Z Gerontol Geriat 2019 · 52:589–597
<https://doi.org/10.1007/s00391-018-1414-8>
 Eingegangen: 7. Juni 2017
 Überarbeitet: 31. Januar 2018
 Angenommen: 17. Mai 2018
 Online publiziert: 25. Juni 2018
 © Der/die Autor(en) 2018

N. Ulusoy¹ · T. Wirth¹ · H.-J. Lincke² · A. Nienhaus^{1,3} · A. Schablon¹

¹ Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

² Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften (FFAW) GmbH, Freiburg, Deutschland

³ Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitswissenschaften, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, Deutschland

Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund

Einleitung

Die Bevölkerung in Deutschland unterliegt einem raschen Alterungsprozess. Forschungsinstitute prognostizieren, dass durch den demografischen Wandel der Bedarf an Pflegekräften in den kommenden Jahrzehnten deutlich ansteigen wird [2]. Bereits 2011 wurde ein Mangel an Pflegekräften festgestellt [8]. Der demografische Wandel wird als dessen Hauptursache angesehen. Des Weiteren werden folgende Faktoren verantwortlich dafür gemacht: Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben, mangelnde Aufstiegschancen, ungünstige Arbeitszeiten, geringe Vergütung, mangelnde Attraktivität des Pflegeberufs und Nachwuchskrätemangel [4, 5, 20, 23, 30]. Als eine weitere Ursache wird die geringe Verweildauer im Pflegeberuf angeführt, die mit den hohen physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen und den daraus resultierenden Beanspruchungsfolgen im Zusammenhang steht [5, 22, 28, 47].

Um dem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken, wird zum einen versucht, im Ausland ausgebildete Pflegekräfte zu rekrutieren, zum anderen die hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund als Pfleger bzw. Pflegehelfer zu qualifizieren [41]. Den Angaben des

Mikrozensus 2014 zufolge haben unter den Altenpflegern bereits 23,2% einen Migrationshintergrund [43]. Laut dem Bericht des Robert Koch-Instituts [1] über Beschäftigte im Gesundheitswesen ist der Anteil an Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung bei Altenpflegern im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit am höchsten. Obwohl knapp ein Viertel der Beschäftigten in der Altenpflege bereits heute einen Migrationshintergrund hat, besteht in der deutschen Fachliteratur, was ihre Belastungen und Beanspruchungen anbelangt, ein deutlicher Mangel. In den wenigen internationalen Studien wird darauf hingewiesen, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund höheren beruflichen Belastungen und psychologischen Anforderungen ausgesetzt sind als ihre einheimischen Kollegen [7]. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berichten über mangelnde soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen [42] sowie über geringe Aufstiegsmöglichkeiten [24]. In der Studie von Zulauf und Campling [48] zeigte sich, dass zugewanderte Pflegekräfte aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse zunächst in weniger qualifizierten Bereichen eingesetzt werden, was ein Gefühl der Unzufriedenheit bei ihnen auslöst. Beschäftigte mit Migrationshintergrund

sind allgemein häufig, aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse, geringer Qualifikation oder fehlender Anerkennung von ausländischen Abschlüssen, als An- und Ungelernte beschäftigt [6, 17]. In der Studie von Hurtado et al. [26] berichteten Pflegeassistenten mit Migrationshintergrund häufiger über arbeitsplatzbezogene Beanspruchung und geringere Einflussmöglichkeiten als die nichtmigrierten Beschäftigten. Giver et al. [19] hingegen stellten fest, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund weniger über quantitative und kognitive Anforderungen und positivere Führungsqualitäten berichteten. Diese Hinweise bestätigen die Notwendigkeit einer differenzierten Analyse, der für die Studie „Neue Wege bis 67“ erhobenen Daten von Beschäftigten mit und ohne Migrationshintergrund.

Fragestellung

In dieser Studie wird die Frage beantwortet, welchen psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Pflegekräften ohne Migrationshintergrund mehr bzw. weniger ausgesetzt sind; bezogen auf die Skalen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): „Anforderungen“, „Ein-

fluss- und Entwicklungsmöglichkeiten“, „Soziale Beziehungen und Führung“ und „Beanspruchungsfolgen“. Zusätzlich werden die Ergebnisse mit denen anderer Gruppen verglichen, um eine Einordnung zu ermöglichen. Für den Vergleich wurden 2 Gruppen aus dieser Untersuchung und eine Referenzgruppe aus der COPSOQ-Datenbank gebildet: Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ($n=112$), Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund ($n=254$) und Beschäftigte in der Altenpflege aus der COPSOQ-Datenbank ($n=1411$). Die Referenzdaten wurden von der Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) bereitgestellt. Die FFAS hat im Rahmen zahlreicher wissenschaftlicher Studien und Projekte die Angaben von Beschäftigten in einer zentralen Datenbank gesammelt. Diese Angaben bilden die Referenzpunkte für eine allgemeine und berufsgruppenbezogene Bewertung betrieblicher Ergebnisse.

Methodik

In einer quantitativen Querschnittsuntersuchung wurde von August bis Dezember 2015, im Rahmen des Projekts „Neue Wege bis 67: In der Dienstleistung bis zur Rente“, an mehreren Standorten zweier großer Einrichtungen der Altenpflege (ambulant und stationär) in Hamburg eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. In die Untersuchung einbezogen wurden sowohl Beschäftigte mit als auch ohne Migrationshintergrund. Der Migrationshintergrund wurde anhand folgender Merkmale erhoben: Die Muttersprache ist nicht Deutsch; mindestens ein Elternteil ist in einem anderen Land geboren; die befragte Person lebt nicht seit ihrer Geburt in Deutschland [38]. Von den 1889 ausgeteilten Fragebögen wurden 401 ausgefüllt zurückgeschickt (Response rate: 21 %). Es wurden jedoch nur Beschäftigte berücksichtigt, die direkt in der Pflege tätig waren. Beschäftigte, die im hauswirtschaftlichen Bereich oder in der Verwaltung arbeiteten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. 366 Fragebögen wurden in die Auswertung eingeschlossen und bildeten somit die Datengrundlage. Die Teilnahme war freiwillig. Anonymität der Erhebung und Vertrau-

lichkeit der Datenauswertung wurden gewährleistet.

Messinstrument

Zur Erfassung der psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen wurde die deutsche Version des COPSOQ-Fragebogens [31, 32], der in der betrieblichen Praxis als Screeninginstrument eingesetzt wird, verwendet. Der COPSOQ ist ein wissenschaftlich validierter Fragebogen zur Erfassung psychosozialer Faktoren am Arbeitsplatz. Das inhaltliche Fundament des COPSOQ bildet das allgemeine Belastungs-Beanspruchungs-Modell der Arbeitswissenschaften. Demnach besteht eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen Arbeitsbedingungen (Belastungen) und den Reaktionen der Menschen (Beanspruchung). Dieses Modell kennt positive und negative Einflussfaktoren und Folgewirkungen und wird im COPSOQ, ohne Verpflichtung auf eine bestimmte theoretische Schule, zugrunde gelegt. Es ist vielmehr die Intention des COPSOQ, für verbreitete Theoriemodelle anschlussfähig zu sein, so z.B. für das „Effort-Reward-Imbalance-Modell“ (ERI) [39], das „Demand-Control-Modell“ (DCM) [27] und das „Demand-Control-Resources-Modell“ (DCR) [36].

Es wurden folgende 13 der 26 COPSOQ-Skalen eingesetzt: „Quantitative Anforderungen“, „Emotionale Anforderungen“, „Work-Privacy-Conflict“, „Einfluss bei der Arbeit“, „Entwicklungsmöglichkeiten“, „Rollenklarheit“, „Rollenkonflikte“, „Feedback“, „Gemeinschaftsgefühl“, „Allgemeiner Gesundheitszustand“, „Burn-out-Symptome“, „Kognitive Stresssymptome“ und „Gedanke an Berufsaufgabe“. Alle Items wurden anhand einer 5-stufigen Likert-Skala abgefragt und auf einen Wertebereich von 0 bis 100 Punkten umgerechnet. Die Skalenwerte sind so zu interpretieren, dass hohe Werte immer „viel“ bedeuten. Abhängig vom Inhalt der Skala ist „viel“ als positiv oder negativ zu bewerten. Beispielsweise sind hochgradige „Burn-out-Symptome“ oder häufige „Rollenkonflikte“ negative Befunde, aber ein hohes Maß an „Rollenklarheit“ oder häufiges „Feedback“ sind positiv zu werten. Es

wurden nicht alle Items des COPSOQ-Fragebogens verwendet, da in der Studie auch weitere (berufsspezifische) Aspekte abgebildet werden sollten.

Auswertung

Die statistische Analyse ist angelehnt an die Validierungsstudie von Nübling et al. [31]. Zum Vergleich metrischer Merkmale wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Zur besseren Bewertung der Messgenauigkeit wurde zu jedem Skalenwert das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwerts angegeben. Die Mittelwertunterschiede wurden mittels t-Tests errechnet. Um die Ergebnisse nicht nur gegen Zufallseinflüsse abzusichern, sondern auch auf ihre praktische Bedeutsamkeit hin zu prüfen, wurde die Effektstärke d , nach den Angaben von Cohen [11], errechnet. Dafür wurde die Mittelwertdifferenz der beiden Gruppen durch die gepoolte Standardabweichung dividiert. Dies entspricht der klassischen Berechnungsform. Nach Cohen [11] bedeuten ein d zwischen 0,2 und 0,5 einen kleinen Effekt, ein d zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren und ein d größer als 0,8 einen starken Effekt. Nübling et al. [33] interpretieren Differenzen ab 3 Punkten in den Mittelwerten als inhaltlich bedeutungsvoll, da diese die untere Grenze für spürbare Effekte bilden (statistisch ist in der Regel eine „kleine Effektstärke“ von 0,2 nach der Definition von Cohen erreicht). Signifikanzprüfungen erfolgten im Rahmen zweifaktorieller Varianzanalysen. Die im Ergebnisteil dargestellten Unterschiede sind mindestens auf einem Niveau von $p < 0,05$ signifikant. Die interne Konsistenz aller COPSOQ-Skalen, dargestellt mit Cronbachs α , liegt, bis auf die Skala „Feedback“ ($\alpha = 0,47$), bei über 0,70. Für die statistische Datenauswertung wurde das Softwarepaket SPSS® Version 23 genutzt. Grafiken wurden entweder anhand von „SPSS outputs“ oder mit Microsoft Excel 2010 erstellt.

Ergebnisse

Studienteilnehmer

Von den 366 Teilnehmern, die in die Analyse eingeschlossen wurden, wiesen

Z Gerontol Geriat 2019 · 52:589–597 <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1414-8>
© Der/die Autor(en) 2018

N. Ulusoy · T. Wirth · H.-J. Lincke · A. Nienhaus · A. Schablon

Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund

Zusammenfassung

Hintergrund. Aufgrund des demografischen Wandels sieht sich die Pflegebranche mittel- bis langfristig mit einem Fachkräftemangel konfrontiert. Ursächlich für die Engpässe sind u. a. hohe Arbeitsbelastungen und ungünstige Arbeitsbedingungen. Zur Behebung der Personalengpässe wird zum einen versucht, Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, zum anderen die in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Methodik. Anhand einer quantitativen Querschnittsstudie unter 366 Beschäftigten aus dem Bereich Pflege wurden psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

($n = 112$) und ohne ($n = 254$) analysiert. Hierbei wurden 13 Skalen der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), der die psychosozialen Faktoren bei der Arbeit erfasst, genutzt. Die Ergebnisse wurden zudem mit berufsgruppenspezifischen Referenzwerten (Altenpflege) aus der COPSOQ-Datenbank verglichen.

Ergebnisse. Der Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund zeigt, dass „Emotionale Anforderungen“, „Work-Privacy-Conflict“ und „Rollenkonflikte“ von den Pflegekräften mit Migrationshintergrund signifikant besser und „Entwicklungsmöglichkeiten“ signifikant schlechter bewertet werden. Die befragten

Pflegekräfte weisen im Vergleich zu der COPSOQ-Referenzgruppe bei fast allen Skalen im Mittel höhere Belastungs- und Beanspruchungswerte auf.

Schlussfolgerung. Hinsichtlich der „Entwicklungsmöglichkeiten“ besteht bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund ein besonderer Handlungsbedarf. Geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen könnten ihnen berufliche Perspektiven bieten und so den Berufsverbleib positiv beeinflussen.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Belastungen · Beanspruchungen · Pflegekräfte · Beschäftigte mit Migrationshintergrund · COPSOQ

Psychosocial burdens and strains in geriatric nursing: comparison of nursing personnel with and without migration background

Abstract

Background. Because of demographic changes the nursing care sector is faced with a lack of qualified employees in the medium and long term. The shortage in the work force is caused by high workloads and unfavorable working conditions. In response to this shortage, there have been attempts to recruit qualified nursing staff from abroad and also to improve the integration of people with a migration background living in Germany into the job market.

Methodology. Based on a quantitative cross-sectional study of 366 nurses, the psychosocial burdens and strains among employees with a migration background ($n = 112$) and without a migration background ($n = 254$)

were examined. For this purpose, 13 scales of the German version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) were used for the assessment of psychosocial factors at work. The results were compared with professional group-specific reference values (geriatric care) from the COPSOQ database.

Results. The comparison of nursing staff with and without a migration background revealed that the emotional demands, work-privacy conflict and role conflicts factors received a significantly better rating among nursing staff with a migration background, while development opportunities were rated worse by this population group. The surveyed

nursing staff exhibited higher stress values compared to the COPSOQ reference group in almost all scales.

Conclusion. Nursing staff with a migration background need to be supported with respect to development opportunities. Suitable education and training measures may offer adequate career perspectives and may encourage employees to stay in their jobs.

Keywords

Psychosocial burden · Psychosocial strain · Nursing staff · Employees with migration background · COPSOQ

knapp ein Drittel einen Migrationshintergrund auf ($n = 112$; 30,6 %). Die Gruppe der Beschäftigten mit Migrationshintergrund umfasste Pflegekräfte aus insgesamt 28 Ländern. Personen aus Polen ($n = 23$), der Türkei ($n = 12$) und aus Russland ($n = 11$) bildeten die 3 größten Gruppen. Sowohl bei den Pflegekräften mit als auch ohne Migrationshintergrund war die deutliche Mehrheit weiblich und in der stationären Pflege tätig. Das Durchschnittsalter un-

terschied sich zwischen den beiden Kollektiven unwesentlich (44,1 Jahre vs. 45,6 Jahre). Der Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund, die älter als 50 Jahre waren, war jedoch tendenziell höher als bei den deutschen Pflegekräften (40,2 % vs. 32,7 %). Pflegekräfte mit Migrationshintergrund waren durchschnittlich kürzer im Beruf (15 Jahre vs. 20 Jahre; $p < 0,001$) und gingen seltener einer Vollzeitbeschäftigung (35 h und mehr) nach als diejenigen oh-

ne Migrationshintergrund (67,3 % vs. 74,4 %). Beschäftigte mit Migrationshintergrund waren im Vergleich zu denen ohne Migrationshintergrund seltener als examinierte Pflegefachkraft tätig und häufiger als Alten-/Gesundheits- und Krankenpflegehelfer bzw. angeleitete Pflegekraft; dieser Unterschied war signifikant ($p < 0,05$). Mit Pflegefachkraft sind examinierte Alten-/Gesundheits- und Krankenpfleger gemeint, die eine 3-jährige Ausbildung nach dem Kran-

Tab. 1 Soziodemografische Daten und Arbeitsplatzbeschreibung

Merkmal	Kategorie	PKoMH		PKmMH	
		n	%	n	%
Alter (Jahre)	<35	63	24,8	23	20,5
	35–50	95	37,4	36	32,1
	>50	83	32,7	45	40,2
Geschlecht	Weiblich	215	84,6	93	83,0
	Männlich	38	15,0	17	15,2
Familienstand	Ledig	72	28,3	20	17,9
	Verheiratet	101	39,8	60	53,6
	Geschieden	29	11,4	20	17,9
	Verwitwet	4	1,6	3	2,7
	Lebenspartnerschaft	47	18,5	9	8,0
Einrichtungsart	Stationär	185	73,4	87	77,7
	Ambulant	69	26,6	25	22,3
Beruf	Examierte Pflegekraft/ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Leitungsfunktion	62	24,4	16	14,3
	Examierte Pflegekraft/ Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Leitungsfunktion	123	48,4	46	41,1
	Altenpflegehelfer/Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	42	16,5	30	26,8
	Angelernte Pflegekraft	21	8,3	19	17,0
	Auszubildender	5	2,0	0	0,0
	Pflege andere	1	0,9	1	0,4
Wochenarbeitszeit	Vollzeit (≥35 h)	189	74,4	75	67,0
	Teilzeit (<35 h)	65	25,6	37	33,0
Schichtform	Bereitschaftsdienst				
	Nie	214	84,3	84	75,0
	Ein- bis 5-mal/Monat	36	14,2	27	24,1
	Mehr als 5-mal/Monat	4	1,6	1	0,9
	Nachtdienst				
	Nie	123	48,4	56	50,0
	Ein- bis 5-mal/Monat	94	37,0	43	38,4
	Mehr als 5-mal/Monat	37	14,6	13	11,6
	Geteilter Dienst				
	Nie	161	63,4	64	57,1
	Ein- bis 5-mal/Monat	86	33,9	46	41,1
	Mehr als 5-mal/Monat	7	2,8	2	1,8
	Wechseldienst				
	Nie	59	23,2	13	11,6
	Ein- bis 5-mal/Monat	90	35,4	48	42,9
	Mehr als 5-mal/Monat	105	41,3	51	45,5

PKoMH Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, PKmMH Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, n Stichprobengröße

ken- oder Altenpflegegesetz absolviert haben. Bei den angelernten Pflegekräften handelt es sich um Beschäftigte, die über keine Ausbildung verfügen. Alten-/ Gesundheits- und Krankenpflegehelfer hingegen haben eine einjährige Ausbildung abgeschlossen. Mit dem Begriff „Pflegekräfte“ ist in dieser Untersuchung die Gesamtheit gemeint; alle Personen, die in der Pflege tätig sind. Ein Überblick zu den soziodemografischen Daten und zum Arbeitsplatz findet sich in [Tab. 1](#).

Ergebnisse der COPSOQ-Skalen

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die COPSOQ-Skalen „Anforderungen bei der Arbeit“, „Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten“, „Soziale Beziehungen und Führung“ und „Belastungsfolgen“ vorgestellt und grafisch veranschaulicht. In diesem Teil werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt, vornehmlich die der Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund. Weitere Ergebnisse können der [Tab. 2](#) entnommen werden.

Anforderungen bei der Arbeit

Wie die [Abb. 1](#) zu den 3 Skalen im Bereich „Anforderungen“ deutlich zeigt, fielen die Mittelwerte für die Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund z. T. deutlich ungünstiger aus als im Durchschnitt der COPSOQ-Referenzgruppe (Altenpflege). Ein signifikanter Unterschied fand sich zwischen den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund bei der Skala „Emotionale Anforderungen“ (58 vs. 66; $p < 0,001$; $d = 0,42$). Diese nahmen die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, mit 8 Punkten Differenz, geringer wahr als die Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund. Auf die Frage „Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?“ antworteten 66,5 % der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund mit „in sehr hohem Maße/in hohem Maße“ (Pflegekräfte mit Migrationshintergrund: 47,3 %) ($p < 0,001$). Bei der Skala „Work-Privacy-Conflict“ lag ebenfalls ein signifikanter Unterschied vor (53 vs. 61; $p < 0,05$; $d = 0,29$). Der Aussage, dass die Anforderungen der Arbeit das Privat- und Familienleben

Abb. 1 ▲ Skalenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für den Bereich „Anforderungen“. PKoMH Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, PKmMH Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, COPSOQ-AP COPSOQ-Altenpflege, KI Konfidenzintervall

Abb. 2 ▲ Skalenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für den Bereich „Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten“. PKoMH Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, PKmMH Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, COPSOQ-AP COPSOQ-Altenpflege, KI Konfidenzintervall

stören, stimmten 54,7 % der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund zu; bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund waren es 43,8 % ($p < 0,05$).

Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten

Den „Einfluss bei der Arbeit“ schätzten die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund gleich ein wie die Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund und die COPSOQ-Referenzgruppe. Die „Ent-

wicklungsmöglichkeiten“ bewerteten sie hingegen deutlich schlechter (Abb. 2). Zwischen den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund war der Unterschied, mit 8 Punkten Differenz, signifikant ($p < 0,001$, $d = 0,42$). Eine mittlere Effektstärke lag zwischen den Pflegekräften mit Migrationshintergrund und der COPSOQ-Referenzgruppe vor ($d = 0,65$). Examinierte Alten-/Gesundheits- und Krankenpfleger bewerteten ihre „Entwicklungsmöglichkeiten“ deutlich höher als angelernte

Pflegekräfte (77 vs. 56). Ein auffälliger Unterschied zwischen den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund fand sich bei dem Item: „Können Sie ihre Fertigkeiten oder ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?“ Von den Pflegekräften mit Migrationshintergrund antworteten 57,1 % mit „in sehr hohem Maß/in hohem Maß“, bei den Pflegekräften ohne Migrationshintergrund waren es 68,1 % ($p < 0,05$).

Soziale Beziehungen und Führung

Im Bereich „Soziale Beziehungen und Führung“ wurden insgesamt 4 Aspekte gemessen. Die Ergebnisse der Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund fielen im Vergleich zu der COPSOQ-Referenzgruppe meist ungünstiger aus (Abb. 3). Ein bedeutsamer Unterschied ergab sich bei der Skala „Rollenkonflikte“, die mit 8 Punkten Differenz für die Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund signifikant schlechter ausfiel als für die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (47 vs. 55; $p = 0,05$; $d = 0,36$). Tendenziell kamen „Rollenkonflikte“ bei den Pflegekräften mit Leitungsfunktion häufiger vor als bei denjenigen ohne (56 vs. 49). Mit 12 Punkten Differenz bestand zwischen den Pflegekräften ohne Migrationshintergrund und der COPSOQ-Referenzgruppe eine mittlere Effektstärke ($d = 0,55$).

Beanspruchungsfolgen

Im Vergleich zur COPSOQ-Referenzgruppe waren bei den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund bei den Skalen zu den „Beanspruchungsfolgen“ durchgehend negativere Werte zu verzeichnen (Abb. 4). Zwischen den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund fanden sich, bis auf den leicht ungünstigeren Wert in der Skala „Kognitive Stresssymptome“, keine relevanten Mittelwertunterschiede (32 vs. 36; $d = 0,18$). Mit 25 bzw. 26 Punkten und damit 9 bzw. 10 Punkten über dem der COPSOQ-Referenzgruppe ist der „Gedanke an Berufsaufgabe“ bei den Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund ($d = 0,45$ bzw. $d = 0,40$) deutlich stärker ausgeprägt gewesen als

Abb. 3 ▲ Skalenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für den Bereich „Soziale Beziehungen und Führung“. *PKoMH* Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, *PKmMH* Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, *COPSQ-AP* COPSQ-Altenpflege, *KI* Konfidenzintervall

Abb. 4 ▲ Skalenmittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle für den Bereich „Beanspruchungsfolgen“. *PKoMH* Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, *PKmMH* Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, *COPSQ-AP* COPSQ-Altenpflege, *KI* Konfidenzintervall

bei den in der Altenpflege Beschäftigten aus der COPSQ-Datenbank.

Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund keinen höheren psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt sind als Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund. Der in der verfügbaren Literatur nahegelegte Schluss, dass Beschäftigte mit Migrationshintergrund

gegenüber ihren einheimischen Kollegen hinsichtlich ihrer Arbeitssituation schlechter gestellt sind, kann hier nicht bestätigt werden. Gegenüber denen ohne Migrationshintergrund zeigten sich in dieser Untersuchung, beim Vergleich der Skalenmittelwerte, sogar einige wesentliche Vorteile. Die Skalen „Emotionale Anforderungen“, „Work-Privacy-Conflict“ und „Rollenkonflikte“ bewerteten sie, mit einer Differenz von 8 Punkten, signifikant günstiger als die Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund. Ein signi-

fikant negativer Wert lag lediglich bei der Skala „Entwicklungsmöglichkeiten“ vor.

Eine mögliche Erklärung für die höheren Belastungen der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund in den 3 genannten Bereichen könnte der Berufsstatus sein. Studien belegen, dass „Emotionale Anforderungen“, „Work-Privacy-Conflict“ und „Rollenkonflikte“ mit dem Berufsstatus bzw. der Stellung im Beruf zusammenhängen [10, 25]. Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund waren im Vergleich zu den Pflegekräften mit Migrationshintergrund häufiger als examinierte Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion (24,4 % vs. 14,3 %) und deutlich seltener als angelernte Pflegekraft tätig (8,3 % vs. 17,0 %). Oft ergeben sich bei Führungskräften (insbesondere in der unteren und mittleren Ebene) aufgrund unterschiedlicher Erwartungen, die sie selbst an sich und die andere an sie stellen, Diskrepanzen. Laut Cooper et al. [12] gehören Rollenkonflikte und Rollenambiguität mit zu den Faktoren, die für die psychische Belastung von Führungskräften ausschlaggebend sind. Einen Einfluss auf die hohen „Emotionalen Anforderungen“ kann des Weiteren die Erwerbstätigkeitsdauer haben, die bei den Pflegekräften ohne Migrationshintergrund länger ist als bei denen mit (20 Jahre vs. 15 Jahre). Mit der Dauer der Erwerbstätigkeit steigen die „Emotionalen Anforderungen“ [9].

Bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund stellen hingegen die signifikant schlechteren „Entwicklungsmöglichkeiten“ im Vergleich zu den Pflegekräften ohne Migrationshintergrund ($p < 0,001$; $d = 0,42$) ein Problem dar. Dieses deckt sich mit den Ergebnissen aus anderen Studien, in denen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu ihren einheimischen Kollegen geringe Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten angeben [24, 35]. Hier könnte der berufliche Status eine mögliche Erklärung dafür sein. Wie auch in der Studie von Afentakis und Maier [3] ist in dieser Studie der Anteil an angelernten Pflegekräften bei den Beschäftigten mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund (17,0 % vs. 8,3 %). Allerdings liegen in dieser Studie

Tab. 2 Mittelwerte und Standardabweichungen von Belastungen und Beanspruchungsfolgen bei Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund und der COPSOQ-Referenzgruppe (Altenpflege)

	PKoMH				PKmMH					COPSOQ-AP			PKoMH vs. PKmMH	PKoMH vs. COPSOQ-AP	PKmMH vs. COPSOQ-AP
Skala	N	M	SD	α	N	M	SD	α	p	N	M	SD	d	d	d
Anforderungen															
Quantitative Anforderungen	253	62	17	0,74	112	60	17	0,71	0,31	1411	54	20	0,12	0,40	0,30
Emotionale Anforderungen	252	66	18	0,78	112	58	21	0,76	<0,001	1248	57	20	0,42	0,45	0,05
Work-privacy conflict	254	61	27	0,93	112	53	30	0,95	0,017	1403	48	29	0,29	0,45	0,17
Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten															
Einfluss bei der Arbeit	252	42	21	0,78	112	42	24	0,81	0,901	1404	42	22	0,00	0,00	0,05
Entwicklungsmöglichkeiten	252	68	18	0,72	112	60	20	0,76	<0,001	1410	71	17	0,42	0,18	0,65
Soziale Beziehungen und Führung															
Rollenklarheit	253	79	15	0,85	112	76	16	0,83	0,051	1407	80	15	0,20	0,07	0,27
Rollenkonflikte	253	55	22	0,81	111	47	21	0,77	0,002	1400	43	22	0,36	0,55	0,18
Feedback	254	51	22	0,53	112	52	23	0,47	0,686	1398	52	23	0,05	0,06	0,00
Gemeinschaftsgefühl	253	74	17	0,81	112	77	18	0,77	0,221	1398	78	17	0,18	0,24	0,06
Beanspruchungsfolgen															
Allgemeine Gesundheitszustand	251	64	19	/	111	65	21	/	0,505	1361	69	20	0,05	0,25	0,15
Burn-out-Symptome	254	52	21	0,93	112	53	23	0,93	0,921	1405	46	20	0,05	0,30	0,35
Kognitive Stresssymptome	253	36	22	0,89	111	32	22	0,90	0,101	1253	29	20	0,18	0,35	0,15
Gedanke an Berufsaufgabe (Einzelitem)	251	25	26	/	111	26	26	/	0,670	1391	16	22	0,04	0,40	0,45

PKoMH Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund, PKmMH Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, COPSOQ-AP COPSOQ-Altenpflege, n Stichprobengröße, M Mittelwert, SD Standardabweichung, α Cronbachs α , p p-Wert, d Effektstärke nach Cohen: $d \geq 0,2$ = kleiner Effekt, $d \geq 0,5$ = mittlerer Effekt, $d \geq 0,8$ = großer Effekt

keine Informationen dazu vor, ob sie keinen Abschluss hatten oder dieser in Deutschland nicht anerkannt wurde. Die Aussage von 68,1% der Beschäftigten mit Migrationshintergrund, dass sie ihre Fertigkeiten und ihr Fachwissen nicht bei der Arbeit anwenden können, lässt vermuten, dass in der Gruppe der Alten-/Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und den angelernten Pflegekräften als hochqualifiziert einzustufende Personen beschäftigt sind, die sich unterfordert fühlen. Migranten arbeiten häufig, da ihre Abschlüsse in Deutschland oft nicht anerkannt werden, als un- und angelernte Pflegekräfte [34] oder in Berufen unterhalb ihres Bildungs-/Qualifikationsniveaus [15, 48]. Nur wenige der (Spät-)Aussiedler konnten ihre beruflichen Erfahrungen aus ihrem Herkunftsland in Deutschland einbringen [18]; meist mussten sie berufliche Abstiege und Hilfsarbeitertätigkeiten in Kauf nehmen [46]. Dies kann auf die in dieser

Untersuchung beteiligten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, da viele aus Russland und Polen stammen, durchaus zutreffen. Die Tatsache, höher qualifiziert zu sein, und die Einschätzung, wenige Entwicklungsmöglichkeiten zu haben, können mit dem Gedanken an eine Berufsaufgabe einhergehen. Im Rahmen der NEXT-Studie („Nurses' Early Exit Study“) zeigte sich, dass mangelnde „Entwicklungsmöglichkeiten“ neben dem „Work-Family-Conflict“ zu den Aspekten gehören, die stark mit dem Wunsch nach einem Berufsausstieg verbunden sind [40]. Laut Scheibner und Hapkemeyer [37] zählen fehlende berufliche „Entwicklungsmöglichkeiten“ zu den zentralen Einflussfaktoren der inneren Kündigung. Die innere Kündigung kann für Unternehmen negative Folgen wie mehr Fehltag, niedrige Produktivität und hohe Fluktuation der Beschäftigten haben [45].

Zum Schluss ist noch zu erwähnen, dass der Vergleich dieser Stichprobe mit denen in der Altenpflege Beschäftigten aus der COPSOQ-Datenbank daraufhindeutet, dass die in dieser Untersuchung befragten Pflegekräfte stärker belastet sind. Die psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen schätzen die Beschäftigten ohne Migrationshintergrund jedoch meist höher ein als diejenigen mit Migrationshintergrund. Allerdings wird die COPSOQ-Referenzgruppe „Altenpflege“ nicht näher charakterisiert, sodass keine soziodemografischen (Alter, Migrationshintergrund etc.) oder berufsbezogenen Merkmale (Qualifikation, Berufsstatus, Berufsjahre etc.) vorliegen, die diesen Unterschied evtl. aufheben würden. Allgemein kann aber vermutet werden, dass die Ergebnisunterschiede damit zusammenhängen, dass die verwendeten Referenzwerte für die Altenpflege nicht den jüngsten Wandel in der Arbeitswelt abbilden, da sie über

einen breiten Erfassungszeitraum von mehreren Jahren (2005–2011) erhoben wurden. Die zunehmend marktwirtschaftliche Ausrichtung der Pflegebranche hat sich in den vergangenen Jahren negativ auf die Beschäftigungsbedingungen, Arbeitsinhalte und -belastungen der Beschäftigten ausgewirkt [13, 14]. Die Ergebnisse könnten somit darauf hinweisen, dass sich mit den Jahren in der Pflege neue Handlungsfelder und -bedarfe entwickelt haben.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine Querschnittsstudie. Ergebnisse von Querschnittsstudien bilden eine Momentaufnahme ab und ermöglichen daher keine Schlüsse über kausale Zusammenhänge. Weiter stand für die Analyse lediglich eine relativ kleine Stichprobe zur Verfügung. Zudem ist anzufügen, dass in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund Beschäftigte aus 28 Nationen vertreten waren. Vergleiche zwischen Beschäftigten aus verschiedenen Herkunftsländern waren aufgrund der zahlreichen Länder und der begrenzten Stichprobengröße nicht möglich. Mögliche Belastungsunterschiede zwischen kulturellen Subgruppen konnten deshalb nicht berücksichtigt werden. Sprachdefizite könnten eine andere Quelle der Unschärfe sein. Vornehmlich Personen mit Migrationshintergrund aus der ersten Generation verfügen oftmals über unzureichende Deutschkenntnisse, sodass Fragen missverstanden worden sein und zu entsprechend falschen Antworten geführt haben können. Ferner kann angenommen werden, dass einige Beschäftigte mit Migrationshintergrund mit dem Fragebogen in deutscher Sprache nicht erreicht worden sind. Beschäftigte mit Migrationshintergrund sind aufgrund bestehender oder befürchteter Sprachprobleme häufig bei Befragungsstudien unterrepräsentiert [21]. Für zukünftige Untersuchungen wäre es deshalb sinnvoll, die Teilnahme in der jeweiligen Muttersprache zu ermöglichen. Aufgrund der genannten Limitation und

ihres Umfangs erhebt die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität. Ihr Wert liegt in der Exploration eines für die Zukunft der Pflege in Deutschland höchst bedeutsamen Feldes und den damit verbundenen Ausblicken für die weitere Forschung und Praxis.

Fazit

Die in dieser Untersuchung vorgestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund im Bereich „Entwicklungsmöglichkeiten“ ein Handlungsbedarf besteht. Es ist außerordentlich wichtig, diesem Belastungsfaktor mehr Aufmerksamkeit zu schenken, da es sich positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden [29, 43] und die Fluktuation [45] auswirkt. Unternehmen sind gefordert, der mangelnden Entwicklungsmöglichkeit entgegenzuwirken und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Eine mögliche Maßnahme ist beispielsweise das Mitarbeitergespräch. Im Rahmen eines Mitarbeitergesprächs, das zu den wichtigsten Führungsinstrumenten zählt [44], könnten die Potenziale der Beschäftigten ermittelt und Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, z. B. in Form von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Fest steht, dass künftig nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen werden und man noch stärker auf Beschäftigte mit Migrationshintergrund angewiesen sein wird als bisher. Zudem stellen diese Personen, u. a. angesichts der perspektivisch wachsenden Zahl von Kunden mit Migrationshintergrund in der Pflege, ein großes Potenzial dar. Sie sind mehrsprachig, kennen Gefühle der Fremdheit, verfügen über Wissen über andere Kulturen, gesellschaftliche Verhältnisse, Wertvorstellungen und Religionen [16]. Diese Fähigkeiten können u. a. bei Verstehensproblemen und dem unterschiedlichen Pflege- und Krankheitsverständnis nützlich sein und Pflegeprobleme vermeiden bzw. reduzieren [16].

Diese Fragebogenstudie untersuchte Pflegekräfte mit unterschiedlichem Migrationshintergrund. Um die Ergebnisse zu bestätigen, sind weitere Erhebungen mit einer größeren Probandenzahl und

mit Migrantengruppen, die aus demselben Land stammen, empfehlenswert.

Korrespondenzadresse

N. Ulusoy, MSc
 Kompetenzzentrum
 Epidemiologie und
 Versorgungsforschung
 bei Pflegeberufen
 (CVcare), Institut für
 Versorgungsforschung
 in der Dermatologie und
 bei Pflegeberufen (IVDP),
 Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52,
 20246 Hamburg, Deutschland
 n.ulusoy@uke.de

Danksagung. Die Autoren danken den beteiligten Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeitern für die freundliche Unterstützung und Teilnahme an dieser Studie.

Förderung. Die vorliegende Studie wurde im Rahmen des Projekts „Neue Wege bis 67 – In der Dienstleistung bis zur Rente“ durchgeführt. Sie wurde durch die Handelskammer Hamburg und die ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius gefördert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Ulusoy, T. Wirth, H.-J. Lincke, A. Nienhaus und A. Schablon geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von der Autorin durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wurden nach den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Hamburgischen Datenschutzgesetzes (HmbDSG) zum Zweck der Auswertung und Veröffentlichung anonymisiert. Die Einwilligung der Teilnehmer erfolgte implizit durch ihre Teilnahme. Die Zustimmung einer Ethikkommission war nicht notwendig.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Afentakis A, Böhm K (2009) Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 46). Robert Koch-Institut, Berlin
2. Afentakis A, Maier T (2010) Projektionen des Personalbedarfs und -angebotes in Pflegeberufen

- bis 2025. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) *Wirtschaft und Statistik* 11, S 990–1002
3. Afentakis A, Maier T (2013) Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? *Bundesgesundheitsblatt* 56:1072–1080
 4. Behrens J, Horbach A, Müller R (2009) Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz
 5. Borchart D, Galatsch M, Dichter M et al (2011) Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php/artikel-und-berichte-1>. Zugriffen: 15. Sept. 2017
 6. Brinkmann U, Dörre K, Röbenack S et al (2006) *Prekäre Arbeit: Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse*. Expertise. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
 7. Brown DE, James GD, Nordloh L, Jones AA (2003) Job strain and physiological stress responses in nurses and nurse's aides: predictors of daily blood pressure variability. *Blood Press Monit* 8(6):237–242
 8. Bundesagentur für Arbeit (2011) *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
 9. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015) *Forschungsbericht 456: Gewünschte und erlebte Arbeitsqualität – Abschlussbericht*. Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Freiburg, Bonn, Münster
 10. Byron K (2005) A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *J Vocat Behav* 67:169–198
 11. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Aufl. Lawrence Erlbaum, Hillsdale
 12. Cooper CL, Kirkcaldy B, Furnham A (1995) Psychische Belastung von Führungskräften. In: Kieser A, Reber G, Wunderer R (Hrsg) *Handwörterbuch der Führung*. Schäffer-Poeschel, Stuttgart, S 1794–1808
 13. Determann MM, Rau R, Freimuth A et al (2007) Hilfen für die Pflegenden zur Bewältigung beruflicher Belastungen. *Onkologe* 13:337–342
 14. Dietrich U, Rößler M, Bellmann M et al (2015) Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege. *Präv Gesundheitsf* 10:3–10
 15. European Agency for Safety and Health at Work (2008) *European risk observatory: literature study on migrant workers*. European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao
 16. Friebe J (2006) Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn
 17. Frick J, Grabka M, Groh-Samberg O et al (2009) Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
 18. Gärthe W (2003) Feststellung von Qualifikationen und Kenntnissen von Migrantinnen und Migranten: Assessmentverfahren als Grundlage von Integrationsplänen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg) *Berufliche Qualifizierung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Aufgaben der Aussiedler- und Integrationspolitik*. FES, Bonn, S 31–38
 19. Giver H, Gomes Carneiro I, Høgh A, Borg V (2007) *Arbejdsmiljøforhold for SOSU-uddannede indvandrere i Danmark*. SOSU-rapport nr 7. National Research Centre for the Working Environment, Copenhagen
 20. Görres S, Stöver M, Bomball J, Adrian C (2015) Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. In: Zängl P (Hrsg) *Zukunft der Pflege*. Springer, Wiesbaden, S 147–157
 21. Habermann M, Cramer H (2012) Migration von Health Professionals und Patientensicherheit. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg) *Prävention und Versorgung*. Thieme, Stuttgart, S 622–633
 22. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller B-H (2003) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. *Working Life Research Report* 7:2003, National. Institute for Working Life, Stockholm
 23. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Büscher A et al (2005) Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg) *Berufsausstieg bei Pflegepersonal Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S 135–146
 24. Henry L (2007) Institutionalized disadvantage: older Ghanaian nurses' and midwives' reflections on career progression and stagnation in the NHS. *J Clin Nurs* 16:2196–2203
 25. Heringshausen G, Karutz H, Brauchle G (2010) Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Work-Family-Konflikt bei Einsatzkräften im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed* 13:227–233
 26. Hurtado DA, Sabbath EL, Ertel KA et al (2012) Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *Int Nurs Rev* 59:237–244
 27. Karasek R (2006) The stress-disequilibrium theory. Chronic disease development, low social control, and physiological de-regulation. *Med Lav* 97:258–271
 28. Loebe H, Severing E (2011) *Zukunftsfähig im Demografischen Wandel. Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Leitfaden für die Bildungspraxis*, Bd. 59. Bertelsmann, Bielefeld
 29. Nielsen K, Randall R, Yarker Y et al (2008) The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: a longitudinal study. *Work Stress* 22:16–32
 30. Nienhaus A, Drechsel-Schlund C, Schamborski H et al (2016) Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. *Bundesgesundheitsblatt* 59:88–97
 31. Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn H et al (2005) Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
 32. Nübling M, Lincke H-J (2016) Messung psychischer Belastungen mit dem COPSOQ. In: Letzel S, Nowak D (Hrsg) *Handbuch der Arbeitsmedizin* 42. Erg./Lfg. 9/16. Ecomed, Landsberg, Lech, S 1–22
 33. Nübling M, Vomstein M, Haug A et al (2012) Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg – Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit. Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg
 34. Oldenburg C, Siefert A, Beermann B (2010) Migration als Prädiktor für Belastungen und Beanspruchungen? In: Badura B, Schröder H, Klose J et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen*. Springer, Berlin, S 141–151
 35. Ortega A, Høgh A, Pejtersen JH, Olsen O (2009) Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. *Int Arch Occup Environ Health* 82:417–426
 36. Schaufeli WB, Taris TW (2006) Critical review of the job demands-resources model. Implications for improving work and health. In: Bauer G, Hämmig O, Danuser B (Hrsg) *Bridging occupational, organizational and public health. A transdisciplinary approach*. Springer, Dordrecht, S 43–68
 37. Scheibner N, Hapkemeyer J (2013) Innere Kündigung als Thema in der Organisationsentwicklung. *Organisationsberater Superv Coach* 20:461–472
 38. Schenk L, Bau AM, Borde T et al (2006) Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49:853–860
 39. Siegrist J (2015) *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen*. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. Urban & Fischer, Elsevier, München
 40. Simon M, Tackenberg P, Hasselhorn H-M et al (2005) Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, Wuppertal
 41. Stagge M (2016) *Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Eine qualitative Studie*. Springer VS, Wiesbaden
 42. Sundquist J, Östergren P-O, Sundquist K, Johansson S-E (2003) Psychosocial working conditions and self-reported long-term illness: a population-based study of Swedish-born and foreign-born employed persons. *Ethn Health* 8:307–317
 43. Vincent-Höper S, Gregersen S, Nienhaus A (2017) Do work characteristics mediate the negative effect of transformational leadership on negative well-being? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 61:167–180. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000249>
 44. von Welk I (2015) *Mitarbeitergespräche in der Pflege*. Springer, Berlin, Heidelberg
 45. Wenck M (2013) *Von der Leistungsmotivation zur inneren Kündigung – Analyse, Auswirkungen und Ableitung von Handlungsmaßnahmen*. Disserta, Hamburg
 46. Westphal M (1999) *Familiäre und berufliche Orientierungen von Aussiedlerinnen*. In: Bade KJ, Oltmer J (Hrsg) *Aussiedler: Deutsche Einwanderer aus Osteuropa*. Universitätsverlag, Osnabrück, S 127–149
 47. Zimmer A (2011) *Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung in der Altenpflege*. In: Haberstroh J, Pantel J (Hrsg) *Demenz psychosozial behandeln: Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung*. Akademische Verlagsgesellschaft, Heidelberg, S 305–317
 48. Zulauf M, Campling J (2001) *Migrant Women: Professionals in the European Union*. Palgrave, Basingstoke, Hampshire