervention and sample must exceed two days and two participants 6. programmes for groups that are already working in their original occupations
Context	<ol style="list-style-type: none"> 1. labour market integration into health professions and health context 2. primary, secondary or tertiary care 3. contact to patients or with machines in health care
Outcome	<ol style="list-style-type: none"> 1. qualitative or quantitative evaluations 2. transparency in terms of evaluation methods
Study Design	<ol style="list-style-type: none"> 1. studies with primary and secondary data 2. studies carried out in a qualitative or quantitative manner 3. Exclusion criteria: 4. Commentaries, newspaper articles, and policy papers

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933.t001>

occupational groups and health professions. Besides generic synonyms like medical or professional personnel every health care profession according to the international labour organisation [34] was used as a term in order to ensure that no health care profession would be excluded.

Intervention: Intervention was defined as programmes that aimed to prepare the population to work in health professions. Occupation-specific educational programmes and programmes focusing on the recognition and licensing of the population were also included. Language courses were only included if they focused specifically on medical and health professional language. If the population group in the programme was already licensed or even working in their professions, the programmes were excluded because a successful labour market integration was presumed in these cases.

Context: The context of the intervention was labour market integration into health care and health context. Health care was defined in a very broad sense, not only including professions with contact to patients, but also those working with machines in primary, secondary or tertiary health care. Professions such as social workers or teachers were excluded.

Outcome: The intervention needed to be qualitatively or quantitatively evaluated. It was of crucial importance that evaluation methods were transparently described. Furthermore, the intervention and the sample had to exceed two days and two participants.

Study Design: Articles in German or English with primary and secondary data that were conducted in a qualitative or quantitative manner were considered for this review. Commentaries, newspaper articles, and policy papers were excluded.

Additionally, records identified from two reviews [28, 29] on qualification programmes for international medical graduates (IMG) were included into the screening process.

The full text screening was conducted independently by the first and second authors. Regular meetings between the authors were held to discuss differences. After the screening process, data from the studies were transferred into an extraction sheet and crosschecked by members of the research group. Data extraction related to several categories such as study design, information regarding the target group and the sample, information referring to the intervention, statistical analysis, evaluation methods, qualitative and quantitative results and key conclusions. The studies were assessed with the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) [35] and Kirkpatrick's Training Evaluation Model [36]. Kirkpatrick's Model assesses the scope of the evaluation performed in the programmes on four levels (Level 1: Reaction, Level 2: Learning, Level 3: Behaviour, Level 4: Results). The MMAT assesses the overall methodological quality of the studies according to four quality criteria, depending on the study design. According to these four quality criteria studies can be ranked from 25% to a maximum of 100%. All articles were independently assessed by the first and second authors and critically discussed to ensure consensus. Two raters reached an interrater reliability of $K = 0.8$ for the MMAT and $K = 1$ for Kirkpatrick's Training Evaluation Model. Throughout the screening and assessment process, regular meetings between the authors ensured critical reflection on possible disagreements and the reaching of a consensus.

Results

Study selection

Out of initially 8,507 findings, more than 7,000 had to be removed as they did not match the inclusion criteria for the first stage but often focused on the health of refugees and their treatment as patients. Through the update in September 2019, an additional 1,864 publications were found. 171 articles were included in the final full-text screening. 140 articles had to be excluded, mostly because they were not evaluated, did not offer any kind of programme or did not focus on health professionals. Eventually, 31 articles were included in the final analysis (Fig 1) and synthesised descriptively.

Study characteristics

The general characteristics as well as information related to structural aspects of the studies, content and evaluation are summarised in Table 2. Almost all of these studies ($n = 28$) were conducted in an English-speaking country. Two were conducted in Israel and one in Germany. They were mostly published in the 2000s ($n = 14$) and 2010s ($n = 14$). The majority of the programmes were addressed to international health care professionals ($n = 25$). Four studies used the terms *migrant* or *immigrant health professionals*, whereas two studies explicitly addressed refugees. Most of the programmes were designed for doctors ($n = 22$). Six studies were designed for nurses, two were open to all health care professions, and one was designed for physiotherapists.

Programme design

The programmes' length ranged from 2 days [53] to up to 2.5 years in cases of special forms of residency [19]. Programme designs can be divided into three categories. The first category refers to programmes combining teaching and clinical practise ($n = 11$ [15, 18–21, 41, 42, 46, 51, 52, 54]). The second category refers to programmes only offering teaching ($n = 10$ [22, 25–27, 39, 43, 44, 47, 50, 55]) or practise ($n = 2$ [40, 48]), whereas programmes in the third category ($n = 8$ [14, 23, 24, 37, 38, 45, 49, 53]) offered primarily elements of social support, such as mentorship [23, 37], peer support [45], reflection through exchange with local staff [14], case

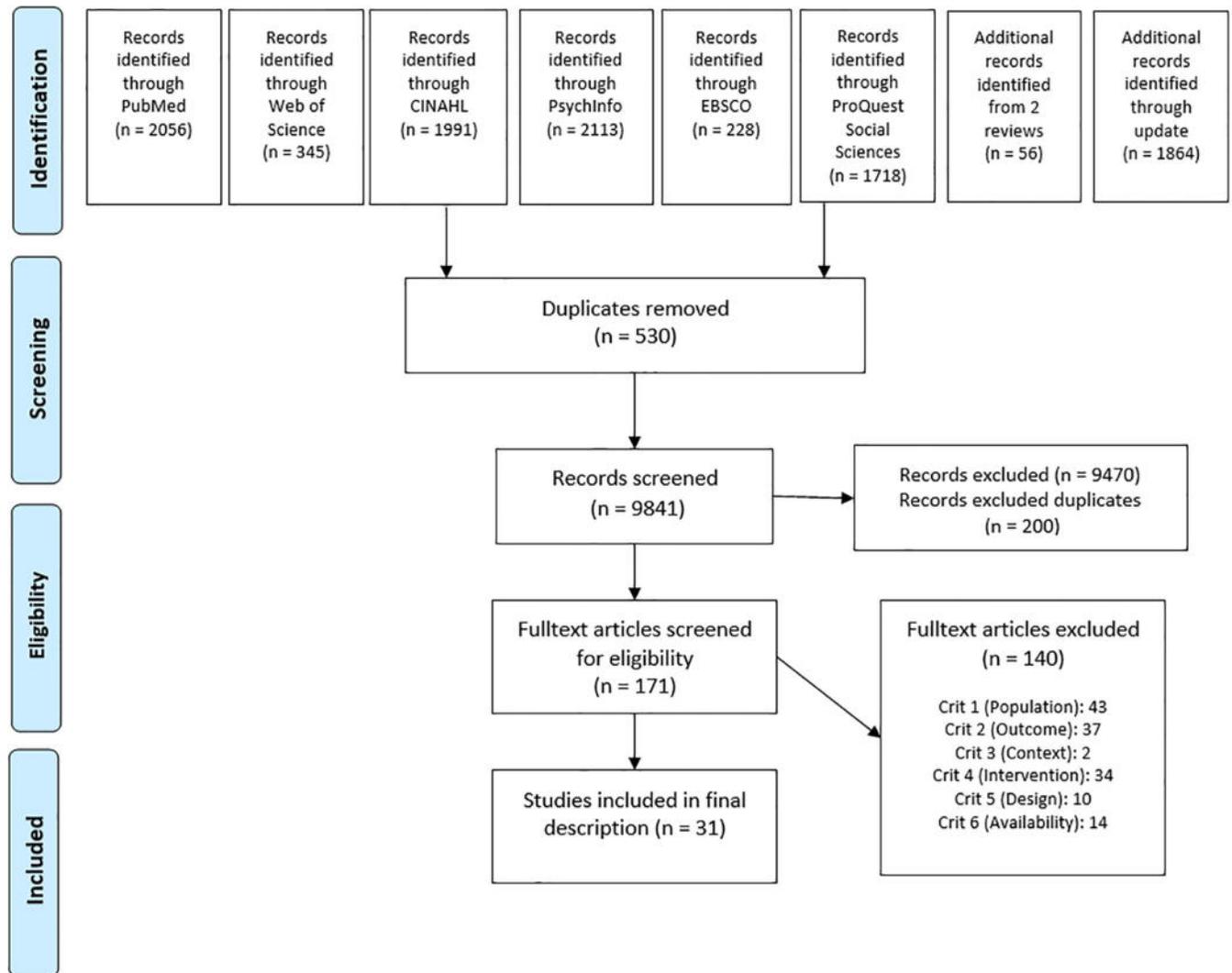


Fig 1. PRISMA flowchart.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933.g001>

management and counselling [38], career advice [45], social support or group activities. Within the third category, two programmes relied on media-based teaching only via videoconferences or web-tools (n = 2 [24, 49]). However, in most cases (n = 4 [23, 38, 45, 53]) these social support elements were combined with teaching.

Teaching content

Most programmes focused on language, communication and consultation skills, including aspects of doctor-patient-relationship (n = 13 [18, 21, 23, 39, 41–43, 45, 47, 49–52]), teamwork (n = 6 [15, 41, 42, 45, 47, 54]) and cultural and ethical aspects (n = 9 [18, 19, 21, 39, 41, 49, 50, 52, 53]). Medical standards, clinical practise (n = 10 [14, 22, 23, 27, 41, 42, 49, 52–54]) and the health care system (n = 8 [15, 20, 38, 41, 45, 50, 51, 53]) were also common topics. National examination preparation was likewise part of the delivered content (n = 10 [18, 20, 22–27, 50, 55]).

Table 2. Study characteristics (S2 Table).

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Andrew, 2010 [18]	Canada/Vancouver	International medical graduates (IMGs)	Non-randomised controlled trial	This programme was a family practise residency programme with a specific training site and teaching for IMGs in order to address more cultural, ethical, communication-related issues.	IMGs N = 371 Canadian: N = 313	Age: M = 40 Gender: no information Country of origin: no information	In-training evaluation report (ITER) and results of Canadian Certification in Family Medicine (CCFP) examination pass rates between IMGs and control group	There were no significant differences in the In-training evaluation report between Canadian and IMG students. In passing the CCFP examination Canadians still were more successful (95%) than IMGs (58%).
Atack et al., 2012 [20]	Canada/Ontario	Internationally educated nurses	Qualitative	This programme combined three elements: teaching, online based exercises and practise including English skills and an introduction to professional practise in Canada.	N = 62 (total) 1. Focus group sessions (N = 29) 2. Focus group (N = 19) 3. telephone interviews (N = 9)	Age: no information Gender: 53 female, 9 male Country of origin: no information	Focus groups and interviews at several points about individual feedback and programme strength and gaps	Programme enhanced participant's confidence; practise was seen as most valuable in adapting to host country's health care.
Daniel et al., 2016 [37]	Canada	Internationally educated health professionals (IEHPs)	Incidence Study	This programme introduced a Clinical Practise Facilitator (CPF) during an internship (including weekly classes) of IEHPs. The CPF had multiple roles: giving feedback to IEHPs, represent their interests, guide and encourage them.	N = 35 IEPs N = 37 CIs	Age: no information Gender: no information Country of origin: mostly Philippines (28%) and India (21%)	Self-developed questionnaire at the end of programme about the role of the CPF and benefits and challenges of the role	The versatile role of CPF was seen in several ways beneficial as for example to provide feedback, to answer questions and to support participants. Participants perceived cultural differences between the CPF and themselves as challenging.
Fernández-Peña, 2012 [38]	USA/California	Immigrant health professionals	Incidence Study	This programme focused on case management, building up networks for migrant health professionals as well as introducing them to US health care practise and language through courses.	N = 10,476	Age: 60% were between 30 and 49 Gender: 72% female, 28% male Country of origin: Mexico, Philippines, El Salvador, China, Peru, Colombia, Russia, India, Ukraine, Nicaragua, Iran, Haiti, Brazil, Guatemala	Demographic descriptive data (job post, exam taking rates, obtaining license, etc.)	WBI had a wide scope and reached a lot of immigrant health professionals. Approx. half of them succeeded in some way (validating their credentials, passed their exam, gained employment or higher positions).
Hawken, 2005 [21]	New Zealand/Auckland, Wellington	Overseas-trained doctors (OTDs)	Non-randomised controlled trial	This programme combined teaching (consultation, communication, cultural issued and ethics) and supervised clinical practise.	N = 96	Age: no information Gender: 22 female, 74 male Country of origin: Bangladesh, India, Sri Lanka, China, Egypt, Iraq, Iran, Singapore, Russia, Philippines, Serbia, Albania, Croatia	Pre-post and post course self-developed questionnaire for alumni's about the usefulness of the course, the participants' perception of their skills before and after the programme and suggestions for improvement	There was a significant increase (p<0.001) in participants comfort with their abilities to communicate effectively with patients in particular Maori patients (p<0.001).
Lujan & Little 2010 [25]	major city of the United-States	Migrated nurses	Mixed Methods	This programme was based on teaching with a focus on preparing for the state-approved examination.	N = 20	Age: M = 28 Gender: 19 female, 1 male Country of origin: Mexico	Formative and summative evaluation through verbal short answers and written examination results	Half of the participants passed the NCLEX-RN test with a pass rate of 50% which is higher than the earlier reported pass rate of 22%.

(Continued)

Table 2. (Continued)

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Majum-dar et al. 1999 [39]	Canada/ Ontario, Toronto	Foreign medical graduates (FMGs)	Non-randomised controlled trial	This programme leaned on teaching through group sessions, simulated interviews and observation of videos focusing on communication and cultural aspects.	N = 24 (experimental group) N = 24 (control group)	Age: no information Gender: 48% female, 52% male Country of origin: mostly China, Vietnam, Egypt	Cross-cultural Adaptability Inventory (CCAI) was used to assess ones effectiveness in cross-cultural situations compared to a control group pre-test/post-test	Significant differences were found in two dimensions: emotional resilience ($p < 0.001$) and perceptual acuity ($p < 0.03$).
McGrat & Hender-son, 2009 [40]	Australia/ Queens-land	International medical graduates (IMGs)	Qualitative	This programme facilitated observerships and additional education with medical/ professional knowledge.	N = 9	Age: range from 30–46 Gender: 4 female, 5 male Country of origin: mostly China (n = 6), Yugoslavia (n = 1), Philippines (n = 1) and Sri Lanka (n = 1)	Post course telephone-interviews about the participants' experiences with the programme, strengths and weaknesses of the programme	Programme was helpful and supportive for participants' entrance into workforce. Participants reported higher self-confidence, familiarity with the Australian health care and improvement of language and professional skills.
Ong & Paice, 2006 [15]	United Kingdom	Refugee doctors	Mixed Methods	This programme facilitated 'Senior House Officer' posts and introduced National Health Service (NHS) and other relevant issues through induction days.	N = 25	Age: M = 41 years Gender: 9 female, 16 male Country of origin: mostly Iraq and Iran	Post course questionnaires and group discussions about participants view of the programme were evaluated along with job post rates	Participants reported improved confidence and knowledge. They were able to build networks. 15 of the 25 participants achieved substantive jobs within 12 months.
Parrone et al., 2008 [26]	USA/Midwest	Foreign nurses	Non-randomised controlled trial	This programme focused on preparing for the NCLEX-RN Examination and developing practical skills in a laboratory. Counselling and tutoring was provided when needed.	N = 67	Age: range from 23–58 Gender: 52 female, 15 male Country of origin: mostly Philippines	Descriptive data about the correlation between attending the course, scoring rates of the HESI examinations and passing rates in the NCLEX-RN examination	There was a significant correlation ($p < 0.05$) between HESI scores and NCLEX-RN pass rates.
Peters & Braeseke, 2016 [19]	Germany	Immigrant nurses	Mixed Methods	This programme consisted of theoretical (language, work, care) and practical training prior to a language and intercultural training at arrival.	N = 138 (interviews) N = 100 (questionnaires)	Age: no information No information Country of origin: Vietnam	Formative and summative evaluation through (group) Interviews and self-developed questionnaires about the participants' and facilities' experiences	The majority (92%) of the nurses completed the training and now work as nurses. Nurses were satisfied with the programme. Over 90% of the nurses approved the usefulness of intercultural training.
Sullivan et al., 2002, [41]	Australia/ New South Wales	Overseas-trained doctors (OTDs)	Non-randomised controlled trial	This programme combined teaching and supervised clinical attachment.	N = 66	Age: female M = 37, male M = 36 Gender: 58% female, 42% male Country of origin: no information	Self-developed pre and post-test questionnaires, satisfaction sheets for daily sessions and a focus group at the end of the programme	Participants gained more confidence in their abilities to cope ($p < 0.004$) and in relating with patients and peers ($p < 0.000$), their communication ($p < 0.000$) and their judgemental ($p < 0.046$) skills. Participants had a greater understanding of the system and were less concerned about getting back to work.

(Continued)

Table 2. (Continued)

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Wright et al., 2011 [42]	Australia/ Gipps-land	International medical graduates (IMGs)	Mixed Methods	This programme offered simulated consultations along with meetings and web-based educational tools and a short period of observed practise.	N = 17	Age: M = 35	Self-developed questionnaires on meeting the learning objectives, pre post self- and external assessment through multisource feedback (MSF) and telephone interviews after the programme	Significant improvement was identified in three areas: technical skills, willingness and effectiveness when teaching colleagues and communication with carers and family.
						Gender: 7 female, 10 male		
						Country of origin: Sri Lanka, the Philippines, Colombia, India, Bulgaria, Bangladesh, Iran, Afghanistan, Vietnam, China, Egypt and Bosnia		
Baker & Robson, 2012 [43]	United Kingdom/ Scotland/ Dumfries and Galloway	International medical graduates (IMGs)	Mixed Methods	This programme focused on teaching language and consultation skills.	N = 14	Age: no information	Pre-post language skills assessment and post course focus groups	There was a significant improvement in defining clinical problems (p<0.02) and explaining problems (p<0.004) to patients. 44% of the supervisors saw an improvement in language and consultation skills.
						Gender: no information		
						Country of origin: India (n = 9), Pakistan (n = 2), Sri Lanka (n = 1), Libya (n = 1), Sudan (n = 1)		
Bruce et al., 1974 [44]	United States/ Illinois	Foreign medical graduates (FMGs)	Non-randomised controlled trial	This programme was a language course designed for the needs of FMGs in speaking publicly.	N = 9	Age: no information	Pre-post audio and video language assessment	The scores on audio and video performance before and after the programme showed significant improvement (p<0.005).
						Gender: 5 female, 4 male		
						Country of origin: Korea (n = 5), Philippines (n = 1), Taiwan (n = 1), Egypt (n = 1), Iran (n = 1)		
Cheung 2011 [45]	United Kingdom	Overseas-trained doctors (OTDs)	Mixed Methods	This programme combined teaching, peer support through other staff members and professional advice on career if needed.	N = 12	Age: no information	Post course (self-developed) questionnaire, focus group and telephone interviews	Participants rated the course as relevant (M = 4.7 on a 5-point Likert scale), adequate (M = 4.2). Participants highlighted the peer support especially when the peers had the same cultural background as the participants.
						Gender: no information		
						Country of origin: no information		
Elis et al., 2005 [22]	Israel	Foreign graduate residents	Non-randomised controlled trial	This programme focused on teaching medical subspecialties and preparation for examinations.	Study group: N = 130 internal medicine residents; Control group: N = 405 residents	Age: range 28–53	Self-developed feedback questionnaire post course, results in the Israeli examination compared to a control group	A high overall satisfaction score was given by the participants in response to the course (M = 4.28 on a 5-point Likert scale). Participants of the course had a significant higher chance of passing than the ones in the control group (41,7% vs. 30,4%; p<0.001).
						Gender Study group: 74 female, 56 males		
						Country of origin: mostly Soviet Union		

(Continued)

Table 2. (Continued)

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Gerrish & Griffith, 2004 [46]	United Kingdom	Overseas registered nurses	Qualitative	This programme combined three elements: an induction period, a supervised clinical practise and a mentorship by other nurses. Additional support was provided if needed.	N = 17	Age: no information	Individual and focus group interviews at several times	Participants identified areas of success they connected to the programme which were most important to them (such as gaining professional registration, fitness for practise, getting employed and professional development in a valued organisational culture).
						Gender: 17 female		
						Country of origin: China, Philippines, India, sub-Saharan Africa		
Goldszmidt et al., 2007 [47]	Canada	International medical graduates (IMGs) and Internationally sponsored residents (ISRs)	Non-randomised controlled trial	This programme focused on English for medical purposes thus learning through clinical standardised patient scenarios.	ISRs N = 5, IMG N = 1	Age: no information	Post programme feedback and pre-post self-evaluation of their skills	There was a significant increase in their communication skills (p = 0.03).
						Gender: no information		
						Country of origin: no information		
Greig et al., 2013 [23]	Canada	Internationally educated physiotherapists (IEPs)	Mixed Methods	This programme combined teaching (medical subjects and preparation for examinations) and a mentorship.	IEPs N = 124	Age: no information	National exam results between control and intervention group	More than half of the participants (69/124) were integrated into workforce after the programme. Participation led to a 28% greater possibility of passing the written examination.
						Gender: no information		
						Country of origin: UK (31%), India (21%), Australia (12%), Philippines (7%), US (5%), Brazil (5%), Iran (4%), Israel (3%), Netherlands (3%)		
Harris & Delany, 2013 [14]	Australia/Victoria	International medical graduates (IMGs)	Qualitative	This programme facilitated discussion and reflection sessions between IMGs and hospital staff.	No information	Age: no information	Feedback through evaluation cards after each session	Participants reported better adjustments to their new workplace and encouragement to critically reflect differences between their previous and current workplaces.
						Gender: no information		
						Country of origin: no information		
Horner, 2004 [48]	United Kingdom	Internationally recruited nurses	Non-randomised controlled trial	This programme facilitated a supervised practise programme.	IRNs N = 460 Mentors N = 100	Age: no information	Self-developed post course questionnaire	Most of the participants that responded (response rate 23%) evaluated the programme as very beneficial and highlighted that having a mentor or some kind of support was important. Study days increased their confidence and knowledge.
						Gender: no information		
						Country of origin: mostly from Philippines and Singapore		
Lax et al., 2009 [49]	Canada/Toronto	International medical graduates (IMGs)	Incidence Study	This programme consisted of a web-based e-learning programme focusing on communication and cultural issues through simulated doctor/patient scenarios, knowledge checks, reflective exercises and cases about medical topics.	S1: N = 20 S2: N = 42 S3: N = 33	Age: no information	Usability test through a self-developed questionnaire and monitoring of participants' use of the web-based programme	Participants showed high levels of participation in the programme. Repeated participation and revision indicated knowledge building.
						Gender: no information		
						Country of origin: no information		

(Continued)

Table 2. (Continued)

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Ong et al., 2002 [50]	United Kingdom/ London	Overseas-trained doctors (OTDs)	Non-randomised controlled trial	This programme offered teaching courses on several topics such as communication, professional practise and health care system, multicultural issues and job searching skills.	N = 136	Age: no information	Self-developed questionnaire after every daily session about the usefulness of the session	Topics were generally rated as useful (3.9–4.6, on a 5-point Likert scale). Most of the participants reported the programme was a useful introduction into NHS and workforce.
						Gender: no information		
						Country of origin: mostly India and Nigeria		
Ong & Gayen, 2003 [51]	United Kingdom/ London	Refugee doctors	Mixed Methods	This programme consisted primarily of clinical practise and was complemented by an induction day and an educational supervisor.	N = 29	Age: mean male 32 / mean female 36	Self-developed questionnaires at the end of the programme and analysis of discussions	All participants rated the scheme to be good or excellent (26/29). Most of the participants reported an increase in self-esteem and the feeling of belonging to a group. 17 of 29 doctors found a medical employment within 8 months.
						Gender: 9 female, 20 male		
						Country of origin: Iraq (n = 14), Afghanistan (n = 5), Algeria (n = 2), Iran (n = 2), Uganda/ Congo/Russia/Libya/ Ethiopia (each n = 1)		
Porter et al., 2008 [52]	United States, Omaha, Nebraska	International medical graduates (IMGs)	Mixed Methods	This programme alternated between theoretical approaches and clinical attachments. Furthermore it gave an orientation into residency and offered social support.	N = 11 (pre-post-test) N = 5 (interviews)	Age: no information	Medical knowledge and skills assessment through self-developed questionnaires pre and post course and interviews after the course	There was a significant increase in post-test scores for medical knowledge and skills such as discharge script writing and Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP) note definition (p<0.05). Having a respectful and helpful instructor was emphasized by participants as well as their familiarisation with staff and health care.
						Gender: 3 female, 8 male		
						Country of origin: mostly India		
Romem & Benor, 1993 [27]	Israel	Immigrant doctors	Non-randomised controlled trial	This programme focused on courses on medical subjects through lecturing and problem oriented learning in small groups. Social group activities were integrated.	N = 273	Age: 25–45	Success rate in examination compared to a control group	The doctors who participated in the programme had a higher success rate at examination than that of the control group (p<0.019).
						Gender: 142 female, 131 male		
						Country of origin: 226 from the Commonwealth Republics (82.8%), 32 Eastern European countries (11.7%), Rest: South America (5.1%) and one from Iran		
Stenerson et al., 2009 [53]	Canada/ Saskatchewan	International medical graduates (IMGs)	Mixed Methods	This programme was based on an induction DVD and an orientation guide. Additionally a two day conference focused on clinical practise issues.	N = 107	Age: no information	Post-course self-developed questionnaires and telephone interviews post course	Participants were satisfied with conference and 69% reported knowledge gains through conference and media based materials. These materials also supported in adjusting to the new workplace.
						Gender: no information		
						Country of origin: no information		

(Continued)

Table 2. (Continued)

Reference	Host Country	Target Population	Study Design	Summary of Intervention	Sample		Description of Evaluation methods	Summary of Outcomes
					total N	Age, Gender, Country of origin		
Watt et al., 2010 [54]	Canada/ Alberta, Calgary	International medical graduates (IMGs)	Non-randomised controlled trial	This programme combined a didactic course including role plays, case scenarios, practical exercises with a clinical placement including supervision and feedback.	S1: N = 39 S2: N = 235	Age: S1: range 25–35 S2: M = 39 Gender: S1: 25 female, 14 male; S2: 135 female, 100 male Country of origin: S1: 17 countries (South American countries, Pakistan, China, Iran and African countries) S2: 22 countries of origin (primarily China, India, Pakistan, Iran, Eastern Europe and African countries)	Pre-post practicum ITER (S1) and pre-post English language assessment (S1 and S2). Post-course feedback by a self-developed questionnaire. Additionally there was a comparison group on Objective structured clinical examination (OSCE) data and language proficiency (S2)	There were significant changes in the language proficiency (p<0.001) pre and post-test. Improvements were also rated through ITER reports in clinical knowledge and skills (p<0.01). Participants of the programme outperformed other IMGs in their OSCE scores (they passed more OSCE station p<0.05 and had higher scores p.0.01).
Higgins et al., 2013 [24]	Australia/ Queensland	Specialist Int. medical graduates	Non-randomised controlled trial	This programme consisted of guided videoconferencing making exam topics a subject of discussion.	N = 166	Age: no information Gender: no information Country of origin: no information	Participation and attendance of the media based programme modules associated with exam pass or fail rates	There was an association between tutorial participation and exam success. (Pass rate for those who participated 72%, for those who did not participate 41%).
Christie et al., 2011 [55]	Australia	International medical graduates (IMGs)	Mixed Methods	This programme consisted of a communication course focusing on language.	N = 8	Age: no information Gender: no information Country of origin: no information	Anonymous post course questionnaires, assessment of language skills pre and post programme, focus group post course	There was improvement in pronunciation and non-verbal behaviour. Participants stated the training was useful.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933.t002>

Clinical practise

Clinical practise relates to any kind of clinical engagement—whether as an observer, an intern or as an employee. Clinical practise was supported by a mentor or a supervisor and emphasised as an important aspect of a programme. The role of the supervisor was emphasised by participants in one study [37] on the following terms: the supervisor should not only be a contact person to answer questions about clinical practise, but their role in the studies was also to give feedback, support, and promote participants’ skills and commitment. Results in one study explicitly reported on the lack of cultural competences of the supervisors, which resulted in the discouragement of the participants [37]. Two programmes solely offered clinical practise for three months [40, 48]. In terms of payment, one programme explicitly acknowledged the unpaid work of the participants during the clinical practise [40].

Social support

Other elements of the programmes included peer support [45], the establishment of a network, especially with local staff [38], discussion and reflection with and between local staff [14], case management [38], counselling [19, 26, 41, 45], social support [52] and group activities [27].

Study design and evaluation methods

Most studies either used a non-randomised controlled design ($n = 6$ [18, 22, 23, 27, 39, 54]) or a non-randomised one group design ($n = 20$ [15, 19, 21, 24, 26, 37, 38, 41–45, 47–53, 55]). In terms of evaluation methods, 14 studies [18, 21, 24, 26, 27, 37–39, 44, 47–50, 54] used a quantitative evaluation method, 13 used a mixed methods evaluation design [15, 19, 22, 23, 25, 41–43, 45, 51–53, 55] and four [14, 20, 40, 46] used a qualitative approach. Four studies used validated instruments such as the Cross-Cultural Adaptability Inventory (CCAI) [39], Objective structured clinical examination (OSCE) [54], In-Training Evaluation Report (ITER) [18, 54] and Multisource feedback (MSF) [42]. These instruments assess one's adaptability to any culture (CCAI), communication and clinical skills (OSCE), overall performance in care (ITER) and a 360-degree evaluation of the employee (MSF). Aside from these evaluation methods, 15 studies used self-developed questionnaires, and ten studies used other kinds of measurements (passing rates, web-based participation, video assessment, getting job posts, etc.).

Outcomes

The outcomes of the interventions can be divided into three categories: the improvement of (i.) professional skills, (ii.) formal skills and (iii.) language skills. Within the first category of improving professional skills ($n = 20$), participants reported on gaining knowledge about the health care system and becoming familiarised with the system and the procedures. Studies also indicated an increase in self-confidence amongst the participants and observed significant improvements in terms of communication skills ($p < 0.001$, [21]), emotional resilience ($p < 0.001$, [39]) and perceptual acuity ($p < 0.03$, [39]), coping with patients and peers ($p < 0.000$, [41]), judgemental skills ($p < 0.046$, [41]), defining and explaining clinical problems ($p < 0.02$, [43]), script writing ($p < 0.05$, [52]) and on In-training evaluation reports ($p < 0.001$, [54]).

The second category ($n = 13$) refers to formal resources, such as getting jobs, passing national exams and establishing professional networks. Three studies proved higher chances of passing the national examinations through their programmes [22, 26, 27], whereas one study could not find any significant differences following programme completion [18].

The third category refers to outcomes only on the language skills level ($n = 10$). This includes improvement in language, consultation and communication skills. Apart from the significant changes in communication and writing skills that were reported in the first category, one programme explicitly focused on audio and video performance of the participants. They showed significant improvement in language skills ($p < 0.005$, [44]), such as speaking, listening, comprehension and nonverbal communication.

Quality assessment of the programmes

The majority of the studies ($n = 17$) evaluated on only one level of Kirkpatrick's training evaluation model (Table 3): eight studies evaluated only on the level of reaction, 3 studies on the level of learning, none on the level of behaviour and 5 on the level of results in terms of passing rates of examinations or getting jobs. All the other studies ($n = 14$) evaluated outcomes on two or more levels of Kirkpatrick's training evaluation model. The mean MMAT score (Table 3) for qualitative ($n = 4$) and quantitative descriptive studies ($n = 3$) was 75%, for quantitative randomised studies ($N = 13$) it was 50% and for mixed methods studies ($n = 11$) between 25% ($n = 7$) and 50% ($n = 6$).

Table 3. Quality assessment (S3 Table).

Qualitative				Quantitative descriptive			
Reference	Kirkpatrick Level	MMAT Items*	Rating MMAT	Reference	Kirkpatrick Level	MMAT Items	Rating MMAT
Atack et al., 2012 [20]	1 and 4	1.1. yes 1.2. yes 1.3. yes 1.4. can't tell	75%	Daniel et al., 2016 [37]	1	4.1. yes 4.2. yes 4.3. yes 4.4. no	75%
McGrath & Henderson, 2009 [40]	1	1.1. yes 1.2. yes 1.3. yes 1.4. yes	100%	Fernández-Peña, 2012 [38]	4	4.1. yes 4.2. yes 4.3. can't tell 4.4. yes	75%
Gerrish & Griffith, 2004 [46]	1	1.1. yes 1.2. yes 1.3. yes 1.4. no	75%	Lax et al., 2009 [49]	1	4.1. yes 4.2. no 4.3. yes 4.4. yes	75%
Harris & Delany, 2013 [14]	1	1.1., yes 1.2. yes 1.3. no 1.4. no	50%				
*MMAT Items: 1. Sources of data relevant to objectives 2. Analysis process relevant to objectives 3. Consideration of findings relate to context 4. Consideration of findings relate to context				*MMAT Items: 1. Sampling strategy relevant to objectives 2. Sample representativeness 3. Measurements appropriate 4. Acceptable response rate			
Quantitative non randomised				Mixed Methods			
Reference	Kirkpatrick Level	MMAT Items	Rating MMAT	Reference	Kirkpatrick Level	MMAT Items	Rating MMAT
Andrew, 2010 [18]	3 and 4	3.1. no 3.2. yes 3.3. no 3.4. yes	50%	Lujan & Little 2010 [25]	4	1. 1 yes, 1.2. can't tell, 1.3. no, 1.4. no 4.1. yes, 4.2. yes, 4.3. yes, 4.4. yes 5. 1. yes, 5.2. yes, 5.3. no	25%
Hawken, 2005 [21]	1, 2, 3	3.1. yes 3.2. can't tell 3.3. can't tell 3.4. no	25%	Ong & Paice, 2006 [15]	1 and 4	1.1 yes, 1.2. yes, 1.3. no, 1.4. no 4.1., yes, 4.2. yes, 4.3. yes, 4.4. yes 5. yes, 5.2. yes, 5.5. no	50%
Majumdar et al. 1999 [39]	2	3.1. no 3.2. yes 3.3. yes 3.4. yes	75%	Peters & Braeseke, 2016 [19]	1 and 4	1.1.yes, 1.2. yes, 1.3. no, 1.4. no, 4.1.yes, 4.2. yes, 4.3. can't tell, 4.4. yes 5.1. yes, 5.2. yes, 5.3. no	50%
Parrone et al., 2008 [26]	4	3.1. can't tell 3.2. yes 3.3. no 3.4. yes	50%	Wright et al., 2011 [42]	1, 2, 3	1.1. yes, 1.2. yes, 1.3. yes, 1.4. yes 3.1. no, 3.2. yes, 3.3. no, 3.4. yes 5. 1 yes, 5.2. yes, 5.3. no	50%
Sullivan et al., 2002, [41]	2	3.1. no 3.2. yes 3.3. no 3.4. yes	50%	Baker & Robson, 2012 [43]	1 and 2	1. 1. yes, 1.2. yes, 1.3. yes, 1.4. yes 3.1. no, 3.2. no 3.3. no, 3.4. yes 5. yes, 5.2. yes, 5.3. yes	25%
Bruce et al., 1974 [44]	2	3.1. no 3.2. yes 3.3. no 3.4. yes	50%	Cheung 2011 [45]	1	1.1. yes, 1.2. can't tell, 1.3. no, 1.4. no 4.1. yes, 4.2. can't tell, 4.3. can't tell, 4.4. yes 5.1. yes, 5.2. yes, 5-3. no	25%
Elis et al., 2005 [22]	1 and 4	3.1. can't tell 3.2. yes 3.3. yes 3.4. yes	75%	Greig et al., 2013 [23]	1, 2, 4	1.1.yes, 1.2. can't tell, 1.3. can't tell, 1.4. no 3.1. can't tell, 3.2. yes, 3.3. yes, 3.4. yes 5. yes, 5.2. yes, 5.no	25%

(Continued)

Table 3. (Continued)

Goldszmidt et al., 2007 [47]	1 and 2	3.1. yes 3.2. no 3.3. no 3.4. yes	50%	Ong & Gayen, 2003 [51]	1 and 4	1.1 yes, 1.2. can't tell, 1.3. no, 1.4. no 3. 1 can't tell, 3.2. no, 3.3. can't tell, 3.4. yes 5.1. yes, 5.2. yes, 5.3. no	25%
Horner, 2004 [48]	1	3.1. yes 3.2. no 3.3. can't tell 3.4. no	25%	Porter et al., 2008 [52]	1, 2, 3	1.1. yes, 1.2. yes, 1.3. no, 1.4. can't tell 4.1. yes, 4.2. yes, 4.3. yes, 4.4. yes 5.1. yes, 5.2. yes, 5.2. no	50%
Ong et al., 2002 [50]	1	3.1. no 3.2. yes 3.3. can't tell 3.4. yes	50%	Stenerson et al., 2009 [53]	1	1.1. yes, 1.2. can't tell, 1.3. no, 1.4. no 3. 1 can't tell, 3.2. yes, 3.3. can't tell, 3.4. yes 5.1 yes, 5.2 yes, 5.3 no	25%
Romem & Benor, 1993 [27]	4	3.1 no 3.2. yes 3.3. no 3.4. yes	50%	Christie et al., 2011 [55]	1 and 2	1.1. yes, 1.2. no, 1.3. no, 1.4. no 3. 1 can't tell, 3.2. yes, 3.3. can't tell, 3.4. yes 5.1. yes, 5.2. yes, 5.3. no	25%
Watt et al., 2010 [54]	1 and 2	S1: 3.1. can't tell 3.2. yes 3.3. can't tell 3.4. yes S2: 3.1. can't tell 3.2. yes 3.3 can't tell 3.4. yes	50% 50%				
Higgins et al., 2013 [24]	4	3.1. can't tell 3.2. yes 3.3. can't tell 3.4. yes	50%				
*MMAT Items: 1. Low-biased way of recruiting 2. Measurements appropriate 3. Consideration of differences between groups 4. Complete outcome data				*MMAT Items: 1. Mixed methods research design relevant to objectives 2. Integration of results relevant to objectives 3. Consideration of limitations associated with this integration			

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933.t003>

Discussion

This review aimed to identify evidence-based qualification programmes for immigrant health professionals and analyse their effectiveness. Previous research on the effectiveness of labour market programmes for all immigrants in Europe suggests that only wage subsidies positively influence the unemployment of immigrants [56]. However, as highly skilled professionals tend to remain in jobs which they are overqualified for, the question of how to successfully support their re-integration into labour markets arises. Research on IMGs' transition indicates that qualification programmes surely play a role in the adjustment of IMGs and state that ongoing support is crucial for the success of such [28]. Nevertheless, research to date was unable to determine the effectiveness of programmes, as they lacked systematic evaluations. Hence, this review focused only on evidence-based programmes that transparently named evaluation methods. However, after becoming familiarised with the studies and assessing their quality, it became apparent that the risk of bias in the included studies was high and/or in many cases not sufficiently reflected upon. Additionally, due to a lack of reporting in the included studies, there may be a risk of incomplete or missing data in this review especially referring to the programmes design and content. In the context of programme design and content, it is important

to reflect on the social context of the programmes. National examinations, licensing procedures and other requirements may influence the purpose of the programmes and correspond to national requirements. However, in this study no country-specific patterns could be identified. Therefore, results on programme design, content and effectiveness can help educational providers design, implement and evaluate their programmes so that several aspects may be replicated in further studies.

Programme design

Only one programme [38] in this review explicitly offered advice to participants about their career strategy before starting the qualification programme, although providing assistance for participants prior to the programme is recommended [12]. This may not only be helpful in terms of establishing individual career plans [12] but also in reducing barriers for participation, such as financial issues [38]. Regarding the core elements of the programmes, three components were identified: Teaching, clinical practise and elements of social support. These elements were either provided in combination or separately depending on the intervention aim. As language competencies are the first requirement for a successful labour market integration, it is not surprising that language and communication—including aspects of doctor-patient relationship, cultural issues and teamwork—seem to be the most important topic in the curriculum. However, it is surprising that only ten programmes aimed to prepare participants for examinations, even though passing national exams is a formal requirement on the path of labour market integration for health professionals [13]. This rare focus on exam preparations may be explained by the fact that a certain language proficiency is required in order to pass the exams, which is why programme providers focus primarily on language skills. As mentioned above, studies in this review mostly reported successful outcomes. When it comes to clinical practise, one study reported challenges between participants and supervisors who lacked cultural competencies [37], whereas in another study participants emphasized support from peers of the same cultural background as being helpful [45]. This underlines the role of local employees and health care providers who can function as facilitators. They can contribute to the success of labour market integration through a cultural competent attitude that supports the integration of immigrant health professionals [28]. It is also consistent with the claim that organisations need to promote an interculturally aware and sensitive atmosphere in order to give immigrant health professionals a sense of being accepted [28]. Furthermore, local supervisors, mentors or buddies can become trustworthy go-to persons in situations of doubt and provide the opportunity to try out tasks in a safe environment [28]. In addition, it can be assumed that they serve as the initial network in the clinical environment that may influence the target populations' career in terms of long-term sustainability. One limitation about the programmes was that it remained unclear whether there was any support for participants following successful completion of the programme and whether long-term networks were established via these programmes that could increase the cultural and social capital of participants and contribute to the outcomes identified in the second category of formal resources.

The appropriate length of a programme could not be determined due to a lack of reporting in the studies. Although there is no evidence on how long it takes health professionals to adapt to their new environment [57], results indicate that most providers prefer a programme of three to four months in duration. This duration is in line with recommendations given by the European Union for the labour market integration of refugees, stating that programmes with a duration of more than one year delay the transition to employment [12].

In general, the concepts of all reviewed programmes revealed a deficit-oriented view based on the assumption that immigrants come from countries with differing standards that need to

be adapted to those of the host country by means of these programmes. However, at the same time these professionals bring competencies and work experience, which are often not valued in the host country [11]. Similarly, previously gained competencies were not made visible in the programmes and thus not explicitly acknowledged. But with regard to the reported stress factors such as deskilling and high levels of frustration, as well as with regard to the outcomes that reported an increase in self-confidence, it appears that more positive affirmation and visible empowerment is needed in order to positively influence labour market integration [58]. Offering social support contributes to addressing this need. Nonetheless, to go even further, programme providers and organisations are responsible for creating an appreciative and empowering working and learning environment [28] in order to prevent immigrant health professionals from feeling like second-rate employees [59].

Programme effectiveness

Approximately a quarter of the over 170 studies had to be excluded from this review in the second screening phase due to a lack of transparency in terms of evaluation methods. Based on the included studies, a general trend was observed in three different outcome dimensions: the improvement of (i.) professional skills (ii.) language skills and (iii.) the acquisition of formal qualifications. Although the sorting of the outcomes into these three dimensions should be interpreted with caution, as they are intertwined, they had an increase of self-confidence among the participants and their familiarisation with the health care system in common. As the loss of self-confidence and deskilling are reported stress factors for immigrants, it can be assumed that such programmes are at least helpful in counteracting these stress factors. However, in what way they contribute to a long-term successful labour market integration and how well immigrant health professionals adjust to their new working environment cannot be determined with certainty. Although a certain lack of evaluation methods and significant outcomes is consistent with previous research in this field [28–30], it raises the question about the appropriateness of the existing evaluation methods for the target group, as the instruments used to date in this field of research have limited or untested validity and reliability [60], and self-developed questionnaires are unreliable [61]. This may be one explanation for the poor quality of the studies assessed. Another reason for the poor assessment is the appropriateness of the MMAT tool in this context. If missing information from the studies was not traceable, studies received lower scoring rates due to information resources but not necessarily due to a poor methodological quality. Another challenge in applying this tool was selection bias for quantitative non-randomised studies. When working with immigrant health professionals, providers may not always be able to randomly choose participants. So during quality assessment, we were generally unable to definitively answer the question referring to selection bias, thus certain studies were rated poorly. Also, in most of the programmes there was no control group, which always led to one question (MMAT Item 3) remaining unanswered, thus resulting in assessment indicating poor methodological quality. The same applies to mixed method studies, where generally question three on appropriateness of reflection upon triangulation methods could not be answered as the term “appropriate” in its item is not clearly defined. Nevertheless, through quality assessment it can be concluded that there is a lack of systematically evaluated programmes without a high risk of bias. One possible explanation for this may be that programme providers’ primary focus is not to conduct a scientific research but to promote the hands-on re-integration of immigrant health professionals. Despite this, in this review studies were only included if they were evaluated and published. Due to a lack of resources, we excluded grey literature. However, a number of qualification programmes are delivered by governments or non-governmental organisations who do not publish in scientific journals.

Thus, it should be noted that more programmes for the labour market integration exist that are helpful in some ways but have not been evaluated or published yet.

Despite the above listed challenges, a broad range of programmes was able to be identified. At the same time major blind spots in the field of qualification programmes became apparent. Out of the 31 included programmes, two were addressed to refugees—more precisely they were addressed to refugee doctors as part of a larger National Health Service (NHS) initiative aiming at getting refugee doctors back to work. This reveals a threefold gap in this field of research: (1) a lack of programmes for refugee health professionals (2) a lack of programmes for all health professionals (3) a lack of programmes that are systematically evaluated. The first gap refers to a general lack of programmes for refugees. This may be due to the fact that the latest included programme in this review dates back to 2016. The numbers of refugees increased between 2012 and 2015 [16] and raised humanitarian issues prior to issues of labour market integration [62]. Nevertheless, considering their labour market integration, there is evidence that refugees are confronted with more barriers than immigrants, due to their sudden flight and legal restrictions [6, 13]. These barriers may particularly affect refugee women, as they have poorer labour market outcomes [12]. Therefore, programme providers should consider the specific barriers for women and refugees in order to ensure an equitable access to labour market [7, 63]. The second gap refers to a lack of programmes that are supportive to all health professionals, although there is evidence that transition needs of doctors and nurses are similar and that exchange between professions is fruitful in terms of acculturation [28]. As skilled labour shortage does not only apply to doctors but also to other professions [3], programme providers should consider partly opening up programmes to involve all health care professions, instead of focusing on doctors. The third gap refers to a lack of programmes that are systematically evaluated. Consequently, the development of appropriate instruments for working with immigrant population in the context of qualification programmes should be promoted by future researchers.

Strengths and limitations

The major strength of this review is the focus on a large group—not only international medical graduates but also immigrants and refugees and the consideration of their special needs. Furthermore, international programmes for all health professionals were included and interdisciplinary databases were used to consider programmes from all fields. Since there was no time limit set and due to the use of broad search terms, we were able to systematically analyse the content and the outcomes of the programmes. The analysis was also supported through quality assessment and the continuous reflection between the co-authors in order to ensure high quality of the findings. Nevertheless, there is a certain risk of bias in this review in terms of the population. Due to a lack of programmes for refugees, the search was extended to immigrant and international health professionals, although due to their flight and the circumstances of their flight, refugees may face even more or different challenges than international health professionals [6]. Another limitation of this review is that only studies in German and English were included in the analysis, and studies published in other languages are missing. Correspondingly, in this review there is only a representation of programmes conducted in the Global North, despite the fact that ten of the twenty largest destination countries for migrants worldwide are located in countries of the Global South [2].

Conclusion

This study summarises evidence-based qualification programmes for immigrant health professionals and analyses their content and outcomes. Courses on communication, medical

standards and cultural aspects were frequently offered. Depending on the aim of the intervention they were combined with clinical practise or elements of social support. Effectiveness was mostly observed in the area of language improvement and in an increase of self-confidence. Nevertheless, the quality assessment of the studies pointed out a lack of transparency in terms of evaluation methods. Results also indicate a lack of evaluated programmes for all health professionals and refugees. Thus, educational providers should focus on implementing cross-occupational programmes, considering the special needs of subgroups, such as refugees, and evaluate their programmes in order to generate best practises.

Supporting information

S1 File. Search strings.

(DOCX)

S1 Table. Screening criteria.

(DOCX)

S2 Table. Study characteristics.

(DOCX)

S3 Table. Quality assessment.

(DOCX)

S4 Table. PRISMA Checklist.

(DOC)

Author Contributions

Conceptualization: Sidra Khan-Gökkaya, Mike Mösko.

Data curation: Sidra Khan-Gökkaya.

Formal analysis: Sidra Khan-Gökkaya, Sanna Higgen.

Investigation: Sidra Khan-Gökkaya.

Methodology: Sidra Khan-Gökkaya, Sanna Higgen, Mike Mösko.

Supervision: Mike Mösko.

Visualization: Sidra Khan-Gökkaya.

Writing – original draft: Sidra Khan-Gökkaya.

Writing – review & editing: Sidra Khan-Gökkaya, Sanna Higgen, Mike Mösko.

References

1. International Organization for Migration. World Migration Report 2018. Geneva: Switzerland: International Organization for Migration, 2018. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. International Migration Report 2017. Highlights. New York: United Nations, 2017. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf.
3. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context: global shortages and international migration. *Global health action*. 2014; 7:23611. Epub 2014/02/25. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611> PMID: [24560265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560265/)
4. Knapp B, Bähr H, Dietz M, Dony E, Fausel G, Müller M, et al. Beratung und Vermittlung von Flüchtlingen: IAB-Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), 2017. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb0517.pdf>.

5. Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human Resources for Health*. 2016; 14(1):57. Epub 2016/09/25. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0153-4> PMID: 27662831
6. Ong YL, Bannon M, Paice E. Getting refugee doctors back to work: challenges, obstacles and solutions. In: Jackson N, Carter Y, editors. *Refugee Doctors: Support, Development and Integration in the NHS*: Radcliffe Publishing; 2004. p. 31–7.
7. Bloch A. Refugees in the UK labour market: The conflict between economic integration and policy-led labour market restriction. *Journal of Social Policy*. 2008; 37(1):21–36.
8. Lai DW, Janki S, Ernest K. Unspoken skills and tactics: Essentials for immigrant professionals in integration to workplace culture. *Journal of International Migration and Integration*. 2017; 18(3):937–59. <http://dx.doi.org/10.1007/s12134-017-0513-5>.
9. Humphries N, Tyrrell E, McAleese S, Bidwell P, Thomas S, Normand C, et al. A cycle of brain gain, waste and drain: a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human Resources for Health*. 2013; 11(63). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-63> PMID: 24321432
10. Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, Kutalek R. "Why should I have come here?": A qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:74. Epub 2015/04/18. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0737-z> PMID: 25885693
11. Mozetic K. Being highly skilled and a refugee: Self-perceptions of non-european physicians in Sweden. *Refugee Survey Quarterly*. 2018; 37(2):231–51. <https://doi.org/10.1093/rsq/hdy001>
12. Konle-Seidl R, Bolits, G. *Labour Market Integration of Refugees: strategies and good practices*. Brussels: European Parliament. Policy Department A: Economic and Scientific Policy, 2016.
13. Desiderio MV. *Integrating refugees into host country labor markets: challenges and policy options*. Washington D.C.: Migration Policy Institute, 2016.
14. Harris A, Delany C. International medical graduates in transition. *The clinical teacher*. 2013; 10(5):328–32. Epub 2013/09/11. <https://doi.org/10.1111/tct.12021> PMID: 24015740
15. Ong YL, Paice E. A successful initiative for getting refugee doctors back into medical employment: the PRIME project. *British Journal of Hospital Medicine*. 2006; 67(5):264–6. Epub 2006/05/30. <https://doi.org/10.12968/hmed.2006.67.5.21067> PMID: 16729638
16. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends. Forced Displacement in 2016*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2017.
17. World Health Organization. *Out of conflict, a new life for Syrian health workers in Turkey 2018* [06.12.2018]. <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2018/3/out-of-conflict.-a-new-life-for-syrian-health-workers-in-turkey>.
18. Andrew RF. How do IMGs compare with Canadian medical school graduates in a family practice residency program? *Canadian Family Physician*. 2010; 56(9):e318–22. PMID: 20841570
19. Peters V, Braeseke G. *Pflegekräfte aus Vietnam*. *Pflege*. 2016; 29(6):315–21. Epub 2016/11/17.
20. Atack L, Cruz EV, Maher J, Murphy S. Internationally educated nurses' experiences with an integrated bridge program. *Journal of continuing education in nursing*. 2012; 43(8):370–8. Epub 2012/06/22. <https://doi.org/10.3928/00220124-20120615-62> PMID: 22715875
21. Hawken S. Overseas-trained doctors' evaluation of a New Zealand course in professional development. *The New Zealand medical journal*. 2005; 118(1219):U1584. Epub 2005/08/02. PMID: 16059405
22. Elis A, Notzer N, Lewinski U, Rapoport MJ. A training course for the Israeli phase I written board examination in internal medicine increases the success rate of foreign graduate physicians. *European Journal of Internal Medicine*. 2005; 16(3):165–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2004.12.002> PMID: 15967330
23. Greig A, Dawes D, Murphy S, Parker G, Loveridge B. Program evaluation of a model to integrate internationally educated health professionals into clinical practice. *BMC medical education*. 2013; 13:140. Epub 2013/10/15. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-140> PMID: 24119470
24. Higgins NS, Taraporewalla K, Edirippulige S, Ware RS, Steyn M, Watson MO. Educational support for specialist international medical graduates in anaesthesia. *Medical Journal of Australia*. 2013; 199(4):272–4. <https://doi.org/10.5694/mja12.11639> PMID: 23984785
25. Lujan J, Little K. Preparing underemployed Latino U.S. nurses through the Mexico NCLEX-RN Success Program. *The Journal of nursing education*. 2010; 49(12):704–7. Epub 2010/10/20. <https://doi.org/10.3928/01484834-20100930-03> PMID: 20954572
26. Parrone J, Sredl D, Miller M, Phillips M, Donaubaauer C. An evidence-based teaching/learning strategy for foreign nurses involving the health education systems incorporated examination as a predictor for national council licensure examination for registered nurses success. *Teaching & Learning in Nursing*. 2008; 3(1):35–40.

27. Romem Y, Benor DE. Training immigrant doctors: issues and responses. *Medical Education*. 1993; 27(1):74–82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1993.tb00232.x> PMID: 8433665
28. Kehoe A, McLachlan J, Metcalf J, Forrest S, Carter M, Illing J. Supporting international medical graduates' transition to their host-country: realist synthesis. *Medical Education*. 2016; 50(10):1015–32. <https://doi.org/10.1111/medu.13071> PMID: 27628719
29. Lineberry M, Osta A, Barnes M, Tas V, Atchon K, Schwartz A. Educational interventions for international medical graduates: a review and agenda. *Medical Education*. 2015; 49(9):863–79. Epub 2015/08/25. <https://doi.org/10.1111/medu.12766> PMID: 26296403
30. Covell CL, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health*. 2016; 14(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0135-6> PMID: 27316536
31. 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. Epub 2009/07/22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> PMID: 19621072
32. Sackett DL, Straus S, Richardson W, Rosenberg S, Haynes RB. *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*: Churchill Livingstone; 2000.
33. Peters M, Godfrey C, Khalil H, McInerney P, Soares C, Parker D. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. University of Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2017.
34. International Labour Office. *International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)*, Geneva: ILO, 2012.
35. 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>.
36. Kirkpatrick DL. *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.
37. Daniel SL, Annemarie L, Switzer-McIntyre S, Evans C. An innovative program to support internationally educated health professionals and their instructors: role of the clinical practice facilitator. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2016; 36(4):269–77. <https://doi.org/10.1097/CEH.000000000000115> PMID: 28350308
38. Fernández-Peña J. Integrating immigrant health professionals into the US health care workforce: A report from the field. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 2012; 14(3):441–8. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9496-z> PMID: 21769614
39. Majumdar B, Keystone JS, Cuttress LA. Cultural sensitivity training among foreign medical graduates. *Medical Education*. 1999; 33(3):177–84. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00291.x> PMID: 10211237
40. McGrath P, Henderson D. *The observer program: insights from international medical graduates*. Education for Health: Change in Learning & Practice (Medknow Publications & Media Pvt Ltd). 2009; 22(3):1–10.
41. Sullivan EA, Willcock S, Ardzejewska K, Slaytor EK. A pre-employment programme for overseas-trained doctors entering the Australian workforce, 1997–99. *Medical Education*. 2002; 36(7):614–21. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01196.x> PMID: 12109980
42. Wright A, Ryan M, Haigh C, Sunderji I, Vijayakumar P, Smith C, et al. Supporting international medical graduates in rural Australia: a mixed methods evaluation. *Rural and Remote Health*. 2011; 11(4):1–18.
43. Baker D, Robson J. Communication training for international graduates. *The clinical teacher*. 2012; 9(5):325–9. Epub 2012/09/22. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2012.00555.x> PMID: 22994473
44. Bruce DL, Brunner EA, Breihan JM, Menges RL. A public speaking course for foreign medical graduates. *Anesthesiology*. 1974; 41(4):480–8.
45. Cheung CR. NHS induction and support programme for overseas-trained doctors. *Medical Education*. 2011; 45(5):531–2. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03960.x> PMID: 21486356
46. Gerrish K, Griffith V. Integration of overseas Registered Nurses: evaluation of an adaptation programme. *Journal of advanced nursing*. 2004; 45(6):579–87. Epub 2004/03/12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02949.x> PMID: 15012635
47. Goldszmidt M, Kortas C, Meehan S. Advanced medical communications: support for international residents. *Medical Education*. 2007; 41(5):522. Epub 2007/05/02. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2007.02751.x>
48. Horner M. A review of a supervised practice programme for overseas nurses. *Nursing Times*. 2004; 100(27):38–41. Epub 2004/08/20. PMID: 15317262

49. Lax LR, Russell ML, Nelles LJ, Smith CM. Scaffolding knowledge building in a web-based communication and cultural competence program for international medical graduates. *Academic Medicine*. 2009; 84(10 Suppl):S5–8. Epub 2010/01/27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b37b4d> PMID: [19907385](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19907385/)
50. Ong YL, McFadden G, Gayen A. Induction for overseas qualified doctors. *Hospital medicine*. 2002; 63(9):558–60. Epub 2002/10/03. <https://doi.org/10.12968/hosp.2002.63.9.1955> PMID: [12357862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12357862/)
51. Ong YL, Gayen A. Helping refugee doctors get their first jobs: the pan-London clinical attachment scheme. *Hospital medicine*. 2003/09/10 ed 2003. p. 488–90. <https://doi.org/10.12968/hosp.2003.64.8.2265> PMID: [12958762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12958762/)
52. Porter JL, Townley T, Huggett K, Warriar R. An acculturation curriculum: orienting international medical graduates to an internal medicine residency program. *Teaching and learning in medicine*. 2008; 20(1):37–43. Epub 2008/04/30. <https://doi.org/10.1080/10401330701542644> PMID: [18444184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18444184/)
53. Stenerson H, Davis PM, Labash AM, Procyshyn M. Orientation of international medical graduates to Canadian medical practice. *The Journal of Continuing Higher Education*. 2009; 57(1):29–34. <https://doi.org/10.1080/07377360902804051>
54. Watt D, Violato C, Lake D, Baig L. Effectiveness of a clinically relevant educational program for improving medical communication and clinical skills of international medical graduates. *Canadian medical education journal*. 2010; 1(2):11. Epub 2010-07-07.
55. Christie J, Pryor E, Paull AM. Presenting under pressure: communication and international medical graduates. *Medical Education*. 2011; 45(5):532. Epub 2011/04/14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03955.x> PMID: [21486357](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21486357/)
56. Butschek S, Walter T. What active labour market programmes work for immigrants in Europe? A meta-analysis of the evaluation literature. *IZA Journal of Migration*. 2014; 3(1):48. <https://doi.org/10.1186/s40176-014-0023-6>
57. Yu X. Transitioning international nurses: an outlined evidence-based program for acute care settings. *Policy, politics & nursing practice*. 2010; 11(3):202–13. Epub 2010/12/17. <https://doi.org/10.1177/1527154410384879> PMID: [21159717](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21159717/)
58. Garcia-Ramirez M, Martinez MF, Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Albar MJ, Domínguez E, et al. Psychosocial empowerment and social support factors associated with the employment status of immigrant welfare recipients. *Journal of Community Psychology*. 2005; 33(6):673–90. <https://doi.org/10.1002/jcop.20072>
59. Kalra G, Bhugra DK, Shah N. Identifying and addressing stresses in international medical graduates. *Academic Psychiatry*. 2012; 36(4):323–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11040085> PMID: [22851031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22851031/)
60. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(5):611–21. Epub 2002/08/02. <https://doi.org/10.1001/jama.288.5.611> PMID: [12150673](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12150673/)
61. Eva KW. Assessing Tutorial-Based Assessment. *Advances in Health Sciences Education*. 2001; 6(3):243–57. <https://doi.org/10.1023/a:1012743830638> PMID: [11709638](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11709638/)
62. Eurofound. Approaches to the labour market integration of refugees and asylum seekers. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1646en.pdf.
63. Bertelsmann-Stiftung. From refugees to workers: Mapping labour-market integration support measures for asylum seekers and refugees in EU member states. Gütersloh: 2016. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_NW_From_Refugees_to_Workers_Vol1.pdf.

Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies

Sidra Khan-Gökkaya* and Mike Mösko*

ABSTRACT

Refugee health professionals are a vulnerable group in a host country's labour market as they experience several barriers on their path to labour market integration. This study aims to identify challenges refugee health professionals and their supervisors experience at their workplaces and strategies they have developed to overcome these barriers. Semi-structured interviews were conducted with refugee health professionals who have been living in Germany for an average of four years and their supervisors (n = 24). The interviews were analysed using qualitative content analysis. Nine themes were identified: (1) recognition of qualifications, (2) language competencies, (3) differing healthcare systems, (4) working culture, (5) challenges with patients, (6) challenges with team members, (7) emotional challenges, (8) discrimination and (9) exploitation. Results indicate the need to implement structural changes in order to improve the labour market experiences of refugee health professionals.

BACKGROUND

The global healthcare workforce is facing skilled labour shortage. The World Health Organization (WHO) estimates a global shortage of 14.5 million health professionals by 2030 (World Health Organization, 2006). The European Commission estimates a shortfall of 1 million health workers in Europe by 2020 (European Commission, 2012), and employment agencies in Germany predict a nationwide lack of health professionals (Bundesagentur für Arbeit, 2018). In order to address this shortage, nearly all European countries depend on the recruitment of foreign-trained health professionals (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2017). Another strategy that has been implemented by the German government to address this shortage is the so-called "activation of domestic potential" (Bundesregierung, 2018). With that, the German government aims to address those groups that have difficult access to the labour market, such as refugees in order to improve their employability and use them to fill shortages (Bundesregierung, 2018). As the number of refugees in Germany has increased since 2015, the German government has recognized the need to address their labour market integration (Bundesregierung, 2016). However, refugees belong to a particularly vulnerable group in the labour market facing unemployment or underemployment (Tanay et al., 2016).

University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg,

This paper is part of a special issue on the "Labour Market Integration of Highly Skilled Refugees in Sweden, Germany and the Netherlands"

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2020 The Authors. International Migration published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Organization for Migration
International Migration
ISSN 0020-7985

The barriers and difficulties that refugees face in the context of their labour market integration are multidimensional and manifold. First, their access to the labour market in Germany is restricted and depends on their legal status and the likelihood of getting a residency permit which in turn depends on the country of origin (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). In Germany, there is a ban on employment for all refugees within the first three months. After three months, their access to the labour market is dependent on the individual residency status. As of the fourth month, refugees need work permission from the foreign authority office in Germany and the local employment agencies in order to work (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). Their access to language courses depends on their legal status and the likelihood of receiving a residence permit (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). Moreover, participating in job-related language courses is described as challenging either due to long waiting times or course availability (United Nations High Commissioner for Refugees-Organisation for Economic Co-operation and Development (UNHCR-OECD), 2016). Second, refugee health professionals need to go through a difficult and long recognition process (Körtek, 2015; Desiderio, 2016) which is described as the starting point for permanent downward mobility (Hawthorne, 2002). Moreover, refugees may not be able to provide identity documents (Bucken-Knapp et al., 2019) or official documents about their education (Bloch, 2008) due to the flight which impedes the recognition process. Third, a lack of information about career pathways (Cohn et al., 2006), such as knowledge about job search strategies (Willott and Stevenson, 2013) and unfamiliarity with the healthcare system of the host country (Ong et al., 2004), are reported barriers. Fourth, due to their flight they may have had a break in their professional career and/or experienced the loss of their professional status (Willott and Stevenson, 2013) which is related to the loss of professional identity (Peisker and Tilbury, 2003). It may also result in deskilling (Stewart, 2003), loss of self-confidence (Willott and Stevenson, 2013), high levels of frustration (Mozetic, 2018) and negative psychological impacts (Cohn et al., 2006). Additionally, the lack of recognition of their previously gained experiences leads to a feeling of being disadvantaged compared to locally trained team members (Mozetic, 2018) which might be intensified by the experience of multiple forms of discrimination (Jirovsky et al., 2015) and exclusion (Bloch, 2008).

Studies in Germany have also focused on the working experiences of migrant physicians and international nurses from within the European Union as well as from non-European countries. They report similar barriers as the above-mentioned. A study on migrant physicians (Klingler and Marckmann, 2016) describes difficulties in three fields. The first field refers to the organization of healthcare institutions and other institutional difficulties such as insufficient support or being assigned to tasks below their level of expertise. Moreover, difficult career advancement opportunities and unfair treatment of migrant physicians were mentioned as institutional difficulties. The second field relates to experienced difficulties with own competencies such as language competencies and knowledge about the healthcare system. The third field relates to difficulties in interpersonal relations and interactions such as inadequate treatment of patients and co-workers. In this context, a study on the workplace integration of internationally recruited nurses in Germany points out that conflicts often arise between migrated nurses and locally trained team members. These conflicts arise because locally trained team members either hold back or do not comprehensively share key information in order to organize their work. Thus, the incorporation of migrated nurses into daily work routine is impeded and the potential for conflicts in everyday work is increased (Pütz et al., 2019). These studies illustrate that international healthcare professionals and refugee healthcare professionals experience similar barriers at their workplaces. However, refugees were forced to flee by the circumstances of their home countries (Yarris and Castañeda, 2015), whereas internationally recruited health professionals may be considered as voluntary migrants. This distinction between refugees and voluntary migrants has effects on the barriers they experience. While voluntary migrants were most likely able to prepare for their migration, refugees had to flee under extreme conditions (Jackson et al., 2004). Stressors of the flight, the loss of family members, traumatic experiences and the

uncertainty about their residency permit (Carlsson and Sonne, 2018) may also influence their prerequisites to work. Rather, in comparison to other highly qualified migrants, highly qualified refugees are more likely to stay in jobs they are overqualified for which mainly relates to the fact that documentation of their education is missing (Tanay et al., 2016). Moreover, some other barriers, such as housing, health, absence of networks or childcare, may indirectly influence employment outcomes (OECD/UNHCR, 2018).

The European Parliament recommends qualification programmes to prepare refugees for work and strengthen their employability (Konle-Seidl, 2016). These recommendations comprise individually tailored programmes to the specific needs of refugees. Amongst others, it is recommended to provide (occupational specific) language courses combined with working opportunities, skills assessment, mentoring and career advice. For highly skilled refugees, it is especially recommended to increase availability of on the job trainings, recognize existing qualifications and offer vocational training. However, in order to implement tailored programmes that match the host countries' legal and social requirements it is essential to identify and analyse the barriers refugee health professionals face when entering the labour market. While the legal situation of refugees and their access to the labour market in Germany is documented through policy papers (European Commission, 2012; Platonova and Urso, 2012; Konle-Seidl, 2016; Tanay et al., 2016; UNHCR-OECD, 2016; OECD, 2017; United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017; UNHCR, 2017; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019), little attention has been paid to the challenges they face in everyday working life and their own perspective and strategies. Thus, in this study, refugee health professionals and their supervisors across Germany were interviewed about the challenges they faced at their workplaces as workplaces are a "key site of sociocultural incorporation" (van Riemsdijk et al., 2016). Moreover, this paper advances this field by giving recommendations for healthcare providers and organizations based on the experiences of refugee health professionals and their supervisors in order to implement changes on structural levels and improve the working environment. These changes refer to establishing supporting structures as well as measures of diversity management and anti-discrimination.

METHODS

The reporting of methods is in accordance with the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) guidelines (Tong et al., 2007).

Researcher characteristics

Qualitative research depends on the personal qualities of the researcher and the theoretical sensitivity that the researcher brings to a research (Strauss and Corbin, 1990). Thus, it is important to reflect on the researcher's characteristics and its impact on the interview situation. All interviews were conducted in person by the first author, female, person of color, PhD student of the Department of Medical Psychology at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. The first author is trained in cultural studies, international migration and intercultural studies and has several years of training in conducting qualitative studies. For transparency reasons, participants were informed that the study was part of a PhD study.

Recruitment

Major educational organizations and projects for the labour market integration of refugee health professionals (RHPs) across Germany were identified through internet research. The organizations

(n = 15) were contacted and informed about the study. Their consent was obtained. Three of the major organizations agreed to participate in the study. Participants were divided into RHPs and supervisors as the refugees' self-perception about their experiences might differ from the supervisors' perception. Since the group of RHPs comprises different professions, we decided on subdividing the stratum of RHPs into two groups: physicians and other health professions. In terms of data saturation, it is recommended to conduct six to twelve interviews per stratum (Guest et al., 2006). Thus, 24 interviews were conducted in three major cities in Germany (Hamburg, Hannover and Frankfurt). All three organizations provided persons that matched the inclusion criteria with information on this study and either arranged appointments or provided participants with the researchers' contact information. Inclusion criteria for participants referred to the following aspects:

Target group¹:

- Refugees (regardless of their residency status and form of protection) who have obtained a qualification in a health profession in their home country or a country other than Germany;
- Supervisors that were responsible for the integration of refugee health professionals, their supervision or support

Language competencies:

- Required minimum level of German language competencies on the European Reference level of A2-B1²

Working experiences in Germany:

- RHPs must have had contact with the German healthcare system with a minimum duration of one month – be it a steady job, an internship or job shadowing
- Supervisors had to work in jobs with close contact with refugee health professionals regardless of their hierarchical status. They must have had supervised RHPs at their ward or as an external supervisor

Context:

- RHPs and supervisors in all healthcare institutions comprising primary, secondary and tertiary care were included

Providers were informed about the inclusion criteria and selected fitting participants. All interviews were conducted in German. In one case the inclusion criteria did not match as the participant was a student of the educational organization without sufficient working experience. Participants that matched the inclusion criteria were approached via phone followed by an invitation to live interviews. Participants received two consent forms: one for their participation in the study and one for their consent to audio recording. The consent form and the study information were orally explained prior to the interview.

Data collection

The interview guide was developed based on literature focused on the daily work experiences of refugee health professionals using the SPSS³ approach by Helfferich (2009). The interview guide was sent to experts in the field of migration research to be critically reviewed. Based on this review, the authors discussed and adapted the interview guide. Finally, the interview guide was

piloted with two migrant nurses that resulted in the specification of some questions. The interview guide was structured into six main themes:

- (1) General experiences while working in a hospital
- (2) Experiences with team members and supervisors
- (3) Experiences with patients
- (4) Experiences with the working culture
- (5) Experiences with the healthcare system
- (6) Suggestions for improvement

In each interview, the same semi-structured guide was used. After the interview was finished and the audio recorder was switched off, demographic data were retrieved. The interviews lasted from 00:18 to 00:55 min with a median range of 00:40. Some ($n = 4$) interviews were transcribed by a student researcher but the majority ($n = 20$) of the interviews were transcribed verbatim by a professional agency. All transcripts were proofread by the first author.

Data analysis

The interviews were analysed using content analysis (Mayring, 2015). The first author coded all interviews by means of a computer-based coding programme (MAXQDA, version 10). Deductive codes were derived from the interview guide but as an explorative approach was preferred more inductive categories were derived from the material. Code memos were created for all codes including a description of the code and typical quotes. For the purpose of quality assurance, a research assistant coded a random selection of one-quarter of all interviews. Differences in coding were discussed until a consensus was reached that led to the creation of some new sub codes and a revision of the category system. Results were presented and discussed with other experts in an interdisciplinary research colloquium to ensure comprehensibility and intersubjective reproducibility. The revised system was then crosschecked by the main author in a second round of coding taking all interviews into consideration.

Description of sample

Sixteen RHPs and 8 supervisors participated in the study. Two interviews were conducted via telephone due to reduced mobility of the participants. The sample is described in Table 1.

RESULTS

In general, nine major challenges could be identified which either RHPs or supervisors described as relevant: (1) the recognition of professional qualifications, (2) language competencies, (3) different healthcare systems, (4) working culture, (5) challenges with patients, (6) challenges with team members, (7) emotional challenges, (8) discrimination, (9) exploitation. Table 2 provides an overview of the identified fields and their specifications.

Recognition⁴ of professional qualifications

Both supervisors and RHPs pointed out the challenges they faced with regard to the recognition process of their professional qualifications. Supervisors especially emphasized the difficulties regarding the recognition process. They criticized the long waiting times for the recognition process

TABLE 1
SAMPLE DESCRIPTION (REFUGEE HEALTH PROFESSIONALS AND SUPERVISORS)

Refugee health professionals (RHPs)						
Participant	Sex	Age	Country of birth	Occupation	Working experience in Germany	Working experience in birth country
A1	m	26	Iran	Nurse	1 month	6 years as a nurse
A2	m	23	Iraq	Physician	3 months	2 years as a general physician and 3 years as a surgeon
A3	m	28	Syria	Physiotherapist	2 years	4 years as a physiotherapist
A4	m	28	Syria	Physician (specialized in Anaesthesia)	8 months	2,5 years as a medical assistant in surgery
A6	m	33	Syria	Physician	5 months	5 years as a physician
A7	m	38	Afghanistan	Physician	one year	1 year as a medical assistant, 3 years in public health department
A8	w	29	Syria	Physician	1,5 years	1 year as a physician
A9	m	30	Afghanistan	Physician	3 months	1 year as a medical assistant
A10	m	44	Syria	Physician (specialized in anaesthesia)	3, 5 years	4 years as a medical assistant, two years as a senior physician, 9 years as a chief physician
A11	w	52	Afghanistan	Physician (specialized in gynaecology)	6 months	23 years as a gynaecologist (also as a chief gynaecologist)
A12	m	39	Yemen	Physician	4 months	10 years as a physician
A13	m	45	Afghanistan	Physician	2 years	2,5 years as a physician
A14	m	51	Syria	Dentist	3 months	21 years as a dentist
A15	m	39	Afghanistan	Physician (specialized in otorhinolaryngology)	6 weeks	3 years as an ear-nose-throat (ENT) specialist
A16	w	33	Senegal	Midwife and Nurse	3 months	eleven months as a midwife, 15 years as a nurse
A17	w	36	Azerbaijan	Nurse	3 months	2 years as a nurse
Supervisors						
Participant	Sex	Age	Country of birth	Education	Current job	Experience
B1	m	34	Germany	Physiotherapist	Part time physiotherapist, part time supervisor for RHPs and migrants	5 years as a physiotherapist, 1 year as a supervisor

TABLE 1
(CONTINUED)

Supervisors						
Participant	Sex	Age	Country of birth	Education	Current job	Experience
B2	m	64	Germany	Librarian and editor	Commissioner for refugees at the medical association in lower Saxony	2,5 years as a commissioner
B3	m	64	Germany	Physician	Physician and Supervisor for RHPs	34 years as a physician, one year as a supervisor
B4	m	73	Germany	Physician	Supervisor for RHPs/retired	47 years as a physician, 2 years as a supervisor
B5	w	50	Germany	Nurse and professional advisor	Professional advisor	15 years as an advisor
B6	w	54	Germany	Nurse	Nurse and supervisor	37 years as nurse and supervisor
B7	w	38	Germany	Nurse and Psychologist	Psychologist	seven years as a psychologist
B8	m	52	Germany	Physician, Medical journalist	Managing director of refugee and migrant education centre	2 years as managing director

(B2-B4, B8) and noted that the bureaucratic procedures for recognition in Germany were not clear and prolonged the recognition process (B4, B7, B8). RHPs also criticized the length and complexity of the recognition process (A4, A7, A8, A11, A12). Two supervisors (B4, B8) criticized that former positions such as leadership titles of RHPs were not recognized in Germany. They also criticized that RHP's specialist medical training or their internships in Germany were not considered for recognition as working experiences. Furthermore, in one case there was confusion about the legal foundations of the responsible authorities' bodies:

One colleague receives a temporary work permit [from the recognition authority] but federal medical council law and health insurance company's law contradict each other which inhibits him from working as a physician unless he has a full licence to practise medicine. But he can only acquire the full license after taking an exam. Taking that exam is on hold because the [recognition] authorities are understaffed. (B3)⁵.

RHPs (A1, A11, A13, A15) also indicated their anxiety regarding the licensing examinations as they feared the examination would be too difficult.

Language competencies

Supervisors and RHPs considered acquiring German language proficiency and German technical and medical language as a major topic. Supervisors emphasized especially the need to learn the

TABLE 2
CHALLENGES EXPERIENCED BY REFUGEE HEALTH PROFESSIONALS

Recognition of professional qualifications	Difficulties in the context of the recognition process Non-recognition of former experiences Examinations for recognition
Language competencies	Knowledge of everyday language Knowledge of technical language Feelings and consequences of lacking language competencies
Different healthcare systems	Unfamiliarity with and differences between the healthcare systems Unfamiliarity with bureaucratic procedures within the healthcare system Consequences of differences and unfamiliarity
Working culture	Adaption to formal aspects of work Adaption to cultural aspects of work Intercultural and interpersonal differences
Difficulties with patients	Language difficulties Difficulties in delivering bad news Distrust from patients
Difficulties with team members	Difficulties during internships Interpersonal and interprofessional difficulties
General Emotional Difficulties	Discouragement Negative feelings of RHPs in the context of labour market integration.
Discrimination	Discrimination by patients Discrimination by team members
Exploitation	Financial exploitation of RHPs in the context of work. Professional exploitation of RHPs in the context of work

technical language. They (B1, B5, B8) described that RHPs were afraid to admit there were parts they did not understand and continued to say “yes” in order to maintain the conversation flow. This has often led to misunderstandings. RHPs described difficulties in speaking everyday language and technical language. They (A1, A2, A4) found it difficult to understand handover reports from physicians or keep up in meetings and written documentation. They (A1, A3, A7, A12) were also afraid of not being able to understand the language which influenced their behaviour:

I am afraid if [a patient] someone rings the bell. [...] Because my language is not [well] enough and I am afraid of understanding something wrong or not being able to answer [the patient’s question]. That’s why I remain seated and others [colleagues] keep asking me “why are you always sitting?” (A1)

One of them also expressed their fear of being deemed to be incompetent due to their language competencies: “They think I have learned it wrong in Iran. But in fact I couldn’t understand what they were asking me” (A1). Moreover, RHPs (A1, A3, A12) felt their language competencies held them back as they were reluctant to share their opinion: “If we discuss a patient’s case and someone has a contradicting opinion on that patient’s case I am afraid to discuss our opinions as I fear they will say ‘I can’t express myself’” (A3).

Different healthcare systems

Supervisors and RHPs described challenges that derived from differing standards in the home and host countries’ healthcare system. All supervisors described that RHPs would have to familiarize themselves and catch up with the healthcare system in Germany. Eleven RHPs (A1, A2, A8, A9, A11-17) emphasized the difference in the medical equipment, the names of

medication and working habits and the feeling to need to familiarize themselves with these differences. In this context, supervisors referred especially to the differing professional role of nurses in Germany:

They mostly come from countries where nursing care is much higher regarded as a profession, it gets a very high recognition. And here they have to understand this in such a way that the job description or the professional role is not so highly regarded. (B6)

RHPs (A1-4, A7, A9-A10, A12-A15) criticized bureaucratic procedures in hospitals in Germany as it was challenging to keep up with all the procedures of them. They (A4, A17, A16) did not know about occupational law and were also insecure about their rights and obligations in their professional duties. During internships or work, they (A2, A3, A8, A9, A10, A13-17) felt held back as some of them were not allowed to work either because of their status as interns or because they did not have their license yet:

Yes, the situation was unpleasant that I could not do anything alone. And if I wanted to do something, someone had to stay with me, a senior physician or chief physician. That was a bit uncomfortable for me because I already graduated from university and I also worked as an assistant physician in my home country for a year. But I didn't have a solution. I had to come to Germany and here, the rule is if someone doesn't have a license he has to cooperate with a chief physician or with a senior physician. (A9)

Working culture

Supervisors described two facets of working culture that they found important in the context of their experiences with RHPs: formal and cultural aspects of work and RHPs adaption to these aspects. They emphasized formal aspects such as being punctual, submitting holiday applications correctly, calling in sick, being polite and committed to work. Some of the supervisors (B1, B2, B3, B6, B7, B8) criticized some of these aspects in the context of RHPs as deficits. With regard to cultural aspects, supervisors mentioned that RHPs had different values that sometimes inhibited their integration such as examining other-sex patients (B1, B6-B8), taking off headscarves for several reasons (B1, B8), dealing with homosexuality (B1) or accepting female superiors (B1-B4, B7). These values were often attributed to cultural differences although they may result from context-specific causes, as one supervisor who had a mediatory role describes:

The [female] colleague shouted at him [the RHP] in front of the patients [...] Luckily, we heard about it and picked it up [...] she said he was a macho and suggested women were worth less than men. The trigger was a basic nursing situation which is difficult for our participants as they haven't learned it in their home countries. And she gave instructions that were too brief, for example "wash" and he didn't know what to do with that instruction. [...] And that caused the escalation spiral. (B7)

RHPs were also asked about their experiences in the context of working culture. They pointed out that formal aspects of work, such as being punctual and committed, were universal. However, they (A1, A3, A8, A13, A16) experienced differences on the intercultural and interpersonal level, such as the value of families and treating other sex patients, and developed several strategies to get adapted to it:

I was born in an Islamic country. I am not Muslim but born there and I grew up there. And sometimes I think, maybe the [female] patient is embarrassed. Or I ask may I look, may I do. Because

maybe the other colleague does not say anything at all but for me it is a bit ok – maybe she has problem with men and so on, so I ask. (A1)

Challenges with patients

RHPs experienced difficulties with patients especially if patients did not speak clearly due to their illness, their age or their way of speaking:

The problem was that I couldn't understand. For example, the patient said "bring me this and that". And the problem was that they spoke very unclearly and for German people it [is] also difficult to understand and for me of course [it is] especially difficult. (A1)

Some described that talking to patients' relatives was a new challenging experience especially if they were furious (A8) or if they had to pass bad news to them (A7). Another challenge was associated with distrust from patients: "Maybe they don't trust the foreign physicians as much but that's general [generally the case]. All patients are like that, almost all of them. [...] You can tell, they're a little scared or something" (A4).

Challenges with team members

Almost all supervisors (B2, B4-8) mentioned the important role of internships in the context of team integration. However, one supervisor reported that finding internship placements became more and more difficult due to lower capacities of the hospitals (B4). During some internships, participants were not given appropriate tasks or were not supervised (B2, B5, B7, B8) as "it is associated with effort to take along someone" (B7). Sometimes local trained team members were not aware of what RHPs were allowed or permitted to do which often led to misunderstandings (B5, B7, B8). Almost all of the RHPs mentioned several other challenges in the context of teamwork, such as a distanced relationship towards local trained team members (A8, A11, A15, A16), their expectation that RHPs could do and know everything and wrong ideas of them and their education (A1, A9, A10).

General Emotional challenges

Some of the RHPs (A3, A8, A16) experienced discouragement on their path to reintegration. They were told by their employment agency consultants that they could not succeed as health professionals in Germany and were advised to pursue other career options:

I wanted to go to the hospital and see how this works. And I wasn't sure if I could do that again. I thought it is not possible. Because everywhere where I had asked [they said]: "No, you can't do that. Do another one. Do a retraining and so on. Do some care. But you can't do midwife." And I came to my ward. I saw it, it is the same thing. (A16)

Additionally to being discouraged, supervisors thought RHPs felt impeded (B4), afraid (B5, B7, B8), frustrated (B1, B6), under pressure and isolated (B1) as a consequence of the experienced barriers. Moreover, they acknowledged RHPs' loss of their professional status and mentioned that RHPs were reduced to their language deficits (B1, B6, B7) which influenced their self-perception and made them question themselves (B7).

Discrimination

RHPs experienced several forms of discrimination. One supervisor reported that RHPs were sometimes rejected and ignored in decision-making. He describes a situation between a refugee physician and a locally trained nurse:

I can give you an example: my [refugee] physician is treating a patient. Another [locally trained] nurse has a question about that patient. He [the nurse] is standing in front of my [refugee] physician and tells him: "I don't want to clarify this with you. I will talk to your colleague who understands me." And that is a nice form of rejection. There are even more blatant cases. (B1)

Five supervisors (B1, B5, B6, B7, B8) and six RHPs (A1, A2, A3, A7, A10, A15) also reported discrimination from patients towards foreign health professionals: "I was in the room, I had to take [a] blood [sample] and the patient and also her husband said: 'No, you may not come here. We do not want a foreign physician here'" (A15). However, supervisors differentiated between open discrimination and subtle racism from patients. They also differentiated between patients who did not fully trust RHPs and patients who treated them in a racist manner from the beginning. In the context of foreign-trained health professionals, one supervisor described intersectional discrimination as some patients racially and sexually harassed female nurses from Thailand:

There was a situation where an older "fascist grandfather" in quotation marks somehow said he didn't want that or the Thai ladies – how shall I say, perhaps sexualised? So, with Thai participants or Asian looking participants, the gentlemen often become a little bit, how can you say, more cheeky. (B1)

Although this quote does not explicitly refer to refugee health professionals, it is likely that RHPs also experience intersectional discrimination.

Additionally, RHPs (A3, A4, A8, A10-A13, A15) experienced discrimination from senior team members as one female physicians describes:

I was at that interview with the chief physician and at the end he said: "Your German is well, [...] but there is something negative. [...] You have this headscarf. You are Muslim and there are a lot of (tourist? terrorists? [incomprehensible]). How can the patients be sure that you are not a (tourist? terrorist?)" That moment was horrible for me. (A8)

The physician described that she refused the position afterwards due to this experience and started working in a catholic hospital as her headscarf is not a problem there "because nuns also wear a headscarf" (A8).

Exploitation

In addition to the discrimination faced by patients and team members, two supervisors (B2, B8) described experiences of exploitation:

There are hospitals who misuse the situation of RHPs. There are hospitals that pay below the pay scale (Tarifvertrag), very far below the scale. I will give you an example. There are hospitals in the [anonymized] region who employ physicians from Afghanistan, Syria, Iraq. They hire them formally as assistants, pay them 800 to 1200 Euros for a full time job, but they work as normal physicians and are involved in normal hospital routine. No plaintiff, no judge⁶. For the RHP it is at least something. He can work as a physician after a long time and familiarize with procedures, improve his language and do what he is qualified to do. But, by our standards, that is exploitation. (B8)

This would also affect RHPs' claims for benefits after terminating the employment (B8). Additionally to financial exploitation, one supervisor also mentioned that RHPs were sometimes hired as gap fillers not correspondingly to their qualifications and did not have a long-term perspective (B8). RHPs did not explicitly mention being exploited. However, many of them were not yet permanently working and one reported doing unpaid overtime, as he did not know about working rights in Germany (A4).

Resources and strategies

RHPS and supervisors described several strategies they had developed in order to address the experienced barriers. These strategies refer to individual strategies of RHPs, strategies in the context of education and support, strategies on the team level and strategies on the organizational and societal level.

Individual strategies

All RHPs described several individual strategies to cope with challenges they had faced such as being patient (A1, A2, A6, A9), trusting and believing in their own power resources (A3, A13, A16) or pre-/post-processing relevant professional content (A1, A7, A12, A16). They also actively engaged with their colleagues, asked them questions, demanded feedback (A9, A16) in order to cope with language deficits. Furthermore, RHPs developed several strategies to cope with patients' discrimination. They either tried to reassure patients (A10, A12), accepted patients' wishes and called a team member (A4), ignored (A7) or avoided patients that rejected them (A16). In dealing with discrimination from team members, some RHPs would focus on their goal instead of focusing on conflicts and try not to think too much about these experiences (A12, A15). Others would use humour in order to unburden a tensed situations with jokes (A10). Staying silent was described as a strategy as well:

I didn't do anything and I didn't say anything because I knew that if I said something, the situation would get worse and I didn't want that to happen. Yes, I was very calm and I wanted this nurse to go home and think for herself, then she would understand. [...] Yes, later she was a little better. All beginnings are difficult. (A9)

Supervisors pointed out individual competencies of RHPs in dealing with the barriers. They emphasized RHPs' great commitment and their positive working attitudes. They also highlighted the competencies of RHPs such as their intercultural competence (B4, B8), their openness to new experiences (B1, B6, B7), a high motivation to work (BB7, B4, B3, B2), their cooperation capability (B3), their gratefulness (B5) and their fighting spirit (B7).

Strategies in the context of education and support

In the field of education, supervisors demanded: mandatory, well organized, on the job programmes for all RHPs that are funded (B8), career advice services (B6, B7), follow-up support (B7), more resources and equipment for the training of RHPs (B4, B6, B7), material and support for language training.

Strategies on the team level

Generally speaking, positive contact towards patients and team members was perceived as very helpful. One supervisor described RHPs' and patients' relationships as "a mutual connection as they are stronger dependent on each other" (B7) than in other cases. Likewise, team members were described by all RHPS to be open, interested and supportive: "They were all friendly and every

morning when I came to work they smiled at me and said ‘good morning’. And that I find really important for a newly arrived” (A12). Almost all of them (A1-A4, A7-A9, A11-A14, A16-A17) emphasized that colleagues were forthcoming if they had questions and that they benefitted from their induction and their feedback. Two of them (A8, A11) pointed out the role of other (locally trained) interns and students who helped them in their free time. Supervisors focused more on structural resources for teams. They suggested training for local team members and mediators (B1, B7), more personnel and more time to induct RHPs (B3, B6, B7), clear contact persons that RHPs can talk to (B1, B4) and clear instructions of team members (B3). They also mentioned time to familiarize for RHPs (B1, B2, B6, B7), less patients to care for at the beginning (B7) and sensitization and reflexivity of locally trained team members (B1, B3, B7).

Strategies on an organizational and societal level

On an organizational and societal level, supervisors suggested enhancing an overall integration approach so that RHPs can have a quick arrival in the system (B1), build up networks (B1, B6) and earn their own money (B1). They also mentioned an opening welcoming culture (B1), public sensitivity actions and support from the management boards (B7):

But we also need the attitude from above [the management board] that says: “We want that [the labour market integration of RHPs], and we also provide time and resources, and teams also get a benefit for getting involved” (B7)

One supervisor referred to the commitment of supervisors and the healthcare providers when observing racism and sexism: “If the hospital positions itself clearly and says ‘take your documents and go home because we are not going to treat you’. Great, because that is a clear line. But if they talk around the issue the patient will continue to show racist behaviour” (B8).

DISCUSSION

This paper aimed to explore the barriers and resources RHPs faced at their workplaces. The broad range of identified barriers and difficulties indicates that their experiences depend very much on their employers and their working environment. Moreover, as understaffing is a common problem in health care (Angerer et al., 2011; Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), 2018), it is questionable to what extent only RHPs are affected by these experiences or if they are a consequence of the precarious staffing situations. Moreover, it remains open to what degree the migration status influences the experienced challenges. Since no questions were asked about their flight, their psychological well-being or their residency permit and none of the participants mentioned it in the context of their workplace experiences, it is not possible to state whether only refugees experience these barriers. Instead, our results indicate that when focusing at their workplaces, RHPs face similar barriers as internationally recruited professionals and voluntary migrants (Humphries et al., 2013; Jirovsky et al., 2015; Klingler and Marckmann, 2016; Pütz et al., 2019). Nine major challenges were identified: 1) recognition of qualifications, (2) language competencies, (3) different healthcare systems, (4) working culture, (5) challenges with patients, (6) challenges with team members, (7) emotional challenges, (8) discrimination and (9) exploitation. These challenges illustrate that hiring RHPs should not be a quick response to filling shortages. Instead, the integration process should be carefully prepared in order to prevent some of these challenges. Labour market integration is a two-sided process that requires not only a welcoming culture but also welcoming structures (Knuth, 2019). Educational providers, employers as well as authorities need to address these barriers and implement structural changes in order to contribute to a sustainable labour market integration of RHPs.

Both RHPs and supervisors emphasized the challenges with the recognition process. This is consistent with previous findings that many legal and formal barriers inhibit a successful labour market integration and prevent organizations to invest in RHPs integration (Schmidt, 2019).

RHPs and supervisors both stressed the role of acquiring the language and the consequences of lacking language competencies. RHPs suffered from not speaking German fluently, and it affected their self-esteem. Likewise, the knowledge and familiarization with the local healthcare system is an important prerequisite in order to deliver a good working performance. Both barriers are reported to be common challenges in the context of labour market integration of refugees as well as other migrant groups (Cohn et al., 2006; Bloch, 2008; Leblanc et al., 2013; Klingler and Marckmann, 2016). This indicates a stronger need for occupational specific language courses and information on the healthcare system of the host country. This would not only concern educational providers but also employers. In order to maintain a good quality of care and prevent misunderstandings or mistreatment due to language barriers (Klingler and Marckmann, 2016), employers can invest in further education of their RHP employees. Although this would mean additional financial investment from the employer, a corporate study indicates that those investments would pay off within a year (Baic et al., 2017).

In the context of working culture, a fast adaptation to local standards was expected by supervisors and team members. Deviations from these local standards were seen as problematic and obstructive. This coincided with results from other studies (Klingler et al., 2018; Pütz et al., 2019). However, it remains problematic due to several reasons. Firstly, the term “local standards” presumes shared standards (Klingler et al., 2018). However, it remains unclear if these standards refer to professional standards, legal regulations, norms, cultural aspects or hospital routines. Secondly, the knowledge about certain established standards may be tacit and implicit (Sakamoto et al., 2010) thus unspoken. As RHPs are unaware of these unspoken standards, deviations in behaviour can lead to frustration, conflicts and exclusion (Lai et al., 2017). Thirdly, most of the perceived differences in the context of working culture from the supervisors were culturalized. Supervisors saw the causes of conflicts in cultural distinctions, although they could as well be interpreted situation and person specifically or result from differing concepts of work. This is consistent with previous findings (Pütz et al., 2019) that in the process of labour market integration differing concepts attributed to work clash. These concepts may be influenced by stereotypes and prejudices. As a result, on the one hand immigrated employees identify themselves as the “outsiders” contrary to local employees. On the other hand, an enhancement of the existing working culture that could have been adaptable to a new environment is excluded (Steinberg et al., 2019). Fourthly, the performance of RHPs is measured according to their adaption and stabilization to the system. But the potential that RHPs bring along is wasted if adaption and stabilization are the only possible and acceptable outcomes since they bring along important working experiences and attitudes that may enrich local standards. Thus, it is important to verbalize standards and address them before or ideally concomitant to RHPs labour market integration (Sakamoto et al., 2010). At the same time, it is important to offer local team members opportunities to reflect on their own standards of work and their expectations. This could also contribute to an overall improvement of the working atmosphere and reduce the challenges experienced with team members. However, difficulties with team members were also attributed to a lack of supervision during internships. Results indicate that most of the time, individual team members were intrinsically motivated to support RHPs and engaged in their induction. But the responsibility of integrating RHPs should not only be outsourced to committed employees or in the worst case, as described in the results, to unwilling employees. The support of RHPs should be implemented on a structural level. It is estimated that a one and a half additional hours of individual support per month are sufficient to generate good integration prospects (Baic et al., 2017). However, it remains open to question if team members who provide individual support should be further trained and/or remunerated for their effort. In order to expand the support possibilities, mentoring programmes could also be helpful in supporting RHPs. These findings are

consistent with recommendations given by the German Employer Association stating that mentoring programmes are a classical approach towards integrating foreign workers (Robra and Böhne, 2013).

In general, more acknowledgement and empowerment for RHPs is needed. This is consistent with previous findings describing the loss of RHPs' professional status (Leblanc et al., 2013) resulting in deskilling (Stewart, 2003), the loss of self-confidence (Jirovsky et al., 2015), feelings of frustration (Možetic, 2018) and negative psychological impacts (Cohn et al., 2006). Results in this study further indicate that RHPs experience several forms of discouragement, discrimination as well as disparagement, although they are fully educated and bring along valuable human capital (A9). Although RHPs have already developed several strategies in dealing with negative feelings and the barriers they face, organizations and educational institutions could further engage in strengthening RHPs' professional identity, acknowledge their strategies and/or make the potential of RHPs visible in order to empower them.

In the light of the discrimination that RHPs faced by team members and patients, healthcare providers need to promote measures of diversity management as discrimination may be one result of poor diversity management (Dickie and Soldan, 2008). Discrimination influences the motivation and job satisfaction of RHPs and in the long term, it can also have negative psychological impact and lead to leaves of RHPs (Bouncken et al., 2015). On the contrary, a diversity climate within the organization can enrich the psychological capital of refugee employees and contribute to their commitment (Newman et al., 2018). Nevertheless, several forms of discrimination from patients and colleagues were commonly mentioned topics consistent with previous findings on RHPs' experiences (Cohn et al., 2006; Bloch, 2008; Jirovsky et al., 2015). According to the federal German law "General Act on equal Treatment," employers are legally obliged to protect their employees from discrimination (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, 2006). But especially experiences of racism are often denied in health care as "the illusion of non-racism" exists and impedes progressive policies (Johnstone and Kanitsaki, 2008). Progressive policies may refer to promoting equal opportunity policies (Wrench, 1999) and prevent any form of discrimination (B8). Condemning racist comments (B8), establishing anti-discrimination commissioners, setting up transparent complaint systems and offering anti-discrimination and empowerment workshops could be first steps (Wrench, 1999) towards an inclusive and healthier working environment for both staff and patients.

Similarly, the exploitation of RHPs needs to be addressed and employers as well as policymakers should take responsibility for it. Due to their uncertain legal status, foreign workers are at high risk of being exploited (Rights, 2010). Labour unions have recognized that and demanded that refugees must be given access not only to the labour market but also to career advice services (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), 2015) in order to increase awareness of their working rights. Another way for employers to prevent exploitation could be to appoint an integration commissioner for their organizations. These commissioners could monitor the integration process and ensure compliance with working rights. Educational providers working with clinics could inform RHPs as well as clinics on the legal rights and duties of RHPs. In any case, this finding points to a severe grievance that has not been reported in previous studies in this context. Further research is necessary to find out if these are selective experiences or structural problems in the health care sector.

In general, results indicate the need to reflect on the term integration itself. Several migration scholars criticize the term for numerous reasons. Firstly, in Germany the term "integration" mostly refers to regulatory policies which focus on integrating migrants into the existing social orders (Karakayali and Bodjadzijeve, 2010). However, social orders are predefined and shaped by members of the majority group (Essed, 2000). Secondly, the term is based on negative narratives about the unwillingness or failed integration of migrants which contributes to the fact that new demands are constantly being claimed on migrants (Mecheril, 2011). Hence, the term puts migrants into the focus while structural and institutional deficits as well as power asymmetries within the host countries are ignored. Subsequently, the experiences of racism and exploitation that RHPs describe in

this study point to the need to focus research on structural and institutional inequalities, power asymmetries and intersectional discrimination. For further research in this context, it would be helpful to consider the Critical Race Theory (CRT) as it is based on principles of race equity and social justice and provides tools in order “to elucidate contemporary racial phenomena, expand the vocabulary with which to discuss complex racial concepts and challenge racial hierarchies” (Ford and Airhihenbuwa, 2010). Furthermore, activists and scholars who contributed to the CRT study and transform the relationship between race, racism and power (Delgado and Stefancic, 2017). However, for the purpose of this study it can be concluded that equal participation in the labour market and society requires equal treatment, equal opportunities and protection against discrimination (Uslucan, 2017).

Policy recommendations

Refugee health professionals face personal, structural and institutional barriers at their workplaces. Although they have developed strategies to overcome these barriers, structural and institutional changes are needed in order to improve the working environment. In the following, the most important conclusions from this study are pointed out as recommendations in order to contribute to a better labour market and workplace integration of refugee health professionals. First, there is a need to offer job-specific language courses and courses addressing formal and cultural aspects of work (as it is done for example in Sweden (Ministry of Employment and Sweden, 2016)). Similarly, local team members need to be sensitized for cooperation with refugee health professionals in order to decrease the potential for conflict. Second, structural changes within teams need to be implemented in order to supervise refugee health professionals and ensure a proper induction at the beginning. Third, in light of the experienced barriers, the discrimination and the exploitation, there is a need to empower refugee health professionals and make their qualifications and their potential visible. Fourth, measures of diversity management and anti-discrimination need to be implemented and supported by the management board. Fifth, compliance with working rights must be ensured and team members as well as refugee health professionals need to be informed about their working rights.

Strengths and limitations

This study identified major challenges in the context of the working experiences of RHPs. By choosing an explorative approach, a broad range of topics could be identified which provide a basis for further research and in-depth analysis of the difficulties in the identified fields. The perspective of RHPs and their supervisors were integrated in order to get an insight into the field of health professions and the labour market integration into health professions. For further research, it could also be helpful to interview colleagues of RHPs and focus on specific healthcare settings. Participants in this study were selected from rural as well as urban areas and comprised several health professions. Another strength of this study lies in the methodology. Discussing data with an interdisciplinary group ensures comprehensibility and critical reflection. Nevertheless, as participants were not recruited representative and most participants worked only for a short time in Germany, there might be a selection bias and results are questionable in terms of generalizability. Another limitation is the compilation of the sample as more physicians and more men in urban areas were interviewed. Intersectional barriers, language competencies, training experience and other demographic-specific aspects were neglected. Hence, no conclusions could be drawn for subgroups. Furthermore, although a certain language competency was required, language barriers and socially desirable answers may have influenced the interview process. However, due to the researchers' background and the reflection of her characteristics, a trustful interview situation could be created and reflected afterwards.

ACKNOWLEDGEMENT

We are grateful to the participants and to the organizations who have made this study possible through their support. Open access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

FUNDER INFORMATION

The study was funded by the European Social Fund. SKG and MM received the funding. The funders did not play any role in the study design, data collection, decision to publish or preparation of the manuscript.

DECLARATION OF INTERESTS

We have no conflicts of interest to disclose.

Peer Review

The peer review history for this article is available at <https://publons.com/publon/10.1111/imig.12752>.

NOTES

1. The terms “refugee health professionals” and “supervisors” were selected as they describe a shared experience. However, it should be noted that both terms reduce these persons to only one aspect of identity. The terms do not reflect the multiple aspects of identity and the social and ethical dimensions of the workplace identity that all interviewed person and health care professionals have.
2. The Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment (CEFR) is a reference system to describe six levels (A1, A2, B1, B2, C1, and C2) of language proficiency from beginners (A1) to experts (C2).
3. SPSS is an abbreviation for Sammeln, Prüfen, Sortieren and Subsumieren (Collect, Check, Sort, Subsume).
4. Health professions are registered professions in Germany which is why foreign health professionals need to have a full or temporary license before they can practise. In order to obtain a license, they have to go through a recognition process. The first step of the recognition process is an equivalence assessment. Based on this assessment, recognition bodies grant full recognition, no recognition or partial recognition. If qualifications are only partly recognised, foreign health professionals can participate (professional groups like nurses must participate) in adaption training programmes or internships and prove their required knowledge through language and proficiency tests. The proficiency tests covers internal medicine and surgery. However, based on the equivalence assessment authorities may also evaluate other subjects.
5. As the interviews were conducted in German, citations in this section were translated one-on-one from German to English. If terms were not equivalent in English, then those terms were translated one-on-one and supplemented with further explanations in the reference mark (Koller, 2011 *Einführung in die Übersetzungswissenschaft [Introduction to translation science]*, Francke, Tübingen; Basel.).
6. “No plaintiff, No judge” (German translation: Wo kein Kläger, da kein Richter) is a common phrase in German. It describes that certain irregularities or grievances remain uncovered as no one complains about them.

REFERENCES

- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) [General Act on Equal Treatment]
 2006 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in der Fassung vom [General Act on Equal Treatment in the version dated] 14.08.2006, BGBl I, S.1897.
- Angerer, P., J. Glaser, R. Petru, et al.
 2011 "Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen." [Working conditions for hospital physicians: measures that pay off] *Deutsches Ärzteblatt*, 108(15): A-832 / B-679 / C-679.
- Baic, A., H. Rentmeister, R. Strack, et al.
 2017 Integrationskraft Arbeit. Eine Zwischenbilanz: Erfahrungen von 300 Unternehmen mit der Arbeitsmarktintegration von 2500 Geflüchteten. [How 300 Companies Integrated 2,500 Refugees into Germany's Labor Market]. Boston Consulting Group.
- Bloch, A.
 2008 "Refugees in the UK labour market: The conflict between economic integration and policy-led labour market restriction", *Journal of Social Policy*, 37(1): 21–36.
- Bouncken, R., M.A. Pfannstiel, A.J. Reuschl, et al.
 2015 *Diversität managen. Wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen [Managing diversity. How Hospitals Make the Most of Diversity]*. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Bucken-Knapp, G., Z. Fakhri and A. Spehar
 2019 "Talking about Integration: The Voices of Syrian Refugees Taking Part in Introduction Programmes for Integration into Swedish Society", *International Migration*, 57(2): 221–234.
- Bundesagentur für Arbeit [Federal Employment Agency]
 2018 Blickpunkt Arbeitsmarkt - Fachkräfteengpassanalyse. [Focus on the labour market - shortage of skilled labour analysis] Nürnberg. URL: [https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse.pdf].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales [Federal Ministry of Labour and Social Affairs]
 2019 *Ein Leitfaden zu Arbeitsmarktzugang und -förderung. Flüchtlinge. Kundinnen und Kunden der Arbeitsagenturen und Jobcenter*. [A guide to labour market access and promotion. Refugees. Clients of employment agencies and job centre] Referat EF3 - Europäischer Sozialfonds: Information, Public Relations. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bonn.
- Bundesregierung [German federal Government]
 2016 Gemeinsames Konzept von Bund und Ländern für die erfolgreiche Integration von Flüchtlingen. Grundsätze der Integrationspolitik. [Joint federal and state concept for the successful integration of refugees. Principles of integration policy] Berlin. URL: [https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gemeinsames-konzept-von-bund-und-laendern-fuer-die-erfolgreiche-integration-von-fluechtlingen-463902].
 2018 "Eckpunkte zur Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten". [Key points on the immigration of skilled workers from third countries] URL: [https://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2018/eckpunktepapier-fachkraefteeinwanderung-vorgestellt.html].
- Carlsson, J. and C. Sonne
 2018 "Mental health, pre-migratory trauma and post-migratory stressors among adult refugees", in N.A. Morina (Ed.), *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations*. Springer, Cham.
- Cohn, S., J. Alenya, K. Murray, et al.
 2006 "Experiences and expectations of refugee doctors. Qualitative study", *British Journal of Psychiatry*, 189: 74–8.
- Delgado, R. and J. Stefancic
 2017 *Critical Race Theory (Third Edition). An Introduction*, New York University Press, New York.
- Desiderio, M.V.
 2016 *Integrating refugees into host country labor markets: challenges and policy options*. Migration Policy Institute, Washington D.C.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) [German Trade Union Confederation]
 2015 Flucht. Asyl. Menschenwürde. DGB-Handreichung. [Flight. Asylum. Human dignity. DGB-Handout] DGB Bundesvorstand, Berlin.

- 2018 Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit [Working conditions in nursing care for the elderly and the sick]. Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin.
- Dickie, C. and Z. Soldan
2008 *Diversity Management*. Tilde University Press, Prahran.
- Essed, P.
2000 .Multikulturalismus und kultureller Rassismus in den Niederlanden. [Multiculturalism and cultural racism in the Netherlands] In N. Rätzkel (eds). *Theorien über Rassismus [Theories about racism]*, Hamburg: Argument Verlag, Hamburg. Germany
- European Commission
2012 Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. European Commission, Strasbourg. URL: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf].
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)
2010 *Jahresbericht 2010 [Annual Report 2010]*. Österreich, Wien.
- Ford, C.L. and C.O. Airhihenbuwa
2010 “Critical Race Theory, race equity, and public health: toward antiracism praxis”, *American journal of public health, 100 Suppl*, 1(Suppl 1): S30–S35.
- Guest, G., A. Bunce and L. Johnson
2006 “How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability”, *Field Methods*, 18(1): 59–82.
- Hawthorne, L.
2002 “Qualifications Recognition Reform for Skilled Migrants in Australia: Applying Competency-based Assessment to Overseas-qualified Nurses”, *International Migration*, 40(6): 55–91.
- Helfferich, C.
2009 *Die Qualität qualitativer Daten: Manual zur Durchführung qualitativer Interviews., [The quality of qualitative data: Manual for conducting a qualitative interview]*, VS-Verlag, Wiesbaden.
- Humphries, N., E. Tyrrell, S. McAleese, et al.
2013 “A cycle of brain gain, waste and drain : a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland”, *Human Resources for Health*, 11(63). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-63>
- Jackson, N., Y. Carter, L. Southgate, et al.
2004 *Refugee Doctors: Support, Development and Integration in the NHS*. Radcliffe Pub, Nottingham.
- Jirovsky, E., K. Hoffmann, M. Maier, et al.
2015 ““Why should I have come here?”: A qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria”, *BMC Health Services Research*, 15: 74.
- Johnstone, M. and O. Kanitsaki
2008 “Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study”, *Diversity in Health and Social Care.*, 5(1): 19–30.
- Karakayali, S. and M. Bodjadzije
2010 “Soll der Begriff, Integration‘ kritisiert oder verteidigt werden?” [Should the term integration be criticised or defended?], *DISS-Journal* 20, 6–7.
- Klingler, C. and G. Marckmann
2016 “Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study”, *Human Resources for Health*, 14(1): 57.
- Klingler, C., F. Ismail, G. Marckmann, et al.
2018 “Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany”, *PLoS One*, 13(2): e0193010.
- Knuth, M., et al.
2019 “Willkommenskultur ohne Willkommensstruktur. Fluchtmigration als Stresstest für die Integrationsfähigkeit des deutschen Bildungs- und Erwerbssystems. [Welcome culture without a welcome structure. Escape migration as a stress test for the integration capacity of the German education and employment system.]”, in A. David (Ed.), *Migration und Arbeit - Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente. [Migration and work - challenges, problems and instruments]*. Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin & Toronto.

- Koller, W.
2011 *Einführung in die Übersetzungswissenschaft, [Introduction to translation science]*. Francke, Tübingen.
- Konle-Seidl, R. and G. Bolits
2016 Labour Market Integration of Refugees: strategies and good practices. European Parliament. Policy Department A: Economic and Scientific Policy, Brussels. URL: [[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/578956/IPOL_STU\(2016\)578956_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/578956/IPOL_STU(2016)578956_EN.pdf)].
- Körtek, Y.
2015 “Rechtlicher Rahmen der Anerkennung. [Legal framework for recognition]”, in T. Ayan (Ed.), *Anerkennung ausländischer Qualifikationen: Forschungsergebnisse und Praxisbeispiele. [Recognition of foreign qualifications: Research results and practical examples]*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- Lai, D.W., J. Shankar and E. Khalema
2017 “Unspoken skills and tactics: Essentials for immigrant professionals in integration to workplace culture”, *Journal of International Migration and Integration*, 18(3): 937–959.
- Leblanc, Y., I.L. Bourgeault and E. Neiterman
2013 “Comparing approaches to integrating refugee and asylum-seeking healthcare professionals in Canada and the UK”, *Health Policy*, 9(Spec Issue): 126–38.
- Mayring, P.
2015 *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, [Qualitative content analysis. Basics and techniques]*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Mecheril, P.
2011 “Wirklichkeit schaffen: Integration als Dispositiv – Essay”, [Create reality: Integration as a dispositive] *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 61(43): 49–54.
- Ministry of Employment, Sweden
2016 “Fast track - a quicker introduction of newly arrived immigrants”. URL: [<https://www.government.se/4a90b3/contentassets/e3606aadd3f248da81af73525110bf04/fact-sheet-fast-track—a-quicker-introduction-of-newly-arrived-immigrants>].
- Mozetic, K.
2018 “Being highly skilled and a refugee: Self-perceptions of non-european physicians in Sweden”, *Refugee Survey Quarterly*, 37(2): 231–251.
- Newman, A., I. Nielsen, R. Smyth, et al.
2018 “The effects of diversity climate on the work attitudes of refugee employees: The mediating role of psychological capital and moderating role of ethnic identity”, *Journal of Vocational Behavior*, 105: 147–158.
- Ong, Y.L., M. Bannon and E. Paice
2004 “Getting refugee doctors back to work : challenges, obstacles and solutions”, in N. Jackson and Y. Carter (Eds.), *Refugee Doctors: Support, Development and Integration in the NHS*. Radcliffe Publishing, Abingdon.
- Organisation for Economic Co-operation and Development & United Nations High Commissioner for Refugees (OECD & UNHCR)
2018 Engaging with employers in the hiring of refugees. A 10-point multi-stakeholder action plan for employers, refugees, governments and civil society. URL: [<https://www.oecd.org/els/mig/OECD-UNHCR-Action-Plan.pdf>].
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
2017 “*Foreign-trained doctors and nurses*”. *Health at a Glance 2017*, OECD Indicators, Paris.
- Peisker, V.C. and F. Tilbury
2003 ““Active” and “passive” resettlement: the influence of support services and refugees’ own resources on resettlement style”, *International Migration*, 41(5): 61–91.
- Platonova, A. and G. Urso
2012 Labour Shortages and Migration Policy. International Organization for Migration. URL: [<https://publications.iom.int/books/labour-shortages-and-migration-policy>].
- Pütz, R., M. Kontos, C. Larsen, et al.
2019 *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. [Integration of nursing staff from abroad. Inside views on the challenges of globalised labour markets]*. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

- Robra, A. and A. Böhne
 2013 *Willkommenskultur – Ein Leitfaden für Unternehmen. [Welcome Culture - a guide for companies]* Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände [Confederation of German Employers Associations], Berlin.
- Sakamoto, I., M. Chin and M. Young
 2010 “Canadian Experience,” Employment Challenges and Skilled Immigrants. A Close Look through “Tacit Knowledge”, *Canadian Social Work*, 12(1): 145–151.
- Schmidt, C.
 2019 “Integration von Geflüchteten in die Pflege – Erfahrungen aus der Praxis.” [Integration of refugees into care - experiences] *Forschung Aktuell* 5.
- Steinberg, S., M. Jegu and R. Klatt
 2019 “Empowerment und kollaborative Wertschöpfung. Überlegungen zu einem postindustriellen Paradigma der Arbeitsintegration. [Empowerment and collaborative value creation. Reflections on a post-industrial paradigm of work integration]”, in A. David (Ed.), *Migration und Arbeit - Herausforderungen, Problemlagen und Gestaltungsinstrumente. [Migration and work - challenges, problems and instruments]*. Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin & Toronto.
- Stewart, E.
 2003 ‘A bitter pill to swallow: obstacles facing refugee and overseas doctors in the UK’. Geneva: Switzerland. United Nations High Commissioner for Refugees. URL: [<https://www.unhcr.org/research/working/3fbb94a32/bitter-pill-swallow-obstacles-facing-refugee-overseas-doctors-uk-emma-stewart.html>].
- Strauss, A. and J.M. Corbin
 1990 *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications Inc, Thousand Oaks, CA.
- Tanay, F., J.C. Dumont, T. Liebig, et al.
 2016 How are Refugees faring on the Labour Market in Europe. European Commission and OECD, European Union. URL: [<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/87a8f92d-9aa8-11e6-868c-01aa75ed71a1>].
- Tong, A., P. Sainsbury, J. Craig
 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.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division
 2017 International Migration Report 2017: Highlights, United Nations, New York. URL: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf].
- United Nations High Commissioner for Refugees & Organisation for Economic Co-operation and Development (UNHCR & OECD)
 2016 Beschäftigung von Flüchtlingen. Welche Chancen und Herausforderungen bestehen für die Arbeitgeber? [Employment of refugees. What are the opportunities and challenges for employers?] URL: [https://www.oecd.org/els/mig/migration-policy-debates-10_de.pdf].
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
 2017 *Global Trends. Forced Displacement in 2017*. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Switzerland. URL: [<https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>].
- Uslucan, H.H.
 2017 “Diskriminierungserfahrungen türkeistämmiger Zuwanderer_innen. [Experiences of discrimination among Turkish migrants]”, in K. Fereidooni and M. El (Eds.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen. [Criticism of racism and forms of resistance]*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
- Van Riemsdijk, M., S. Basford and A. Burnham
 2016 “Socio-Cultural Incorporation of Skilled Migrants at Work: Employer and Migrant Perspectives”, *International Migration*, 54(3): 20–34.
- Willott, J. and J. Stevenson
 2013 “Attitudes to Employment of Professionally Qualified Refugees in the United Kingdom”, *International Migration*, 51(5): 120–132.
- World Health Organization
 2006 *The World Health Report 2006. Working together for health*. WHO, Geneva, Switzerland.

Wrench, J.

- 1999 “Employers and anti-Discrimination Measures in Europe: Good Practises and Bad Faith”, in J. Wrench, A. Rea and N. Ouali (Eds.), *Ethnic Minorities and the Labour Market. Integration and Exclusion in Europe*. Palgrave, United Kingdom.

Yarris, K. and H. Castañeda

- 2015 “Special issue discourses of displacement and deservingness: interrogating distinctions between “economic” and “forced” migration”, *International Migration*, 53(3): 64–69.



Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals

Sidra Khan-Gökkaya & Mike Mösko

To cite this article: Sidra Khan-Gökkaya & Mike Mösko (2020) Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals, Medical Education Online, 25:1, 1811543, DOI: [10.1080/10872981.2020.1811543](https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1811543)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1811543>



© 2020 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



Published online: 24 Aug 2020.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Process- and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals

Sidra Khan-Gökkaya  and Mike Mösko 

Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Research Group on Migration and Psychosocial Health, Hamburg, Germany

ABSTRACT

Background: Refugee health professionals experience several barriers on their path to re-entering their original occupations in host countries. Several training programmes exist in order to address these barriers and enable a successful labour market integration.

Objective: This study aims to evaluate a specific orientation programme for the labour market integration of refugee health professionals in Germany. The programme lasts three months and comprises three elements (German technical terminology language course, cross-cultural coaching and a job shadowing).

Design: A mixed-methods design was implemented to evaluate the programme. To assess participants' skills improvement and satisfaction, self-developed questionnaires were used. For in-depth-evaluation of individual experiences, qualitative interviews were conducted at four time points (pre, half-time, post, follow-up) with both programme participants and programme providers about their experiences.

Results: Participants described impacts on their personal situation and improvement of their language, professional and formal skills. Some participants also described negative effects mostly due to unsupervised shadowing. Additional barriers, such as cost of travel were identified as challenges for participation.

Conclusion: Training programmes may affect language skills, professional skills and formal resources. However, programme providers need to anticipate negative effects and introduce actions for preventing negative outcomes. Moreover, programmes should be designed to reduce work-related fear and anxiety amongst participants.

ARTICLE HISTORY

Received 4 April 2020
Revised 12 August 2020
Accepted 13 August 2020

KEYWORDS

Refugees; health professionals; orientation programme; evaluation; labour market

Introduction

Due to the increasing numbers of refugees in Europe [1] their integration into labour markets has become a key challenge. Programmes for specific occupational groups have been implemented to address the labour market integration of refugees. As there is a shortage of health professionals in several European countries [2], occupational specific programmes have been implemented focusing on refugee health professionals. However, refugees belong to a particularly vulnerable group within the labour market of host countries [3] as their access to the labour market and to language courses often remains restricted [4]. Especially the access to jobs in the health care sector is described as challenging as health professions are highly regulated [5]. The recognition of their prior qualifications [6,7], a lack of proof of qualifications [8,9] and unfamiliarity with the health care system [10] pose barriers for successful integration. The experience of discrimination [11], the loss of their professional identity [12] and the loss of self-confidence [13] are additional

psychological and structural barriers. Therefore, it is recommended by the European Parliament to implement tailored programmes focusing on on-the-job-training of refugees [14]. Depending on the target group and the aim of the programme, the design and curriculum of the programmes vary. Most programmes described in literature address international health professionals [15] or international medical graduates [16,17]. Findings from a systematic review on programmes for international medical graduates pose the assumption that programmes need to focus on increasing self-efficacy whilst reducing work-related stress and anxiety [16]. However, most of the programmes have in common that they lack methodological quality and transparency in terms of evaluation methods [15–18]. Thus, it remains unclear how effective programmes are in this context. This underlines the importance of focusing on the effectiveness and the outcomes of such programmes [15]. Thus, this study aims to systematically evaluate an orientation programme for refugee health professionals.

CONTACT Sidra Khan-Gökkaya  s.khan-goekkaya@uke.de  Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Research Group on Migration and Psychosocial Health, 20246 Hamburg

© 2020 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Methods

Programme description

The programme that is subject to investigation was funded by the European Social Fund for four years and implemented as a pilot-programme at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. The programme targeted refugee health professionals from all health professions who applied or are preparing to apply for the recognition of their qualification in Germany. As a precondition to participate in this programme, refugee health professionals must be registered in Hamburg. The programme was designed as an orientation programme enabling refugees to gain insights into their potential workplaces before entering the labour market and learn occupational specific German. Thus, the programme did not directly lead to a qualification that is recognised by the licensing bodies for recognition.

The programme lasted three months and comprised three major modules: (1) German technical terminology language course, (2) cross-cultural coaching and (3) job shadowing. Due to legal regulations, foreign health professionals without a work permit are not allowed to perform a hands-on internship. Thus, a hands-off approach was conducted where participants were only allowed to watch. For the job shadowing, participants were matched with a ward corresponding to their qualifications. They shadowed at their wards for three days a week. Additional two days were reserved for the German technical terminology language course and the cross-cultural coaching. The German technical terminology language course focused especially on medical communication situations and case studies. The German course was supported through blended learning using online and in-person components. An online learning platform was established which provided interactive video and audio exercises for participants. Through blended learning participants were enabled to widen their professional vocabulary and encouraged to use their language competencies. The (face-to-face) cross-cultural coaching focused on cross-cultural aspects of clinical work such as communication, interprofessional work, confidentiality, and relationship towards patients. Part of the cross-cultural coaching was also to strengthen participants in dealing with difficult situations such as experiencing racism, solving conflicts with team members and preparing for job interviews through role plays. Participants were neither paid for participation nor did they had to pay for participation except for travel costs and food expenses.

Aim of the study

The aim of this study was to conduct a mix-methods process- and outcome evaluation including a three-month follow-up of an orientation programme for refugee health professionals. The mixed-methods process of evaluation addressed four questions following the Kirkpatrick Training Evaluation [19] framework:

- (1) How satisfied were participants with the programme?
- (2) What programme aspects were challenging for participants and what programme aspects can be improved?
- (3) Did participants gain knowledge through the programme, and if yes, in what areas?
- (4) What other outcomes could be observed through the programme?

Study design

The mixed-method study design comprised a qualitative case series concept [20] and two quantitative questionnaires. All participants were included in the quantitative evaluation. For in-depth evaluation and a broader understanding of the impact that the programme had made on the participant's situation a qualitative case study concept [20] was chosen. Figure 1 refers to the evaluation design of this study.

Instruments

Quantitative process data acquisition

Due to a lack of previously validated instruments for this specific context, a questionnaire was developed. The questionnaire was developed according to the heterogeneous composition of the group with regard to language competencies. The weekly questionnaires were designed in plain language to assess the three parts of the programme (German technical terminology course, cross-cultural coaching, job shadowing). The questionnaire assesses the satisfaction and relevance of each part of the programme corresponding to the first level of evaluation according to Kirkpatrick (reaction) with two items on a 4-point Likert scale and open-response questions.

Quantitative outcome data acquisition

In order to assess the second level of Kirkpatrick's training evaluation model (learning), participants completed a self-developed post-questionnaire at the end of the project. The questionnaire was based on three identified outcome-levels from a previous review on qualification programmes for immigrant health professionals [18] and was developed with additional experts in migration research. These outcome-levels refer to (1) improvement of language

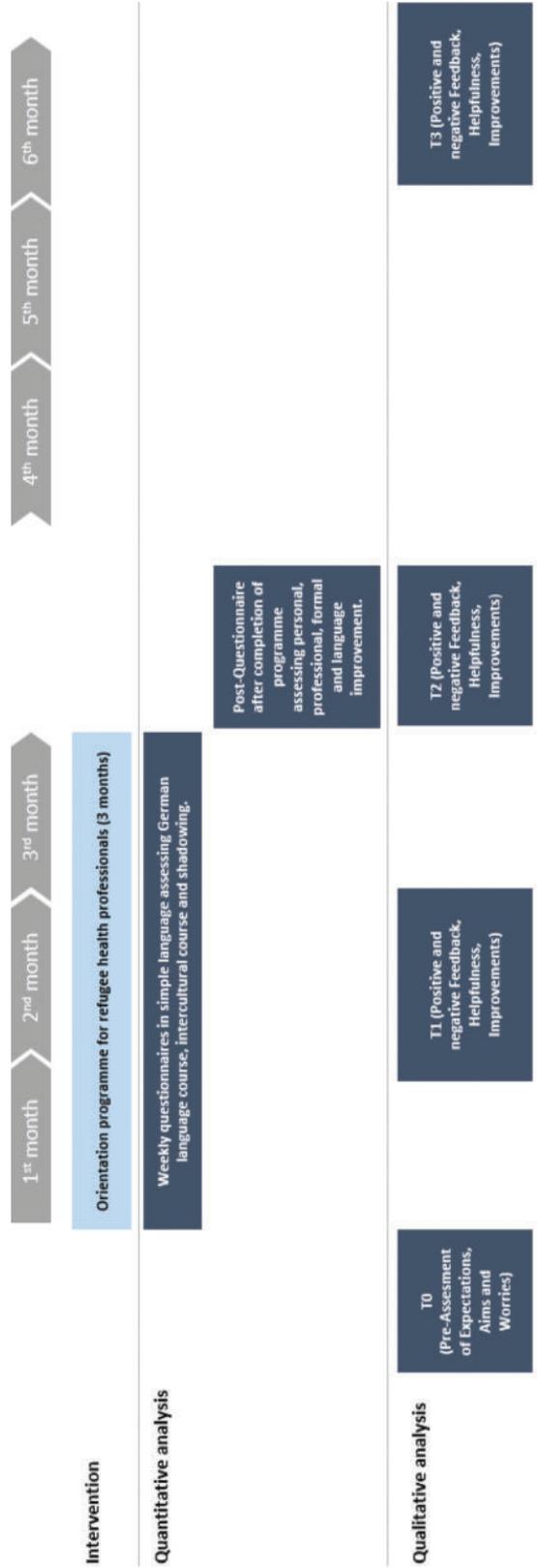


Figure 1. Evaluation design of the orientation programme for refugee health professionals.

skills such as learning new vocabulary or improving ones communication skills in clinical work, (2) improvement of personal and professional skills, such as being more confident, gaining knowledge about the health care system or being less afraid to speak German, (3) the improvement of formal resources/career prospects such as getting in contact with other health professionals, being encouraged to work, improving their CVs and finding internship or job placements. The questionnaire consisted of 16 items on a 5-point Likert scale. In order to include all participants and minimise language barriers, the German questionnaire was translated into Arabic and Farsi as most participants were fluent in either one of these languages.

Qualitative data acquisition

Interviews were conducted with 24 participants¹ from two cohorts (N = 29) of the programme at four times: one interview before the programme started, one after halftime, one at the end of the programme and one three months² after finishing the programme. Two teachers and one practical instructor from two cohorts were also interviewed at three times (pre, halftime, and post). The guideline specifically asked for assessment of the whole programme, every single part of the programme, positive and negative feedback of the programme as well as suggestions for improvement. For the qualitative, in-depth evaluation participants needed to have sufficient language competencies and a high chance of participating in the programme for the entire period. Participants received two consent forms: one for their participation in the study and one for their consent for audio recording. The consent form and the study information were also explained orally prior to the interview. For every interview the same guideline was used. The interviews lasted between four minutes to 38 minutes with a median range of 18 minutes. Demographic data was retrieved after the first interview. The interviews were conducted by Sidra Khan-Gökkaya, a female, person of colour,

PhD student at the Department of Medical Psychology with several years of experience in conducting qualitative studies in the field of migration research and two research assistants, both female and psychology students.

Data analysis

The questionnaires were analysed using SPSS 18 and descriptive data. The interviews were transcribed verbatim by a professional agency and analysed by the first author using qualitative content analysis according to Mayring [21] by means of a computer-based coding programme (MAXQDA, version 10). Within the process of analysing data deductive categories were derived from the interview guide. However, due to the explorative approach of the study more inductive categories were derived from the material itself. Code memos for the categories were created and included a description of the code and typical quotes. For the purpose of quality assurance two research assistants coded a quarter of all interviews independently. Uncertainties in coding were discussed. They led to the creation of some new sub codes.

Qualitative and quantitative results were presented and discussed in an interdisciplinary research colloquium with experts from the research group to ensure comprehensibility and utility.

Results

Table 1 provides a summary description of the study sample. Table 2 presents an overview of identified codes and sub-codes used to organise findings. Results are divided into five sections based on order of data collection.

Qualitative pre-programme assessment

Participants described that they were referred to the programme through employment agencies, other integration-projects or other refugee health

Table 1. Sample characteristics.

	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 3	Total
Target group	Participants	Participants	Staff	
Sample size	N = 17	N = 12	N = 3	N = 32
Sex	Male (n = 12) Female (n = 5)	Male (n = 6) Female (n = 6)	Female (n = 3)	
Country of origin	Syria (n = 12), Algeria (n = 2), Kongo, Iran, Moldova	Syria (n = 9) Afghanistan (n = 2) Iraq, Lybia	Germany (n = 3)	
Profession	Physician (n = 14), Psychologist (n = 2), Medical technical assistant	Physician (n = 7) Physiotherapist, Dentist, Pharmacist, Medical technical assistant, Nurse	German teacher, cross-cultural trainer, practical instructor	

Table 2. Overview of identified codes and sub-codes used to organise findings.

Time Point	Theme	Codes	Subcodes
T0	Qualitative Pre-Programme Assessment	Pre-Programme Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Referral to the project • Aims • Expectations and Worries
Process Evaluation			
T1/T2	Qualitative Process evaluation	Overall programme organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Availability of staff • Composition of programme • Shadowing opportunity
T1/T2		German technical terminology course	<ul style="list-style-type: none"> • Practise oriented teaching • Positive relationship towards teacher
T1/T2		Coaching	<ul style="list-style-type: none"> • Reflection about cultural aspects • Reflection about own experiences
T1/T2		Challenges with German technical terminology course and coaching	<ul style="list-style-type: none"> • Differing language competencies • Spatial equipment • Timing • Focus on medical topics only
T1/T2		Job Shadowing	<ul style="list-style-type: none"> • Insight into work routine • Encouragement from colleagues • Support from medical students
T1/T2		Challenges with Job Shadowing	<ul style="list-style-type: none"> • No person responsible • Distanced relationship towards colleagues • Job shadowing placements • Technical issues
T1/T2		Improvements	<ul style="list-style-type: none"> • Job Shadowing • Overall organisation of programme • Additional offers
T1/T2		Psychosocial Stress factors	<ul style="list-style-type: none"> • Acquiring language competencies • Recognition of qualification and work • Personal and social situation • Travel expenses
T1/T2		Staff Experience	<ul style="list-style-type: none"> • Language and occupational differences within participants • Suggestions for improvement
T1/T2	Quantitative Process Evaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Results of weekly questionnaires • Assessment of Satisfaction and Importance
Outcome Evaluation			
T2/T3	Qualitative Outcome evaluation	Impact and Improvement of skills	<ul style="list-style-type: none"> • Personal situation • Language skills • Professional skills • Formal resources • None or Negative impacts (T3/T4) • Outcomes observed by staff
T2	Quantitative Outcome Evaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Results of Post-Questionnaire • Assessment of improvement of language, professional and formal skills (see Table 3)

professionals. They participated in the programme in order to refresh their knowledge to improve their professional performance and increase their follow-up chances for internships or job placements. Participants were worried about the process especially regarding the shadowing as they feared they would not be accepted or supported at the ward. Furthermore, they were afraid their German would not suffice for participating in the programme.

Qualitative process evaluation

Overall programme organisation

Participants were generally satisfied with the programme. They positively commented on the availability of the project staff and fast support in cases of

questions related to the recognition of their qualification or other personal and social issues. They also described that the project gave them an opportunity to shadow which is not easy to get. Participants also emphasised the division between German technical terminology language course, cross-cultural coaching and job shadowing at the end of the programme:

I think that is good [the division of the programme]. When we notice something or if we don't understand something during the job shadowing we can bring that up later in the course. And explain and discuss what was wrong about it or what was right about it (P35).³

German technical terminology course

Participants highlighted the relevance of the German technical terminology course as they all wanted to

Table 3. Results post-questionnaire ^a.

	n	Strongly dis- agree	Dis- agree	Partially agree	Agree	Strongly agree	Mean	SD
LANGUAGE SKILLS:								
My German has improved through the project	24	-	-	46%	29%	25%	3.79	0.83
I learned new technical language	25	-	-	24%	44%	32%	4.08	0.76
I'm less afraid of speaking German while working	25	-	-	20%	36%	44%	4.24	0.78
I can communicate better while working	23	4%	9%	13%	35%	39%	3.96	1.15
PROFESSIONAL SKILLS:								
I'm more self-confident while working than before.	23	4%	9%	13%	35%	39%	3.96	1.15
I feel better prepared to work in Germany	23	-	-	22%	52%	26%	4.04	0.71
I know more about the health care system	24	8%	-	8%	33%	50%	4.17	1.17
I know more about the working culture in German hospitals	23	4%	4%	13%	35%	44%	4.09	1.08
I got a good insight into the German hospitals	23	4%	-	17%	44%	35%	4.04	0.98
I gained new medical knowledge	23	-	-	35%	35%	30%	3.96	0.83
FORMAL SKILLS								
I was able to build professional networks because of the programme	23	17%	17%	22%	39%	4%	2.96	1.22
I was encouraged to work in my job again	23	4%	4%	9%	30%	52%	4.22	1.09
I will find a job easier	18	6%	6%	39%	28%	22%	3.56	1.10
I found a job	20	80%	10%	5%	5%	-	1.35	0.81
The programme helped me with my professional career here in Germany/Hamburg	20	15%	10%	30%	30%	15%	3.18	1.27
I feel better prepared for the language and knowledge assessment	23	9%	-	35%	30%	26%	3.65	1.15

^aValues are rounded.

improve their language skills. In this context, they benefitted from a practice-oriented teaching in which patient-consultations were simulated. They highlighted their positive relationship towards teachers and expressed that receiving feedback from teachers was very helpful. They also positively highlighted interaction between the group and exchange of ideas.

Cross-cultural coaching

Participants described that the topics of the cross-cultural coaching were relevant for them. They did not only gain information about the health care system but also reflected on cross-cultural aspects in Germany:

I have been in Germany for two years and I did not have proper contact to German culture. And knowing what a taboo is here, what is not right, what one should not do. That is good to know before having contact to patients (P21).

They also considered the cross-cultural part as not only helpful for their professional skills but for their overall situation in Germany:

It [the cross-cultural coaching] has got to do with everyday life. [...] She discussed a challenging topic with us- racism. Something we experience every day- [we talked about] how you can find a solution with regard to this topic or a way out of these situations. [...] not only in the medical area, generally (P104).

Challenges with German technical terminology course and coaching

Participants criticised the overall composition of the group as they all had differing language competencies:

What I don't like is that we are not on the same level in the course. [...] Everyone has another level of competencies. Sometimes this is very boring for some people. Sometimes they have material that is for all people. But for those people who know the material it is boring. And sometimes it is difficult for other people to understand this (P21).

Participants also criticised the spatial equipment as room changes for German class and cross-cultural coaching happened frequently and they were not informed about these changes. They were also dissatisfied with the coaching especially with regard to timings. Some participants felt uncomfortable as the classes took place Friday afternoon and this timing colluded with Friday prayers for Muslims. Participants described participation in Friday prayers as very important for their well-being and stress-reduction. Thus, they always had to balance between courses/coaching and prayers.

Participants also felt misplaced and reported not benefitting from the programme as much as their colleagues who were physicians:

Sometimes I had the feeling of being in the wrong place. Because I knew it would not help me in my future life. [...] Because in my area, for example the laboratory, for me it is important to speak about blood, about microscopes, about bacteria, about a lot of things. But the content in the teaching course was important for physicians or nurses (P52).

Job shadowing

Participants described ambivalent experiences with the job shadowing. They highlighted that they gained insights into daily work routine in Germany and familiarised with these routines.

I was expecting to get an idea how this works. What are the tasks of a junior physician? What does a junior physician do? How does he talk to senior physicians? These little things, I had no idea about.

And know through job shadowing I have a better idea about that (P35).

They highlighted the importance of interpersonal relationships with team members and supervisors. Positive feedback from colleagues was perceived as encouraging:

The physicians [at the ward] are very friendly and they encourage me to find work. They always say: 'Yes, you can do this. Apply to all hospitals in Hamburg'. And I have heard that several times. It encouraged me because I did not have the feeling of being prepared for work. (P21).

They benefitted from students who were completing their medical/practical year at the ward:

I personally benefitted a lot from them and I had a very good relationships towards students. For example, I told them I needed a physician's letter to learn. And every week twice or thrice they helped me to write the letter (P73).

Challenges with job shadowing

A major critique point was that no person felt responsible for inducting them throughout their job shadowing:

The problem at the ward is, I don't have any work. No one helps me finding orientation. For example, I come every morning at six o'clock and I try to do something- but no one helps me. That is my problem. [I feel] Like a stranger at the ward. That is why I think the shadowing is boring. (P26).

They also pointed out that physicians did not have any time to talk to them and they had a distanced relationship towards team members:

They [team members] are under time pressure. [...] And especially the culture. I don't know how to behave best or how to get closer to them. [...] Never has someone said to me 'What do you want? What do you want to learn?' It is this distance every time (P29).

As a consequence of not being allowed to work or not being taken care of, participants got bored.

They also criticised the overall organisation of the job shadowing as some of them were not even assigned to a job shadowing, were assigned to it very late or were assigned to a ward that did not match their qualification. They also criticised some technical issues such as not having access to the computer system, not having keys for the physicians' room and not knowing where to change their clothes.

Suggestions for improvements

Participants proposed organising job shadowing placements that correspond with individual qualifications for all participants before the beginning of the

programme. They also proposed to integrate some additional offers such as lectures from experienced colleagues and professors, discussing patients' cases and establishing voluntary mentors they could work with. With regard to improvements of the overall programme, they proposed a review of the teaching courses and coaching timings, the composition of the group and access to technical and spatial resources such as to patient files and to changing rooms. They also proposed offering specialised workshops for different professions and for participants with higher and lower language competencies. Regarding the appropriate length of the programme, participants gave mixed feedback.

Psychosocial stress factors

Throughout interviews, participants mentioned other aspects that seemed to influence their performance and their well-being. Acquiring sufficient language competencies was perceived as very difficult:

The language barrier was my biggest fear. [...] My confidence decreased a little bit. Because of the language. I think I was a good student at my university [...] And when I worked I was good at my work. But then after coming to Germany the language was a big fear (P69).

Furthermore, they were worried about their professional future prospects and how to cope with all the barriers connected to re-entering their professions in Germany:

I hope I get this paper [from the licensing bodies] and my work permit [permit to work as an intern] and then I can do the internship and learn for the knowledge examination. We say 'you can't carry two melons with one hand'. I am carrying two melons in one hand. But I need to hold on to them (P85).

Participants also mentioned their personal or social situation which was influenced by the circumstances of their flight or their status as refugees in Germany: 'As a refugee in Germany it is hard to find employment. I am afraid of racism or discrimination, that makes me worry' (P58).

Another participant described his worries about his family and the role of the project:

I always think about my parents. Because they are in trouble. They need help and I'm not there. [...] And that is why I always think about it. [...] When I work, especially in the laboratory, then my head is busy with working and learning. [...] If I get a job shadowing placement, then I'm in it (P66).

However, this participant could not be matched to a job shadowing placement.

Financial barriers such as travel expenses also influenced participation as employment agencies did not cover travel expenses:

I like it [the job shadowing]. But that is a problem for me. Because it is halftime [halftime of the programme]. And if I want to catch up on the missed time [participant was assigned to a job shadowing 6 weeks after the start of the programme] then I would have to add one or two months. And if that is the case there are problems with travel expenses. Because the ticket is 160€ per month (P27).

Staff experience

Facilitators and teachers experienced similar challenges as participants. It was a challenge for them to include all students despite their language and professional heterogeneity:

We had two psychologists. [...]. Thematically, very less [of the used material] was suitable for them. But those communication aspects, speaking German, acting in role plays. I think they could pick up on that (P30).

They also experienced a hardship in finding job shadowing placements:

We have a few [job shadowing placements] now we can always rely on. But, all these different specialties, if participants have different occupations, dentists or dermatologists, it is always very difficult. (P70).

They observed that as a consequence of the described challenges in the context of job shadowing, participants were demotivated. They also noticed that not being able to actually do something was frustrating for participants. They proposed to establish a mentoring programme so that someone at the ward would feel responsible for them. They also suggested introducing specific workshops such as the use of the computer system and creating welcome documents that mentors or ward staff can hand out to participants on their first day.

Quantitative process evaluation

German technical terminology course (quantitative results)

On average, German classes were attended by 21 out of 30⁴ participants in both cohorts (range = 18–25), which corresponds to an average attendance of 70%.⁵ On average, participants were generally ‘satisfied’⁶ with the German technical terminology course (mean = 3.37, SD = 0.56, range = 2–4) and rated the topics of each session as ‘important’ (mean = 3.38, SD = 0.60, range = 2–4).

Cross-cultural coaching (quantitative results)

With regard to the cross-cultural coaching, an average of 18 out of 29 participants in both cohorts attended individual sessions, which corresponds to an average attendance of 62.1% (range = 10–23).⁷ On average, participants were ‘very satisfied’ (mean = 3.58, SD = 0.51, range = 2–4) with the cross-cultural coaching. In addition, the topics of each session were rated on average as ‘very important’ (mean = 3.55, SD = 0.53, range = 2–4).

Qualitative outcome evaluation

Participants described initial outcomes after halftime of the programme. The programme affected their personal situation and it contributed to the improvement of their language and professional skills as well as to their formal resources.

Impact on personal situation

Participants described programme participation as a reasonable alternative to doing nothing:

I can’t stay at home. [Improve] linguistically and medically. Collect information. I can’t stay home because that makes me sick because I have stayed home for a long time. I don’t have a workplace. This is why I also want to participate in job shadowing’s or internships (P20).

Improvement of language skills

Participants described that their language competencies have improved. They highlighted that they have learned new health-related vocabulary and became used to standardised medical communication situations such as talking to patients and colleagues:

I noticed the change. Before the job shadowing I didn’t talk too much German. But after the beginning of the programme until now my German has improved a lot. Maybe I don’t talk very well now, but it’s not like before. [...] Also, when I talk to patients now, it happens very rarely that I don’t understand their answers. It was not like that in the past (P72).

Participants related their success in their language examinations to programme participation:

My first month with the job shadowing was neither very well, but I was happy, because I learned German. It helped very well, to speak German. It helped to pass the language examination. It [the job shadowing] played a big role [in passing the examination] (P85).

Improvement of professional skills

Participants described that their personal and professional skills also improved. By not being a stranger they felt more secure:

When I apply for a job, when I go to work, I am not the stupid person standing around and not knowing what to do. No, I can show that I know the system. That can build trust (P21).

Their self-confidence was also increased by speaking and listening to German:

If you hear the language, that helps. [...] I talked to my teacher and my colleagues and that helped me a lot. I had more self-confidence (P72).

They describe that they felt more encouraged and more secure than before:

The project encouraged me and now I can begin to work. Maybe. In the past I had a different idea how work in hospital is organised. [...] And the German language was very complicated for me. And I was afraid to work. But, now with the job shadowing- at the beginning it was very hard. But, now it is easier. I had three job interviews during the three months (P40).

After three months participants also described that they lost their fear and were less reluctant to speak German:

I was afraid. But now I can just work. Just talk to patients and say everything without fear. [...] And it [the programme] gave me some orientation how to work in hospitals or deal [with others]. [...] I was afraid of talking German. And here I tried. Physicians and patients did not have time [...] I did not have that many chances [to talk to them]. But, I talked to nurses and several times to patients. And that was very good (50).

Improvement of formal resources

Participants described that participating in the programme improved their CVs and was helpful for their career:

I think the work I found now, it was easier to find it through the project. Because, they saw it in my CV. You were at the UKE [abbreviation for University Medical Center], you did an internship there. You speak very well, you have experience, you know what you are doing. And in that way it helped me (46).

One participant was also able to gain an internship placement after the job shadowing which she needed for recognition of their qualification. Moreover, at the time of follow-up participants had stayed in contact, established learning groups or exchanged important information regarding their recognition and job interviews which increased their formal resources.

None or negative impacts

After the end of the programme, there were also participants who reported none or negative impacts. Depending on their previous knowledge, participants described that no impact was observed in their language skills or their knowledge about certain topics. Negative effects were mostly reported due to their

unsupervised job shadowing: Some of them reported that they felt superfluously as the 'sixth finger' at the ward and it was not possible to proceed 'happily and strongly' (91). Lack of supervision during job shadowing or not having a job shadowing placement at all led to frustration and disappointment of participants:

I am disappointed. Unfortunately I did not had practical experience [a job shadowing placement] in this hospital to talk about it. That was a big disappointment for me (52).

One participant was negatively affected in his self-confidence by the shadowing experience:

I had a lot of expectations from this project. It is in the University Medical Center and it is a big University Medical Center. You can learn a lot but then the reality was totally different. I was a little bit disappointed. I need to say that in English. A little bit of my confidence, was a little bit down. [...] Because the people there didn't know about the project. They have no idea what the project is and who the new people are (104).

Likewise, there were participants who did not stay in contact with other participants. Thus, no sustainable networks were built.

Outcomes observed by staff

The teachers and facilitator agreed that all participants could improve their language skills and were better prepared for working in health care. Furthermore, they highlighted the role of the networks that were established between participants. However, the success of the programme was also connected to the personal situation of the participants:

Several of them who have other big problems. Seven people in one and a half room with corresponding issues in the background, with children. You can be happy when someone like that can concentrate on the course. If someone is threatened with deportation, it is also difficult. And of course all this is difficult to predict (83).

Quantitative outcome evaluation

Improvement of language, professional and formal skills (quantitative results)

In addition to the weekly questionnaires, a self-developed post questionnaire was handed out to the participants from two cohorts (N = 29) after the end of the programme. Three participants did not fill out the questionnaire. Reasons for non-participation are unclear. Participants' ratings in the category of language skills improvement were between 3.79⁸ (SD = 0.76) and 4.24 (SD = 1.15). Participants highly agreed to almost all the items (except for Item 'I

found a job'). One person strongly disagreed to communicating better while working.

The item 'I am less afraid of speaking German while working' received the highest agreement. Improvement of personal and professional skills were rated by the participants between 3.96 (SD = 0.71) and 4.17 (SD = 1.17). They all agreed that they felt better prepared to work in Germany. However, one participant disagreed with being more self-confident than before and three participants disagreed with knowing more about the health care system and the working culture in Germany. All of them agreed that they have learned new medical knowledge. The improvements of formal skills were rated between 1.35 (SD = 0.81) and 4.22 (SD = 1.27) although in this category there was a wide range of responses. However, most of the participants strongly agreed that they were encouraged to work in their jobs again.

Discussion

This study aimed to evaluate an orientation programme for refugee health professionals by implementing a mixed-methods design. Due to the increased number of refugees and a lack of qualified health professionals in European countries, there is a need to implement orientation and qualification programmes. At the same time, it is necessary to systematically evaluate these programmes in order to make sure that they are effective and sustainable. However, research indicates that several challenges occur when conducting quantitative studies with refugees. For example, linguistic and cultural specificities within the target group need to be considered [22]. Moreover, refugees may be reluctant to participate as they fear negative consequences due to participation or non-participation [23]. Corresponding with literature, we also experienced several challenges in conducting the evaluation in this study.

Methodological challenges

The first challenge refers to the language barriers within the target group. The composition of participants was very heterogeneous with regard to their German language competencies and their native languages. These language barriers may have influenced the interview process. Moreover, they made it challenging to use validated instruments as it could not be assumed that all participants would understand German questionnaires. Furthermore, there were no specific instruments such as a self-efficacy scale or a sense-of-belonging scale to evaluate within this specific context. With regard to these barriers, the self-development of questionnaires corresponding to the design and the aims of the programme seemed reasonable. Nevertheless, by conducting a mixed-

methods study and evaluating qualitatively, a differentiated picture of the effects of the programme became obvious. Thus, it can be assumed that conducting a mixed-methods study design may on the one hand be extensive and challenging, but on the other hand very informative especially when favouring an explorative approach. For research purposes it is also necessary to critically reflect the usefulness of qualitative and quantitative methods in the context of programme evaluation and to consider the challenges with target groups when developing appropriate instruments. Aside from the restrictions of the self-assessment [24] and a limited translation quality [25] the quantitative evaluation was helpful as it identified specific aspects that have not been detected by the qualitative approach alone.

Programme design

Programme elements

Participants were generally satisfied with the design of the programme. They positively pointed out the division between German technical terminology course, cross-cultural coaching and shadowing. As some participants had difficulties finding shadowing placements on their own, they could benefit from the job shadowing opportunity within the programme. Qualitative results suggest that participants who were satisfied with their job shadowing (placement) were generally satisfied with the programme. On the contrary, participants who did not receive a shadowing placement or were not supervised at their placements were disappointed. According to the programme providers, it was very hard to find job shadowing placements. Participants also described that colleagues at the ward were very busy and did not seem to have time. This may be due to the precarious staffing situation in German hospitals [26] and not specific to the programme site. However, as the programme site is a University Medical Centre offering students and interns regularly placements, there seems to be potential for optimisation.

As language skills are essential for participating in the labour market, it is not surprising that all participants were satisfied with the German technical terminology language course and rated its topics as important. They pointed out the benefits of a practise-oriented learning as specific situations and cases at wards could be picked out. Participants were also satisfied with the cross-cultural coaching and rated its topics as very important as quantitative results suggest. Thus, it can be assumed that addressing cross-cultural aspects is very important for a successful labour market integration. This is consistent with qualitative findings. Some participants

described that they were insecure about cultural standards, as cultural standards are often implicit [27]. Moreover, results reveal that cross-cultural coaching was not only helpful in the context of labour market integration but also for their overall situation in Germany as they learned strategies to deal with challenging situations.

Group composition

Participants in this study benefitted from each other and liked exchanging ideas in the group. Previous studies suggest that teaching different professions together is fruitful in terms of acculturation [16]. However, some of them were not satisfied with the group composition. Participants had different language competencies which made the German technical terminology course and cross-cultural coaching sometimes difficult for participants with lower competencies and boring for participants with higher competencies. Additionally, participants who were not physicians felt misplaced and discouraged as topics in the German technical terminology course and cross-cultural coaching seemed to focus on this profession. There seems to be a challenge in designing programmes for all health professionals and addressing relevant issues for all professions. This may also be the reason why there are so few programmes aimed at all professional groups [18]. Differentiating the curriculum and offering specialised workshops corresponding to competencies and professions as proposed by the participants may be difficult due to limited resources and unequal distribution of the professions. However, integrating group work into the existing design of the course could be one opportunity to give participants time to specifically deal with issues that are relevant for their profession.

Time aspects

Some participants mentioned the timing of the classes as challenging as it coincided with the timing of Friday prayer. They described that participation in Friday prayers was very important for their well-being and stress-reduction. This is consistent with previous findings that religion can be a coping strategy for refugees [28] and a ‘source of emotional and cognitive support’ [29]. It underlines the important role of support systems in this context and matches observations from staff that some participants were burdened by the circumstances that led them flee their home country and the experiences as a refugee.

Participants gave mixed feedback on the appropriate length of the programme. Some participants who were satisfied with their job shadowing wished for a longer duration. Others who were bored at their wards suggested shortening the length of the

programme. As the programme was designed as an orientation programme not leading to a recognised qualification a short duration seems reasonable.

Programme effectiveness

Impact on personal situation

Considering the restrictive integration policies in many European countries, it is not surprising that refugees see the programme as a welcoming diversion. It is also consistent with previous findings that restrictions in employment negatively affect the situation of refugees resulting in deprofessionalisation [30] and slowing down the economic integration of refugees [31]. Moreover, the longer refugees stay out of the professional field, in an unskilled profession or on welfare, the harder it gets to re-enter their professions [32]. Thus, supporting structures and occupational specific programmes should be offered more often instead of restricting access to supporting structures for refugees. In this context, it is also important to reduce additional barriers for participation in programmes. Results revealed that for example travel expenses posed a barrier for some participants. It is consistent with previous findings that financial hardships can pose a barrier to obtaining registration as well as to retraining [33]. Thus, employment agencies and programme providers should consider covering for travel expenses in order to prevent non-participation due to financial barriers.

Improvement of language skills

For participating in the labour market it is essential to have good language skills. Qualitative and quantitative results prove that most of the participants could improve their language skills in this three-month orientation programme. Some participants who already had very good language competencies described that they did not benefit from the programme at all. A heterogeneous group composition with regard to language competencies, foreign language competencies and learning habits is a common problem in the context of language acquisition [34]. However, integrating partner and group work or introducing team teaching may be helpful [34]. Improvement in language skills and communication can also be associated with improvement of self-confidence and a reduction of fear. The highest rated item in the questionnaire was related to being less afraid of speaking German.

Improvement of professional skills

Throughout the study it became obvious that fear was a manifest feeling of participants. Participants described that they were afraid that their language competencies would not suffice. Moreover, they were

afraid of discrimination and rejection at the ward. Additionally, they were also afraid of their chances to enter their jobs. Thus, it can be concluded that a lot of fears are connected with workplace participation. These findings indicate that programmes should focus more on reducing work-related fear and anxiety. In the programme, especially the cross-cultural coaching aimed to strengthen participants in dealing with difficult situations and preparing them for their path to a successful labour market integration. Qualitative results show that they were strengthened for example in dealing with racism and that they perceived the coaching not only as helpful for their professional career but for their general situation in the new country. Results also indicate that the cross-cultural coaching was perceived as a space for reflecting their experiences and finding their own strategies in dealing with challenging situations. Moreover, quantitative results prove that the programme had an effect on participants' self-confidence and that they were encouraged. One participant explicitly mentioned the positive feedback from his colleagues as encouraging. Considering these effects it can be concluded that programmes for refugee health professionals should focus even more on empowering them. This could be done by emphasising their qualifications such as their multilingualism instead of only focusing on the lack of language competencies. Moreover, it is necessary to point out the qualifications and experiences that refugee health professionals have gained in their home countries. De-skilling [32] and frustration [35] among refugee health professionals are often described in the context of labour market integration. Thus, it is necessary to make their resources and competencies visible again in order to increase their agency.

Improvement of formal skills

While there was strong agreement with improvement of language and professional skills, agreement with items in the category of formal resources was very mixed. The only item that was rated very high in this category referred to being encouraged to work again. Participants only partially agreed that they would find a job easier. This ambivalence may be explained by two factors. Several participants described that participation in the programme improved their CV which could help find a job. However, as most of the participants had not yet achieved required language competencies and not participated in the mandatory language and knowledge assessment examination, it is not possible to predict whether participation in the programme will help finding a job.

Quantitative findings also reveal that most of the participants were able to build networks and qualitative findings indicate that participants stayed in contact with each other after three months. However, they did not report establishing networks with staff members or

people already working in the health care system. Although participants in this programme benefitted from local students during the shadowing, they did not report staying in contact with them afterwards. Studies in the context of international students in Germany describe that establishing relationships with locals is perceived as challenging [36] and participants in this study described that they had a distanced relationship towards local team members. Although workplaces are described to be a good place to establish contacts [37], it remains unclear why no contacts were made. One explanation may be that due to language barriers the communication between local team members and refugee health professionals can be impeded. Another explanation may be the precarious staffing situation in health care. Participants in this programme were sometimes not even supervised appropriately which may be related to local team members being overburdened. Thus, the chances of establishing relationships between local team members and refugee health professionals may be low. However, another explanation for the distanced relationship is that local team members may be hesitant or not willing to establish contact with refugee health professionals. Negative attitudes towards refugees and asylum seekers are becoming stronger in Germany [38]. Thus, it is important to increase cross-cultural awareness within the organisation in order to create a welcoming environment that appreciates refugee health professionals [16].

Results also indicate that some participants did not experience a positive effect on self-confidence. Moreover, some of them were disappointed and discouraged through the programme. Based on qualitative findings, it can be concluded that those participants did not receive a shadowing placement, were not supervised appropriately or were not physicians. This matches the experience of the staff who had difficulty finding shadowing placements and proposed establishing mentoring programmes in order to ensure some kind of induction or attachment to the ward. Results indicate that in their practical year students were helpful tandem partner. It is recommended to implement mentoring or tandem programmes [14]. This could disburden employees at the ward but it could also assure some kind of attachment to the ward by matching them with students who are already working there. Additionally, refugee health professionals could be matched with former international or immigrated health professionals who have successfully integrated at their workplaces as role models can be an important resource at the workplace [39].

Most of the observed outcomes were also reported three months later. Although participants talked much more generically about the programme, a positive feeling remained with them. Nevertheless, the same applies to negative effects that were also reported three months later. Thus, it may be important to critically reflect on

positive but especially on possible negative outcomes before designing and implementing programmes.

Strengths and limitations

The strength of this study is the mixed methods study design that was implemented in order to capture the different facets of programme implementation and programme outcomes. By conducting quantitative and qualitative data collection, it was possible to extract detailed information on the improvement of the programme and the impact it had on participants. Through the mixed-methods design it was also possible to include all participants in the evaluation instead of selected participants. Furthermore, by conducting interviews at several times, recall bias was reduced. Moreover, by interviewing participants after three months, it was possible to determine long term effects. However, qualitative data can be influenced by social desirability bias. Moreover, the psychometric properties of the quantitative instruments have not yet been evaluated. Although the study cannot be generalised due to limitations, the study provides an important basis for researchers and practitioners who want to implement or evaluate a programme for refugee health professionals.

Conclusion

This study presents the results of a process and outcome evaluation of an orientation programme for refugee health professionals. The division between job shadowing, technical language courses and cross-cultural coaching was generally perceived as helpful. Moreover, quantitative and qualitative results show that improvements were observed with regard to language skills, professional skills and network establishment. As some participants could not benefit from the programme, it is necessary to enable all participants a shadowing placement and facilitate supervised job shadowing placements. Moreover, programmes should focus stronger on reducing fear and anxiety in order to increase the agency of refugee health professionals and supporting their labour market integration.

Funding

The study was funded by the European Social Fund. SKG and MM received the funding. The funders did not play any role in the study design, data collection, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Notes

1. Participants were selected on the basis of their German language skills and the likelihood of completing the programme.
2. All interviews were conducted in person at the University Medical Center. The follow-up interviews

were conducted via telephone as at this time point travel costs had been identified as a barrier for participants and we did not want the interview to be an additional burden.

3. The interviews were conducted in German. For translation purposes, citations were translated one-on-one from German to English and supplemented with further explanations in square brackets if necessary.
4. Although officially there were only 29 participants, we identified 30 codes for the German course. Despite a thorough examination, it was not possible to identify or match the double code. In order not to manipulate data, attendance rates for German course were based on 30 participants. Limitations of quantitative data are critically reflected in the discussion section.
5. In total, 251 out of 360 possible feedback from the 30 participants were available for evaluation. Thus, ratings in this context are dependent on participation and attendance rates.
6. There were four answer categories in the weekly questionnaires: (1) I am not satisfied with the course. (2) I am a bit satisfied with the course. (3) I am satisfied with the course. (4) I am very satisfied with the course. The value 'mean' in the following refers to the average values of the 12 weeks.
7. There are a total of 217 out of the possible 348 feedbacks (with a theoretical attendance of 100%). Thus, ratings in this context are also dependent on participation and attendance rates.
8. In the post questionnaire there were five answer categories: (1) Strongly disagree. (2) Disagree. (3) Partially agree. (4) Agree. (5) Strongly agree.

Acknowledgments

We are very grateful to the participants who have made this study possible through their support.

Disclosure statement

We have no conflicts of interest to disclose.

ORCID

Sidra Khan-Gökkaya  <http://orcid.org/0000-0002-5918-6343>

Mike Mösko  <http://orcid.org/0000-0002-6408-2629>

References

- [1] Eurostat (Statistical Office of the European Communities). Asylum statistics. Luxembourg; 2019. [cited 2020 Feb 20]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics.
- [2] European Commission. commission staff working document on an action plan for the EU health workforce. Strasbourg; 2012. [cited 2020 Feb 04]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_health_care_workforce_en.pdf.
- [3] Tanay F, Dumont JC, Liebig T, et al.. How are refugees faring on the labour market in Europe. European Union: European commission and organisation for

- economic co-operation and development (OECD); 2016. [cited 2020 Feb 04]. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/87a8f92d-9aa8-11e6-868c-01aa75ed71a1/language-en>.
- [4] Weber F. Labour market access for asylum seekers and refugees under the common European asylum system. *Eur J Migration Law*. 2016;18:34–64.
 - [5] Conrad HJ. Gesundheitsberufe sind heute Berufe wie andere auch. *Herz*. 2014;39(5):563–566.
 - [6] Desiderio MV. Integrating refugees into host country labor markets: challenges and policy options. Washington D.C.: Migration Policy Institute; 2016.
 - [7] Körtek Y. Rechtlicher Rahmen der Anerkennung. In: AYAN T, editor. Anerkennung ausländischer Qualifikationen: forschungsergebnisse und Praxisbeispiele. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2015. p. 13–24.
 - [8] Bloch A. Refugees in the UK labour market: the conflict between economic integration and policy-led labour market restriction. *J Social Policy*. 2008;37(1):21–36.
 - [9] Bucken-Knapp G, Fakh Z, Spehar A. Talking about integration: the voices of Syrian refugees taking part in introduction programmes for integration into Swedish society. *Int Migration*. 2019;57(2):221–234.
 - [10] Ong YL, Bannon M, Paice E. Getting refugee doctors back to work: challenges, obstacles and solutions. In: JACKSON N, CARTER Y, editors. Refugee doctors: support, development and integration in the NHS. Oxford: Radcliffe Publishing; 2004. p. 31–37.
 - [11] Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, et al. “Why should I have come here?”: A qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:74.
 - [12] Peisker VC, Tilbury F. “Active” and “Passive” Resettlement: the Influence of Support Services and Refugees’ own Resources on Resettlement Style. *Int Migration*. 2003;41(5):61–91.
 - [13] Willott J, Stevenson J. Attitudes to employment of professionally qualified refugees in the UK. *Int Migration*. 2013;51(5):120–132.
 - [14] Konle-Seidl R, Bolits G. Labour market integration of refugees: strategies and good practices. Brussels: European Parliament. Policy Department A: Economic and Scientific Policy; 2016.
 - [15] Covell CL, Neiterman E, Bourgeault IL. Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Hum Resour Health*. 2016;14(1):38.
 - [16] Kehoe A, Mclachlan J, Metcalf J, et al. Supporting international medical graduates’ transition to their host-country: realist synthesis. *Med Educ*. 2016;50(10):1015–1032.
 - [17] Lineberry M, Osta A, Barnes M, et al. Educational interventions for international medical graduates: a review and agenda. *Med Educ*. 2015;49(9):863–879.
 - [18] Khan-Gökkaya S, Higgen S, Mösko M. Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019;14(11):e0224933.
 - [19] Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.
 - [20] Yin RK. Case study research: design and methods. Los Angeles: SAGE; 2014.
 - [21] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2015.
 - [22] Röder A, Kailitz S, Genswein T, et al. Methodische Herausforderungen quantitativer Befragungen von Geflüchteten am Beispiel einer Vorstudie in Sachsen. *Z’Flucht Zeitschrift für Flüchtlingsforschung*. 2018;2(2):313–329.
 - [23] Borgmann LS, Waldhauer J, Bug M, et al. Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2019;62(11):1397–1405.
 - [24] Eva KW. Assessing tutorial-based assessment. *Adv Health Sci Educ*. 2001;6(3):243–257.
 - [25] Banville D, Desrosiers P, Genet-Volet Y. Translating questionnaires and inventories using a cross-cultural translation technique. *Journal of Teaching in Physical Education* 2000;19(3):374.
 - [26] Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit; 2018. [cited 2020 Feb 20]. Available from <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>.
 - [27] Sakamoto I, Chin M, Young M. “Canadian experience,” employment challenges and skilled immigrants. A close look through “tacit knowledge”. *Can Social Work*. 2010;12(1):145–151.
 - [28] Brune M, Haasen C, Krausz M, et al. Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(8):451–458.
 - [29] Gozdziaik EM, Shandy DJ. Editorial introduction: religion and spirituality in forced migration special issue: religion and forced migration: editorial introduction. *J Refugee Stud*. 2002;2:129–135. DOI:10.1093/jrs/15.2.129.
 - [30] Smyth G, Kum H. “When they don’t use it they will lose it”: professionals, deprofessionalization and reprofessionalization: the case of refugee teachers in Scotland. *J Refugee Stud*. 2010;23:503–522.
 - [31] Marbach M, Hainmueller J, Hangartner D. The long-term impact of employment bans on the economic integration of refugees. *Sci Adv*. 2018;4(9):eaap9519.
 - [32] Stewart E. A bitter pill to swallow: obstacles facing refugee and overseas doctors in the UK. Geneva: Switzerland:United Nations High Commissioner for Refugees; 2003. [cited 2020 Feb 04]. Available from: <https://www.unhcr.org/research/working/3fbb94a32/bitter-pill-swallow-obstacles-facing-refugee-overseas-doctors-uk-emma-stewart.html>
 - [33] Leblanc Y, Bourgeault IL, Neiterman E. Comparing approaches to integrating refugee and asylum-seeking healthcare professionals in Canada and the UK. *Healthc Policy*. 2013;9(Spec Issue):126–138.
 - [34] Demmig S. Das professionelle Handlungswissen von DaZ-Lehrenden in der Erwachsenenbildung am Beispiel Binnendifferenzierung. Eine qualitative Studie. Fachbereich Germanistik. University Kassel; 2003.
 - [35] Mozetic K. Being highly skilled and a refugee: self-perceptions of non-European physicians in Sweden. *Refugee Survey Quarterly*. 2018;37(2):231–251.
 - [36] Apolinarski B, Brandt T. Ausländische Studierende in Deutschland 2016. Ergebnisse der Befragung bildungsausländischer Studierender im Rahmen der

21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung. 2018. [cited 2020 Feb 20]. Available from: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Auslaendische_Studierende_in_Deutschland_2016.pdf.
- [37] Siegert M. BAMF-KurzanalyseAusgabe 04 × 2019 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Die sozialen Kontakte Geflüchteter. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; 2019. [cited 2020 Feb 20]. Available from: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Auslaendische_Studierende_in_Deutschland_2016.pdf.
- [38] Zick A, Berghan W, Mokros N. Verlorene Mitte – feindselige Zustände. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2018/19. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2019.
- [39] Murrell AJ, Zagencyk TJ. Gender, race and role model status: exploring the impact of informal developmental relationships on management careers. In: KARSTEN MF, editor. Gender, race, and ethnicity in the workplace: issues and challenges for today's organizations. Westport, Conn: Praeger Publishers; 2006. p. 117–131.

Danksagung

Die Danksagung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig 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:

Silvia Maria Göddly