

Belastungen, Ressourcen und der berufliche Verbleib von Mitarbeitenden in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Bayern

Burdens, Resources and Expectation to Stay on the Job in Members of Specialised Outpatient Palliative Care Teams in Bavaria

Autoren

Jessica Kauffmann^{1,*}, Evelyn Müller^{2,*}, Gerhild Becker²

Institute

- 1 Christophorus Hospiz Verein e.V. München
- 2 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinik Freiburg

Schlüsselwörter

Belastungen, Ressourcen, SAPV, Fachkräftemangel

Keywords

burden, resources, specialist palliative home care, skills shortage

Bibliografie

Z Palliativmed 2021; 22: 47–54

DOI 10.1055/a-1325-7700

ISSN 1615-2921

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Jessica Kauffmann, M.Sc. Palliative Care, Hötzlring 12,
81737 München, Deutschland
jessica@kauffmann.info

 Zusätzliches Material finden Sie unter:
<https://doi.org/10.1055/a-1325-7700>

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Ziel der Studie ist es, Belastungen und Ressourcen von SAPV-Mitarbeitenden sowie deren Auswirkungen auf die Einschätzung des beruflichen Verbleibs in der SAPV zu untersuchen.

Methode Fragebogenerhebung in 30 SAPV-Teams in Bayern (457 Mitarbeitende) in Kooperation mit dem Landesverband SAPV Bayern e.V. Auswertung: deskriptive Statistik, T-Tests, logistische Regression (IBM SPSS 24).

Ergebnisse Die Rücklaufquote beträgt 53,4% (n = 244). 64 Befragte (26,2%) sind bzgl. des beruflichen Verbleibs in der SAPV unsicher. Die höchsten Belastungen werden auf den Skalen »Eigene Betroffenheit« und »Unkontrollierbarkeit« berichtet. Befragte, die höhere Belastung durch »Arbeitszeitorganisation« und »Überlastung« oder geringe »persönliche Ressourcen« berichten, sind eher unsicher bezüglich des beruflichen Verbleibs in der SAPV.

Schlussfolgerungen Es sind nicht Belastungen mit besonderer Relevanz in der SAPV (z. B. Unkontrollierbarkeit), sondern Arbeitszeitorganisation und Überlastung, die im Gesundheitswesen weitverbreitet sind, welche Mitarbeitende bzgl. ihres beruflichen Verbleibs in der SAPV unsicher sein lassen.

ABSTRACT

Background The study aims at a description of burdens and resources in employees of specialist palliative home care teams (SAPV) and their effects on the expectation to stay on the job.

Methods The survey was conducted in 30 SAPV teams (457 employees) in Bavaria (Germany) in cooperation with the regional association of SAPV teams in Bavaria. Analysis comprised descriptive statistics, T-Tests and logistic regression.

Results Response rate was 53.4% (n = 244). 64 participants (26.2%) reported uncertainty about staying on their job in SAPV in the future. The highest level of burden was found on scales for »being personally affected« and »lack of control«. Participants that report higher burden on the scales »work organisation« and »work overload« and lower »individual resources« are more insecure about staying on their job in SAPV.

Conclusion It is not the burdens that are of high relevance in SAPV (e.g. lack of control) but work organisation and overload, which are common in most health care sectors, which lead to uncertainty of staying in SAPV.

* geteilte Erstautorenschaft, die beiden Autorinnen haben im selben Maße zur Publikation beigetragen

Einleitung

Seit ihrer Einführung 2007 hat sich der Ausbau der SAPV in Deutschland rasant entwickelt – so auch in Bayern: Hier hat sich die Zahl der SAPV-Teams von 20 im Jahr 2012 auf derzeit 45 bayerische SAPV-Teams erhöht [1, 2]. Damit einhergehend ist auch der Bedarf an qualifizierten Palliativfachkräften stetig gewachsen. Vor dem Hintergrund einer sich verschärfenden Personalsituation im Zuge des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen [3] kommt sowohl dem Verbleib bereits qualifizierter als auch der Rekrutierung neuer Mitarbeitender eine hohe Bedeutung zu: Sie sind die tragenden Säulen, um eine qualifizierte und bedarfsdeckende ambulante Palliativversorgung zu gewährleisten. Die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsfeldes setzt sowohl ein Verständnis der Arbeitsbelastungen wie auch der möglichen Ressourcen im Umgang mit Belastungen voraus.

Eine Herausforderung aller ambulanten und stationären Arbeitsfelder der Palliativversorgung ist, dass Sterben, Tod und der Umgang mit Leid ständige Begleiter sind. Komplexe Problemlagen, schwer behandelbare Symptome [4–6], die Notwendigkeit enger, intersektoraler und interprofessioneller Zusammenarbeit [4, 7] sowie das gehäufte Miterleben von schnellen Krankheitsverläufen und Todesfällen [8, 9] gehören in allen palliativen Arbeitsfeldern zum beruflichen Alltag. Systematische Reviews zu Burnout kommen dennoch zum Schluss, dass bei den Mitarbeitenden in palliativen Arbeitsbereichen kein höheres Burnoutisiko besteht als bei Beschäftigten in nicht-palliativen Tätigkeitsbereichen [10, 11].

Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden der SAPV wurden bislang häufig nur als Teilpopulation zusammen mit den Mitarbeitenden stationären Settings erfasst. Dabei unterscheidet sich die Arbeit im ambulanten Sektor grundlegend von der in stationären Palliativeinrichtungen und bringt spezifische Belastungen mit sich, die bislang nicht umfassend in Fragebögen integriert sind: Die Mitarbeitenden sind aufsuchend und in Ergänzung der bestehenden medizinisch-pflegerischen Versorgung tätig. Dadurch ergeben sich andere Arbeitsbedingungen, Aufgabenschwerpunkte sowie Zielsetzungen [4, 12, 13]. Beispielsweise sind Palliativpflegende der SAPV überwiegend beratend tätig, während sie in Palliativstationen und Hospizen hauptsächlich grund- und pflegende Aufgaben haben. SAPV-Mitarbeitende sind unmittelbar mit den verschiedenen Wohn- und Lebenssituationen ihrer Patient*innen konfrontiert und müssen ihre Arbeit flexibel danach ausrichten. Auch der Betreuung des sozialen Umfelds kommt eine noch stärkere Bedeutung zu [14]. Durch die räumliche Distanz zu Patient*innen sind Mitarbeitende besonders auf Kooperationen innerhalb und außerhalb ihres Teams angewiesen, können in Notfällen nicht unmittelbar vor Ort sein und müssen Situationen oft am Telefon einschätzen [4, 15].

Blickt man auf die Belastungen, so kann man die Ressourcen nicht außer Acht lassen. Unterschieden wird häufig zwischen persönlichen Ressourcen (z.B. Humor, Selbstwirksamkeit) [5, 16–18], sozialen Ressourcen (z.B. erfülltes Privat- und Freizeitleben) [5, 16, 18–21] sowie organisatorischen Ressourcen (z.B. gute Arbeitsbedingungen, regelmäßige Teambesprechungen) [5, 18, 22], die auch eine mögliche Stellschraube in

Hinblick auf die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsfeldes sein können. Inwieweit jedoch verschiedene Ressourcen wie z.B. das Team im ambulanten Kontext, in dem die Teamsituation durch deutlich weniger räumliche und zeitliche Überschneidungen gekennzeichnet ist, dieselbe Bedeutung haben wie in stationären Bereichen, ist nicht untersucht.

Die Tätigkeit in der SAPV ist trotz unterschiedlicher Expertisen der verschiedenen Berufsgruppen gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Gemeinsamkeiten (dieselben Patient*innen/Umfeld, aufsuchende, meist beratende Tätigkeit, Arbeiten im ambulanten Setting u.v.m.). Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Studie darauf ab, für Ärzt*innen, Pflegende und Sozialarbeiter*innen, die im direkten Patientenkontakt arbeiten, zu beschreiben,

- welche Belastungen und Ressourcen Mitarbeitende der SAPV in Bayern berichten,
- welcher Anteil der Mitarbeitenden denkt, in fünf Jahren noch in der SAPV tätig zu sein,
- sowie welche Belastungen und Ressourcen bei SAPV-Mitarbeitenden einen Einfluss darauf haben, ob sie denken, in fünf Jahren noch in der SAPV tätig zu sein.

Material und Methoden

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung mittels Fragebogen. Diese beinhaltete folgende Arbeitsschritte: Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Auswertung.

Fragebogenentwicklung: Der Fragebogen wurde in einer Vorstudie entwickelt: Zunächst erfolgte eine Sammlung von Belastungen und Ressourcen im Bereich der SAPV mittels (a) schriftlicher qualitativer Befragung von drei Ärzt*innen, vier Pflegenden und drei Sozialarbeiter*innen sowie (b) einer Literaturanalyse zum selben Themenfeld. Auf dieser Grundlage wurde ein erster Fragebogen erarbeitet. Dieser wurde anhand von kognitiven Interviews mit jeweils drei im Palliativbereich erfahrenen Expert*innen sowie drei potenziellen Befragungsteilnehmenden (SAPV-Mitarbeitende aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit) getestet, überarbeitet und ergänzt. Der daraus resultierende Fragebogen wurde für die Befragung verwendet und mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalyse validiert [für Details vgl. 23]. Der Fragebogen gliedert sich in drei Teile (Bearbeitungsdauer 15–20 Minuten):

- a) *Belastungen:* 49 Fragen, mit der einleitenden Formulierung »Wie belastet sind Sie durch ...« und einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortoptionen »gar nicht (0) – kaum (1) – mittelmäßig (2) – ziemlich (3) – außerordentlich (4)« und der Option »kommt in meinem Alltag nicht vor«; 46 der 49 Belastungsfragen werden in 10 Skalen zusammengefasst; für jede der 10 Skalen wird jeweils ein Mittelwert aus den Angaben zu den zugehörigen Fragen berechnet (Skalen vgl. ► Abb. 1), wobei für mindestens 50% der Fragen gültige Werte vorliegen müssen. Die interne Konsistenz aller Skalen liegt mit Cronbachs Alpha $\geq 0,68$ im guten bis akzeptablen Bereich. Beispiele für Skalen und Items sind: »Umgang mit Patient*innen und deren Umfeld« (9 Items; Bsp.: Hohe Anspruchshaltung an die SAPV), »Eigene Betroffenheit«

(4 Items; Bsp.: Minderjährige Kinder im Haushalt) oder »Team« (3 Items; Bsp.: Unzureichende Kommunikation im Team). Die Skalen, Items und interne Konsistenzen sind im E-Anhang in ► **Tab. S1** nachzulesen.

- b) **Ressourcen:** 19 Fragen mit der einleitenden Formulierung »Was hilft Ihnen, mit den Belastungen umzugehen?« und einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortoptionen »gar nicht (0) – kaum (1) – mittelmäßig (2) – ziemlich (3) – außerordentlich (4)« sowie der Option »trifft nicht zu«; 16 der 19 Items sind in fünf Skalen (vgl. ► **Abb. 2**) zusammengefasst, drei davon mit guter bis akzeptabler interner Konsistenz (Cronbachs Alpha $\geq 0,68$), zwei aufgrund geringer Itemzahl mit Verbesserungsbedarf bzgl. der internen Konsistenz. Beispiele für Skalen und Fragen sind »Wertschätzung« (3 Items; Bsp.: Wertschätzung durch Patient*innen/Angehörige) und »Spiritualität und Rituale« (3 Items; Bsp.: Persönliche Rituale). Die Skalen, Items und interne Konsistenzen sind im E-Anhang in ► **Tab. S2** nachzulesen.
- c) **Berufliche und soziodemografische Daten:** unter anderem aktuelle Stellenbesetzung, Überstunden, Arbeiten trotz Krankheit. Die Sicherheit bezüglich des Verbleibs am Arbeitsplatz wurde mit der Frage erfasst: »Denken Sie, dass Sie in fünf Jahren noch in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich tätig sein werden?« (Antwortoptionen »Ja«, »Nein, weil ... [freie Antwort]« und »Ich weiß nicht«).

Datenerhebung: Nach Angaben des Landesverbands SAPV Bayern e.V. gibt es 45 SAPV-Teams im Freistaat (Stand 09/2019) [2]. Alle 45 SAPV-Teams wurden per E-Mail über den Landesverband SAPV Bayern e.V. oder die Studienleiterin gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Per Rückantwort konnten sie sich für die Teilnahme an einer schriftlich-postalischen oder einer Online-Befragung (über SoSci Survey®) entscheiden. Der Link zur Online-Befragung wurde per E-Mail an die Ansprechpartner*innen der SAPV-Dienste versandt und dann intern weitergeleitet; die postalische Befragung erfolgte anonym mit frankierten, adressierten Rücksendeküverts für jeden potenziell Teilnehmenden (Erhebungszeitraum 09./10.2019, Erinnerungsschreiben an Teamleitungen nach 2 Wochen). Die Ansprechpartner*innen der SAPV-Dienste wurden gebeten, alle Mitarbeitenden, die hauptamtlich in der direkten Patientenversorgung in ihrem SAPV-Team tätig sind (Medizin, Pflege, Sozialarbeit), um Teilnahme zu bitten (Ausschlusskriterium: keine ausreichenden Deutschkenntnisse). Zudem gaben alle Ansprechpartner*innen der teilnehmenden SAPV-Dienste Auskunft an die Studienleitung zur Anzahl der Mitarbeitenden, welche die Ein-/Ausschlusskriterien erfüllten und zur Teilnahme aufgefordert worden waren.

Auswertung: Zunächst erfolgten den Skalenniveaus entsprechend deskriptive Auswertungen sowie inferenzstatistische Auswertungen zu Unterschieden zwischen den Berufsgruppen (vgl. ► **Tab. S3–S5** inkl. Angaben zu den einzelnen verwendeten Tests).

Für die inferenzstatistischen Auswertungen zur Kernfragestellung der Publikation wurde die Stichprobe anhand der Frage

»Denken Sie, dass Sie in fünf Jahren noch in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich tätig sein werden?« in zwei Gruppen aufgeteilt:

- Eine Gruppe der »Sicheren«, die mit »Ja« antworteten sowie diejenigen, die aufgrund der Berentung in den nächsten fünf Jahren ausscheiden werden (= Antwort: »Nein« mit der Begründung Berentung). Dabei wurde die Annahme getroffen, dass bei Verbleib in der SAPV bis zur Rente eine Zufriedenheit mit der Tätigkeit in der SAPV anzunehmen ist.
- Eine Gruppe der »Unsicheren«, die mit »Ich weiß nicht« oder »Nein« (andere Begründung als Berentung) geantwortet haben.

Die Prüfung, welche Belastungs- und Ressourcenskalen die Sicherheit des beruflichen Verbleibs in der SAPV beeinflussen, erfolgte in drei Schritten:

1. **Univariate Gruppenunterschiede:** Für die beiden Gruppen »Sichere« und »Unsichere« bzgl. der zukünftigen Mitarbeit in der SAPV wird mittels T-Tests für unabhängige Stichproben geprüft, inwieweit signifikante Unterschiede in den 10 Belastungs- und den 5 Ressourcenskalen bestehen ($p < 0,05$; zweiseitig).
2. **Multikollinearitätsprüfung** (Voraussetzung für logistische Regression): Berechnung der Pearson-Korrelationen zwischen allen in den T-Tests als signifikant unterschiedlich zwischen »Sicheren« und »Unsicheren« resultierenden Belastungs-/ Ressourcenskalen zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Konstrukte.
3. **Binär logistische Regression:** Berechnung einer binär logistischen Regression (Vorwärtsauswahl, Likelihood-Quotient) mit der abhängigen Variable »Sicherheit zukünftige Mitarbeit in SAPV« (dichotom). Alle Belastungs- und Ressourcenskalen, bei denen ein signifikanter Unterschied zwischen »Sicheren« und »Unsicheren« im T-Test besteht (und keine Multikollinearität), gehen als unabhängige Variablen ein. Es werden Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (KI-95) berechnet.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung: 30 der 45 bayerischen SAPV-Teams waren zur Teilnahme an der Befragung bereit (Rücklaufquote Teamebene 66,7%). Laut der/den Ansprechpartner*innen der 30 SAPV-Teams wurden 457 Mitarbeitende über die Befragung informiert. Von diesen haben sich 268 an der Befragung beteiligt (191 Online-Fragebögen, 77 Papierfragebögen). 24 Datensätze aus dem Online-Survey wurden wegen eines Anteils an fehlenden Werten von mehr als 30% nicht in die Auswertung einbezogen.

244 Datensätze konnten ausgewertet werden (Rücklauf auf Mitarbeitendenebene: 53,4%). Es haben 139 Pflegende (57,0%), 61 Ärzt*innen (25,0%), 21 Sozialarbeiter*innen (8,6%) und 23 »Andere« (9,4%) an der Befragung teilgenommen (vgl. ► **Tab. 1** für weitere Details zur Stichprobe).

Beruflicher Verbleib in der SAPV: Jede*r Vierte der Befragten beantwortete die Frage, ob er/sie denkt, in fünf Jahren noch in der SAPV tätig zu sein mit »Ich weiß nicht« oder einem

► **Tab. 1** Soziodemografische und berufliche Stichprobenmerkmale (n = 244).

	Anzahl (n)	Prozent (%)
Geschlecht		
weiblich	186	76,2
männlich	49	20,1
keine Angabe	9	3,7
Altersgruppen		
<30-Jährige	9	3,7
31–40-Jährige	27	11,1
41–50-Jährige	84	34,4
51–60-Jährige	96	39,3
>61-Jährige	22	9,0
keine Angabe	6	2,5
Berufsgruppen		
Pflege	139	57,0
Medizin	61	25,0
Sozialarbeit	21	8,6
keine Angabe	23	9,4
Umfang der Erwerbstätigkeit		
Vollzeit	103	42,2
Teilzeit	128	52,5
k. A.	12	5,3
Berufserfahrung in der SAPV		
0–4 Jahre	107	43,9
4,1–7 Jahre	84	34,4
7,1–10 Jahre	17	17,0
>10 Jahre	5	2,0 [#]
k. A.	7	2,9

[#] ggf. Zeiten über 10 Jahren (trotz Bestehen der SAPV in Bayern erst seit 2009) erklärbar durch Tätigkeit in SAPV-ähnlicher Vorläuferstruktur

► **Tab. 3** Angaben zur Arbeitsbelastung (n = 244).

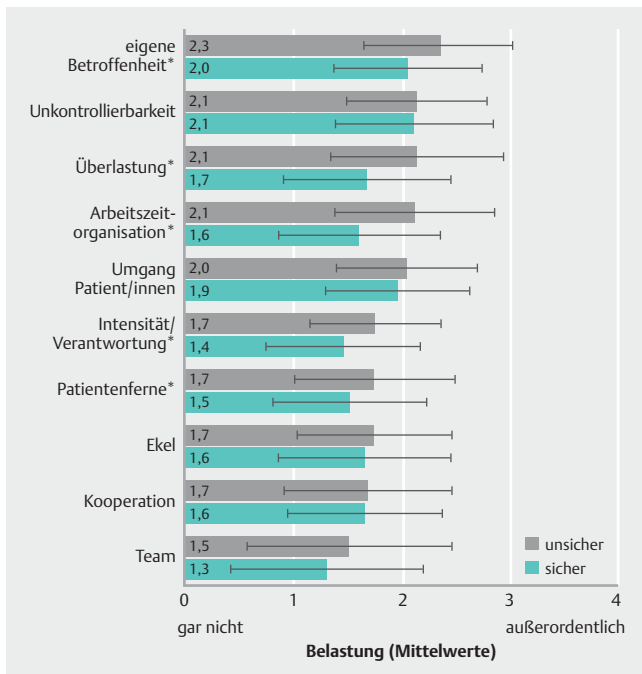
Stellen derzeit nicht besetzt:		
	Anzahl (n)	Prozent (%)
Ja	88	36,1
Nein	129	52,9
Ich weiß nicht	19	7,8
k. A.	8	3,3
Wie oft in den letzten 12 Monaten gearbeitet, obwohl man zu krank dazu war		
nie	87	35,7
selten	77	31,6
manchmal	58	23,8
häufig	12	4,9
k. A.	10	4,1
Überstunden in den letzten 5 Arbeitstagen		
nein	91	37,3
ja	144	59,0
keine Angabe	9	3,7
Anzahl Überstunden der letzten 5 Arbeitstagen (n = 142; n = 2 keine Angabe)		
	M (SD)	Min–Max
in Stunden	5,14 (3,73)	1–20

»Nein«, das nicht durch Berentung begründet ist – sie bilden die Gruppe der »Unsicheren« in der weiteren inferenzstatistischen Auswertung. Zudem gaben 15 (6,1 %) Befragte an, in den nächsten fünf Jahren in Rente zu gehen (vgl. ► Tab. 2). Es gibt bezüglich dieser Frage keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (vgl. E-Anhang, ► Tab. S3).

Belastungen: Mehr als ein Drittel der Befragten gaben an, dass in ihrer Berufsgruppe aktuell Stellen nicht besetzt sind, fast zwei Drittel berichteten, in den letzten fünf Arbeitstagen Überstunden gemacht zu haben, im Durchschnitt 5,1 Stunden. Bei knapp zwei Drittel der Mitarbeitenden kommt es vor, dass

► **Tab. 2** Antworten zur Frage, ob die Mitarbeitenden denken, »in 5 Jahren noch in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich tätig« zu sein und Gruppeneinteilung für inferenzstatistische Auswertung.

Originalantwort		Anzahl (n)	Prozent (%)	Gruppen-Inferenzstatistik
ja		159	65,2	»sichere«
nein, weil	Berentung	15	6,1	
nein, weil	Wunsch beruflicher Veränderung/fehlende Aufstiegschancen etc.	3	1,2	»unsichere«
ich weiß nicht		61	25,0	
keine Angabe		6	2,5	–
gesamt		244	100,0	

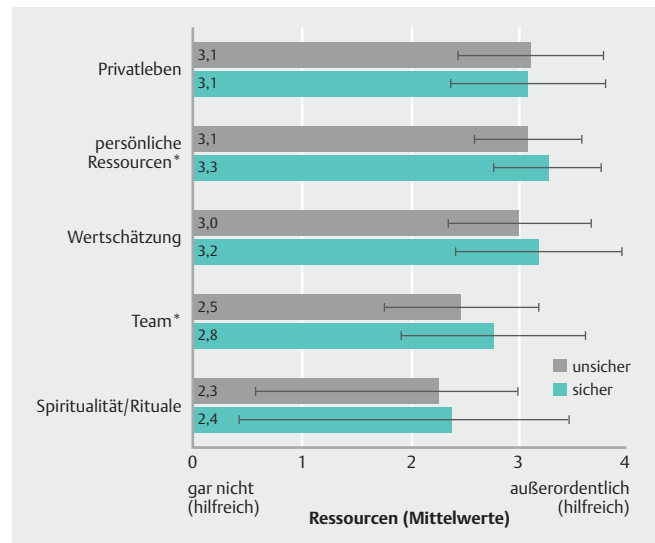


► **Abb. 1** Mittelwerte der Belastungsfaktoren (Zahlen an Basis der Balken) und Standardabweichungen (Whisker) getrennt nach »Sicher« und »Unsicher« bezüglich des beruflichen Verbleibs in der SAPV; Ergebnisse der T-Tests (* sign. Gruppenunterschiede im T-Test; $p \leq 0,05$, zweiseitig).

sie arbeiten, obwohl sie eigentlich zu krank dazu sind (vgl. ► **Tab. 3**).

Die höchsten Belastungen auf den Skalen des Fragebogens (vgl. ► **Abb. 1**) zeigen sich für die Skalen

- »Eigene Betroffenheit« (Items: »Minderjährige Kinder im Haushalt«, »Junge Patient*innen«, »Patient*innen/Angehörige mit Bezug zum eigenen Leben« und »Ständige Konfrontation mit Sterben/Tod«)
- »Unkontrollierbarkeit« (Fragen zu »Schwer beherrschbaren Symptomen«, »Maßnahmen zur Symptomkontrolle, die von Dritten nicht ausreichend umgesetzt werden«, »Stationäre Verlegungen kurz vor dem Tod« und »Krankheitsbedingte



► **Abb. 2** Mittelwerte der Ressourcenfaktoren (Zahlen an Basis der Balken) und Standardabweichungen (Whisker) getrennt nach »Sicher« und »Unsicher« bezüglich des beruflichen Verbleibs in der SAPV; Ergebnisse der T-Tests (* sign. Gruppenunterschiede im T-Test; $p \leq 0,05$, zweiseitig).

Veränderungen der Persönlichkeit/des Wesens der Patient*innen«)

- »Umgang mit Patient*innen und deren Umfeld« (Beispiel-items: »Hohe Anspruchshaltung der Patient*innen/Familie an das SAPV-Team«, »Unzureichende innerfamiliäre Kommunikation« und »Begleitungen, in denen das Sterben/der Tod bis zum Schluss verdrängt wird«).

Die höchsten Belastungen werden damit auf Skalen berichtet, die viele Items zu Belastungen umfassen, die besonders häufig im Palliativbereich – teilweise insbesondere in der SAPV – vorkommen und damit eine höhere Relevanz haben als in den meisten anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

In den Belastungen finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegenden und den Ärzt*innen – jedoch zeigt sich, dass Sozialarbeiter*innen angeben, signifikant mehr

► **Tab. 4** Ergebnisse binäre logistische Regression*.

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	p-Wert	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall für Odds Ratio	
						unterer Wert	oberer Wert
Überlastung	0,574	0,227	6,369	0,012	1,775	1,137	2,773
Arbeitszeitorganisation	0,736	0,253	8,486	0,004	2,089	1,272	3,428
persönliche Ressourcen	-0,916	0,356	6,630	0,010	0,400	0,199	0,803
Konstante	-0,954	1,672	0,325	0,568	0,385		

* keinen signifikanten Beitrag leisteten die Skalen »Intensität der Betreuung und Verantwortung«, »Eigene Betroffenheit«, »Patientenferne« und »Team (Ressource)«, die ebenfalls als unabhängige Variablen in die Analyse aufgenommen worden waren

belastet zu sein durch Ekel und geringer belastet zu sein durch Arbeitszeitorganisation (vgl. für Details E-Anhang, ► Tab. 4).

Zusammenhänge der Belastungen und Ressourcen mit der Sicherheit des beruflichen Verbleibs in der SAPV: *Univariate Gruppenunterschiede:* Prüft man für die einzelnen Belastungs- und Ressourcenskalen, inwieweit sich die Gruppe der »Unsicheren« bzgl. des Verbleibs in der SAPV von den »Sicheren« unterscheidet, so zeigt sich im T-Test, dass die »Unsicheren« auf den Skalen »Arbeitszeitorganisation«, »Überlastung«, »Intensität der Betreuung und Verantwortung«, »Eigene Betroffenheit« und »Patientenferne« signifikant höhere Belastungen berichten (vgl. ► Abb. 1). Bezüglich der Ressourcen geben die »Unsicheren« signifikant seltener an, dass sie das »Team« und die »Persönlichen Ressourcen« als hilfreich empfinden (vgl. ► Abb. 2).

Multikollinearität: Die fünf Belastungs- und zwei Ressourcenskalen, die in die logistische Regression einbezogen wurden, korrelieren gering bis moderat (Pearson-Korrelationen: $r_{\min} = 0,00$; $r_{\max} = 0,53$), es wurde kein Prädiktor aufgrund von Multikollinearität aus der Analyse ausgeschlossen.

Binär logistische Regression: Die multiple binär logistische Regression zeigte nach 3 Schritten keine signifikanten Verbesserungen der Varianzaufklärung mehr. Das in Schritt 3 resultierende Modell ist statistisch signifikant ($\chi^2[3] = 32,4$; $p < 0,001$) und weist eine mittlere Erklärungsgüte auf (Pseudo- R^2 nach Nagelkerke = 0,21; Cox & Snell $R^2 = 0,14$). Von den insgesamt sieben eingeschlossenen Belastungs- und Ressourcenskalen erwiesen sich zwei Belastungs- und eine Ressourcenskala als signifikant, das heißt, sie erklären einen bedeutsamen Anteil der Varianz bzgl. der Sicherheit des Verbleibs in der SAPV.

Die Chance unsicher zu sein, in fünf Jahren noch in der SAPV zu arbeiten, steigt bei einer höheren Belastung durch:

- »Arbeitszeitorganisation« (OR = 2,089), die im Fragebogen durch »Rufbereitschaft«, »Wochenend-/Feiertagsarbeit«, »Überstunden« und »Schichtarbeit« operationalisiert ist sowie
- »Überlastung« (OR = 1,775), die im Fragebogen durch »Häufigen Zeitdruck«, »Zu große Zahl zu betreuender Patient*innen«, »Personelle Engpässe« und »Aus Kapazitätsgründen abgelehnte Anfragen« operationalisiert ist.

Die Chance unsicher bzgl. des Verbleibs in der SAPV zu sein, sinkt dagegen für diejenigen, die in höherem Maß berichten, dass

- »Persönliche Ressourcen« ihnen beim Umgang mit den Belastungen helfen (vgl. ► Tab. 4) – diese sind im Fragebogen operationalisiert durch »Berufliche Kompetenz«, »Fähigkeit zur Reflexion«, »Professionelle Haltung« und »Humor«.

Diskussion

Jede*r Vierte der Befragten ist unsicher, in fünf Jahren noch in der SAPV tätig zu sein. Die Gründe dafür liegen in Faktoren, die nicht nur die SAPV oder palliativmedizinische Versorgungskontexte betreffen, sondern weite Teile des Gesundheitswesens: Überlastung und Arbeitszeitorganisation – Faktoren, die in engem Zusammenhang mit unzureichenden personellen Ressourcen sowie der Perspektive eines sich weiter verschär-

fenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen stehen. Zu vergleichbaren Ergebnissen – quantitative Anforderungen als Einfluss auf Intention, den Arbeitsbereich zu verlassen – kommen Diehl et al. [24] in einer aktuellen Befragung Pflegender in der stationären und ambulanten Palliativversorgung in Deutschland.

Schichtarbeit, Wochenendarbeit und Rufbereitschaft (Belastungsskala »Arbeitszeitorganisation«), sind berufsimmant und notwendig, um eine gute Versorgung aufrechtzuerhalten. Ihre negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen ist vielfach dokumentiert (z. B. [25, 26]). Die Häufigkeit, mit der Schicht-/Wochenendarbeit etc. geleistet werden müssen, hängt – wie auch das Ausmaß von Überstunden – von Stellenschlüsseln, Stellenbesetzung und Arbeitsorganisation ab. So entsteht ein »Teufelskreis«: je schlechter die Personalsituation, desto höher die Belastung durch Aspekte der »Arbeitszeitorganisation«, was sich wieder auf den Verbleib der Mitarbeitenden in der SAPV auswirkt. Auch der zweite Einflussfaktor aufseiten der Belastungen – die »Überlastung« durch Zeitdruck, zu viele zu betreuende Patient*innen und zu geringe Kapazität, um alle Patient*innen zu versorgen – hängt mit denselben Faktoren zusammen: Arbeitsorganisation, Stellenschlüssel und Stellenbesetzung. Zudem könnte eine Erhöhung des zeitlichen Anteils in der direkten Arbeit mit den Patient*innen eine Möglichkeit sein, Entlastung zu schaffen. Dieser ließe sich möglicherweise durch eine Verbesserung von Arbeitsorganisationsprozessen erreichen oder durch zusätzliche Mitarbeitende, die schwerpunktmäßig für die Erledigung patientenferner Aufgaben zuständig sind. Um in Regionalräumen mit großen Einzugsgebieten die Wegezeiten zu verkürzen, könnte u. U. die Einführung von Satellitenteams zu einer Erhöhung des zeitlichen Anteils patientennaher Tätigkeiten führen.

Obwohl diese Belastungen den höchsten Einfluss auf die Unsicherheit, dauerhaft in der SAPV zu arbeiten, haben, sind sie nicht die Felder, in denen an sich die höchsten Belastungen berichtet werden [4, 5, 27]. Diese finden sich in Faktoren, die in palliativen Versorgungskontexten sehr viel häufiger bzw. bedeutungsschwerer als in kurativen Settings sind: »Eigene Betroffenheit« (durch Sterben und Tod, junge Patient*innen, Kinder im Haushalt etc.) sowie »Unkontrollierbarkeit«. Dabei ist die »Unkontrollierbarkeit« ein Beispiel für eine Belastung, die SAPV-spezifische und palliativspezifische Aspekte beinhaltet: So antworteten 49% der Befragten, dass sie »Maßnahmen zur Symptomkontrolle, die von Dritten nicht ausreichend umgesetzt werden« und »Schwer beherrschbare Symptome« »ziemlich« bis »außerordentlich« belasten, bei »Verlegungen in stationäre Versorgung kurz vor dem Tod« sind dies 31 %.

Aufseiten der Ressourcen stellen »Persönliche Ressourcen« (Items: Fähigkeit zur Reflexion, Eigene berufliche Kompetenz, Professionelle Haltung, Humor) nicht nur die Skala dar, die insgesamt als am hilfreichsten bewertet wurde; sie ist gleichzeitig auch die einzige Skala, die in der Regression Einfluss auf Sicherheit bzw. Unsicherheit bezüglich des weiteren Verbleibs in der SAPV hat – allerdings zeigt sich univariat auch für die Ressource »Team« ein Zusammenhang. Auch wenn die Beschreibung »Persönliche Ressourcen« zunächst den Eindruck erweckt, dass diese Ressourcen vor allem individuell, also vom jeweiligen Mitar-

beitenden selbst, beeinflusst werden können, lassen sie sich durchaus auch vonseiten der Dienste z. B. durch Weiterbildungen, Supervisionen, kollegiale Fallbesprechungen und eine offene und gute Atmosphäre im Team stärken. Interessant ist bezüglich des Themas Ressourcen auch die Studie von Diehl et al. [24], die – allerdings mit einer deutlich anderen Stichprobe und anderen Fragebogeninhalten – folgende moderierende Effekte auf die Intention im Arbeitsbereich zu bleiben, identifiziert: eigene Gestaltung der Arbeitszeit, Anerkennung durch die Vorgesetzten, die Möglichkeit Angehörige nach dem Tod der Patient*innen zu treffen sowie die Möglichkeiten persönlicher Entwicklung.

Eine Stärke der vorliegenden Befragung ist die Verwendung eines Fragebogens, der die spezifischen Belastungen in der SAPV abbildet. Dies bedeutet jedoch auch eine geringere Vergleichbarkeit mit Ergebnissen aus anderen Befragungen in stationären palliativen Settings wie z. B. der Studie von Diehl et al. [24]. Die Befragung hatte auf Team- und Mitarbeiterebene eine gute Rücklaufquote, es haben Teams aus allen bayerischen Regierungsbezirken teilgenommen, sowohl aus städtischen als auch ländlichen Gegenden. Einige Dienste haben jedoch die Teilnahme ihres Teams an der Befragung mit der Begründung einer zu hohen bestehenden Arbeitsbelastung abgesagt, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass gerade besonders belastete Teams nicht befragt werden konnten. Inwieweit tatsächlich eine selektive Stichprobe vorliegt, kann jedoch letztlich nicht festgestellt werden.

Auch wenn die Befragung nur in Bayern stattfand und eine große Heterogenität der SAPV-Landschaft in Deutschland besteht, ist davon auszugehen, dass die ambulante Versorgung von Palliativpatient*innen auch in anderen Teilen Deutschlands mit ähnlichen Belastungen und Ressourcen verbunden ist. Dagegen sind Probleme infolge des Fachkräftemangels regional sehr unterschiedlich und damit möglicherweise auch die Ergebnisse zu entsprechenden spezifischen Belastungen und der Unsicherheit bezüglich des Verbleibs in der SAPV.

Möchte man die Attraktivität der SAPV als Arbeitgeber steigern, gilt es zunächst zu identifizieren, welche Belastungen im Team vorliegen. Denkbar wäre, im Rahmen des Qualitätsmanagements nicht nur die Versorgung der Patient*innen, sondern auch die Mitarbeitenden in den Blick zu nehmen, z. B. durch anonyme Mitarbeitendenbefragungen und/oder die Definition von Kennzahlen (z. B. Ziele bzgl. Höchstmaß an Überstunden). So könnten gezielt Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

In Deutschland gibt es inzwischen mehrere Studien zu Belastungen und Ressourcen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die sich ergänzen und Forschungsfelder aufzeigen: Interessant wäre beispielsweise die Frage, inwieweit in verschiedenen palliativen Settings tatsächlich Fachkräftemangel besteht und welche Aus- und Wechselwirkungen auf die Belastung der Mitarbeiter*innen entstehen [4, 5, 18, 24, 27, 28]. Dies erfordert jedoch komplexere und aufwendigere Studiendesigns mit Datenerhebung auf Institutions- und Mitarbeiterebene, deren Umsetzung auch eine hohe Bereitschaft und Offenheit der befragten Einrichtungen/Dienste und ihrer Mitarbeitenden erfordern würde.

Kernbotschaft

Angesichts des sich verschärfenden Fachkräftemangels gilt es, die Arbeitssituation von SAPV-Mitarbeitenden in den Fokus zu nehmen. Berufliche Belastungen wie z. B. Überlastung frühzeitig zu erkennen und diese möglichst gering zu halten, kann ein wirkungsvoller Beitrag zum langfristigen Verbleib von SAPV-Mitarbeitenden sein. Gleichwohl gilt es, die persönlichen Ressourcen von Mitarbeitenden zu stärken.

Danksagung

Wir danken den Kolleg*innen der SAPV-Teams in Bayern herzlich für Ihre Teilnahme sowie dem Landesverband SAPV Bayern e. V. für die Kooperation bei der Datenerhebung. Die Studie ist im Rahmen des Masterstudiengangs Palliative Care der Universität Freiburg entstanden. Wir danken allen, die in diesem Rahmen durch Diskussion und Rückmeldung an der Arbeit beteiligt waren.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bayerischer Landtag. Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Ruth Müller (SPD) vom 17.10.2017 zur Entwicklung der ambulanten und stationären Hospizversorgung in Bayern. 2018: Im Internet: Stand 28.10.2019; www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0019227.pdf
- [2] Landesverband SAPV Bayern e. V. Der Landesverband. Im Internet: Stand: 16.06.2019; <https://sapv-bayern.de/ueber-uns/>
- [3] Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg. Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung. 2017: Im Internet: Stand 29.01.2019; https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a758-16-fortschrittsbericht-fachkraefte-fuer-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- [4] Diehl E, Rieger S, Gutendorf M et al. Belastungsfaktoren von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung – Ergebnisse einer qualitativen Studie. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19: 306–311. doi:10.1055/a-0666-3588
- [5] Müller M, Pfister D, Markett S et al. Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. Zeitschrift für Palliativmedizin 2010; 11 (Suppl. 05): 227–233
- [6] Müller S, Pfister D, Müller M. Wie viel Tod verträgt das Team? Eine Befragung der Hospize in NRW in Bezug auf Belastungsfaktoren und -symptome sowie Schutzfaktoren im Umgang mit dem Tod 2009: Im Internet: Stand: 10.09.2019; <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/05/wieviel-tod-vertraegt-das-team.pdf>
- [7] Schneider W, Eichner E, Thoms U et al. Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation/Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums). Ergebnisbericht. 2014: Im Internet: Stand: 20.01.2020; <https://www.ahpv.de/fileadmin/ahpv/download/dl/140704-sapv-studie-ergebnisse.pdf>
- [8] Lang K. Auswirkungen der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden auf professionelle und ehrenamtliche Helfer – zwischen Belastung

- und Bereicherung. In: Koch U, Lang K, Mehnert A, Schmeling-Kludas C, Hrsg. Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Stuttgart: Schattauer; 2006: 237–255
- [9] Peters L, Cant R, Sellick K et al. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18 (Suppl. 11): 561–567. doi:10.12968/ijpn.2012.18.11.561
- [10] Parola V, Coelho A, Cardoso D et al. Burnout in Palliative Care Settings Compared With Other Settings: A Systematic Review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2017; 19: 442–451. doi:10.11124/JBISRI-2016-003309
- [11] Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics* 2011; 18: 317–326. doi:10.1177/0969733011398092
- [12] Haskamp M, Remmers H. Fürsorge auch für die Sterbebegleiter. Belastungen und Belastungsbewältigung von MitarbeiterInnen in Hospiz- und Palliativseinrichtungen. 2008: Im Internet: Stand: 01.09.2019 <http://docplayer.org/25254396-Fuersorge-auch-fuer-die-sterbebegleiter.html>
- [13] Nauck F, Alt-Epping B, Benze G. Palliativmedizin – Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2015; 50: 36–44. doi:10.1055/s-0040-100205
- [14] Schneider W, Eschenbruch N, Thoms U et al. Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – Eine explorative Begleitstudie. Ergebnisbericht 2012 – geringfügig veränderte Version. 2012: Im Internet: Stand: 19.07.2019 https://assets.uni-augsburg.de/media/filer_public/3f/70/3f707276-c283-4a21-a63b-2f8fdbf6fae1/sapv-i_endbericht_mit-jahreszahl_.pdf
- [15] Schneider W, Eichner E, Thoms U et al. Zur Praxis von SAPV in Bayern: Wirksamkeit, Struktur-/Prozesseffekte und ländliche Versorgung. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 219–224. doi:10.1055/s-0034-1382041
- [16] Ablett JR, Jones RSP. Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology* 2007; 16 (Suppl. 08): 733–740. doi:10.1002/pon.1130
- [17] Dean RA, Gregory DM. Humor and laughter in palliative care: an ethnographic investigation. *Palliat Support Care* 2004; 2 (Suppl. 02): 139–148. doi:10.1017/s1478951504040192
- [18] Diehl E, Rieger S, Letzel S et al. Arbeitssituation von Pflegekräften in der spezialisierten Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2018; 53 (Suppl. 01): 33–38. doi:10.17147/ASU.2018-01-04-02
- [19] Bruneau BM, Ellison GT. Palliative care stress in UK community hospital: evaluation of a stress-reduction program. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10 (Suppl. 06): 296–304. doi:10.12968/ijpn.2004.10.6.13272
- [20] Cashavelly BJ, Donelan K, Binda KD et al. The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *Oncologist* 2008; 13 (Suppl. 05): 530–538. doi:10.1634/theoncologist.2008-0023
- [21] Head B, Middleton A, Zeigler C. Work Satisfaction Among Hospice and Palliative Care Nurses. *J Hosp Palliat Nurs* 2019; 21 (Suppl. 05): E1–E11. doi:10.1097/NJH.0000000000000562
- [22] Hawkins AC, Howard RA, Oyeboode JR. Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology* 2007; 16 (Suppl. 06): 563–572. doi:10.1002/pon.1064
- [23] Müller E, Kauffmann J, Becker G. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Poster beim 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 9.–12. September 2020. Wiesbaden: 2020
- [24] Diehl E, Rieger S, Letzel S et al. Health and intention to leave the profession of nursing – which individual, social and organisational resources buffer the impact of quantitative demands? A cross-sectional study. *BMC Palliative Care* 2020; 19: 83. doi:10.1186/s12904-020-00589-y
- [25] Torquati L, Mielke GI, Brown WJ et al. Shift work and poor mental health: A meta-analysis of longitudinal studies. *American Journal of Public Health* 2016; 109: e13–e20. doi:10.2105/AJPH.2019.305278
- [26] Booker LA, Magee M, Rajaratnam SMW et al. Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 2018; 41: 220–233. doi:10.1016/j.smrv.2018.03.005
- [27] Ates G, Jaspers B. Belastungs- und Schutzfaktoren in Teams der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen – eine Pilotstudie. 2020: Im Internet: Stand 14.09.2020; <https://alpha-nrw.de/neuerscheinung-pilotstudie-belastungs-und-schutzfaktoren-in-teams-der-hospiz-und-palliativversorgung/>
- [28] Gencer D, Meffert C, Herschbach P et al. Belastungen im Berufsalltag von Palliativpflegekräften – eine Befragung in Kooperation mit dem KompetenzZentrum Palliative Care Baden-Württemberg (KOMPACT). *Gesundheitswesen* 2019; 81: 92–98

Zusatzmaterial

Tabellen für Supplementary Material:

Tabelle S1: Skalen zu Belastungen, interne Konsistenz und zugehörige Items

Skala (Cronbachs Alpha)	Itemformulierungen
Umgang mit Patient*innen und deren Umfeld ($\alpha=0,74$)	– Konflikte in der Familie bzw. im nahen Umfeld der Patient*innen – unzureichende innerfamiliäre Kommunikation – eine schwierige sprachliche Verständigung mit Patient*innen/Angehörigen – den Umgang mit Patient*innen anderer Herkunftsländer – Begleitungen, in denen das Sterben/der Tod bis zum Schluss verdrängt wird – unrealistische Erwartungen der Patient*innen/Angehörigen an die medizinischen Möglichkeiten der SAPV – eine hohe Anspruchshaltung der Patient*innen/Familie an das SAPV-Team – die Forderung nach aktiver Sterbehilfe – empfohlene Therapiemaßnahmen, die von Patient*innen abgelehnt werden
Intensität der Betreuung und Verantwortung ($\alpha=0,78$)	– eine kurze Begleitungsdauer (weniger als 7 Tage) – die Verantwortung, Situationen am Telefon richtig einzuschätzen – die Verantwortung, Situationen vor Ort bei Patient*innen richtig einzuschätzen – plötzliche Verschlechterung der Situation der Patient*innen, die den Tagesablauf verändern – extrem schnelle Krankheitsverläufe
Eigene Betroffenheit ($\alpha=0,76$)	– junge Patient*innen – minderjährige Kinder im Haushalt der Patient*innen – Patient*innen/Angehörige, die einen Bezug zum eigenen Leben aufweisen – die ständige Konfrontation mit dem Thema Sterben/Tod
Ekel ($\alpha=0,76$)	– vermüllte, ungepflegte Haushalte – exulzierende Wunden – unangenehme krankheitsbedingte Gerüche – den Umgang mit Blutungsgefahr/ unstillbaren Blutungen
Unkontrollierbarkeit ($\alpha=0,71$)	– krankheitsbedingte Veränderungen der Persönlichkeit/des Wesens der Patient*innen – schwer beherrschbare Symptome – Maßnahmen zur Symptomkontrolle, die von Dritten nicht ausreichend umgesetzt werden – eine stationäre Verlegung von Patient*innen kurz vor dem Tod
Kooperation ($\alpha=0,82$)	– Kooperation Krankenhaus – Kooperation Hausarzt – Kooperation Pflegeheim – Kooperation Ambulanter Pflegedienst – Kooperation Ambulanter Hospizdienst
Überlastung ($\alpha=0,72$)	– häufigen Zeitdruck – eine zu große Anzahl an zu betreuenden Patient*innen – personelle Engpässe im Team – Anfragen, die aus Kapazitätsgründen abgelehnt werden müssen
Arbeitszeitorganisation ($\alpha=0,74$)	– Rufbereitschafts-/Hintergrund-Dienste – Wochenend-/Feiertagsarbeit – Überstunden – Schichtarbeit
Patientenferne ($\alpha=0,68$)	– patientenferne Aufgaben und Arbeiten (z.B. Dokumentation, etc.) – einen hohen Anteil von Fahrzeiten an der Arbeitszeit – die räumliche Entfernung zu Patient*innen (z.B. bei Notfällen) – den Zeitaufwand für Informationsweitergabe an andere Fachkräfte, wie z.B. Therapeut*innen, Ehrenamtliche, Kolleg*innen
Team (Belastung) ($\alpha=0,75$)	– unzureichende Kommunikation im Team – mangelnde Unterstützung durch Kolleg*innen – mangelnden beruflichen Entscheidungsfreiraum
Items, die (nach der Faktorenanalysen) keiner Skala zugeordnet sind:	
	– alleinlebende Menschen ohne soziales Netz – die Finanzierungsabklärung bei Privatpatient*innen – hohe körperliche Belastung

Tabelle S2: Skalen zu Ressourcen - interne Konsistenz und zugehörige Items

Skala (Cronbachs Alpha)	Itemformulierungen
Team (Ressource) ($\alpha=0,74$)	– Raum für Emotionen im Team – Fallbesprechungen – Supervision – Austausch mit Kolleg*innen/Team
Wertschätzung ($\alpha=0,77$)	– Wertschätzung durch Patient*innen/Angehörige – Wertschätzung durch Kolleg*innen – Wertschätzung durch den Träger/Vorgesetzte
Spiritualität und Rituale ($\alpha=0,68$)	– Glaube/Spiritualität – persönliche Rituale – Rituale im Team
Persönliche Ressourcen ($\alpha=0,65$)	– eigene berufliche Kompetenz – Fähigkeit zur Reflexion – Professionelle Haltung – Humor
Privatleben ($\alpha=0,42$)	– Hobbys/Freizeitaktivitäten – Gespräche mit Partner*in/Familie/Freunde
Items, die (nach der Faktorenanalyse) keiner Skala zugeordnet sind:	
	– freie Arbeitszeitgestaltung – Austausch mit anderen Fachdiensten – Fort- und Weiterbildungen

Tabelle S3: Berufsgruppenunterschiede Erwartung »in 5 Jahren noch in Ihrem jetzigen Arbeitsbereich tätig« zu sein

	Pflege		Medizin		Sozialarbeit		andere		Signifikanztest Berufsgruppenunterschiede [#]	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	X ² (2)	p
»Sichere«	103	74,1	45	73,8	17	81,0	9	39,1	0,49	0,783
»Unsichere«	36	25,9	16	26,2	4	19,0	8	34,8		
k. A.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	26,1		

[#] Berechnung für Unterschiede zwischen Pflege, Medizin und Sozialarbeit: X²-Test

Tabelle S4: Berufsgruppenunterschiede Indikatoren und Skalen beruflicher Belastungen

	Pflege		Medizin		Sozialarbeit		andere		Signifikanztest Berufsgruppenunterschiede [#]	
Stellen derzeit nicht besetzt									X ² (2)	p
Ja	57	41,0	22	36,1	6	28,6	3	13,0	1,55	0,461
Nein	69	49,6	34	55,7	13	61,9	13	56,5		
Ich weiß nicht	12	8,6	4	6,6	2	9,5	1	4,3		
k. A.	1	„7	1	1,6	0	0,0	6	26,1		
Wie oft in den letzten 12 Monaten gearbeitet, obwohl man zu krank dazu war									H(2)	p
Nie	50	36,0	23	37,7	9	42,9	5	21,7	0,95	0,622
Selten	45	32,4	20	32,8	8	38,1	4	17,4		
Manchmal	37	26,6	12	19,7	4	19,0	5	21,7		
Häufig	5	3,6	4	6,6	0	0,0	3	13,0		
Keine Angabe	2	1,4	2	3,3	0	0,0	6	26,1		
Überstunden in den letzten 5 Arbeitstagen									X ² (2)	p
Nein	54	38,8	18	29,5	11	52,4	8	34,8	3,59	0,17
Ja	83	59,7	42	68,9	10	47,6	9	39,1		
Keine Angabe	2	1,4	1	1,6	0	0,0	6	26,1		
Anzahl Überstunden der letzten 5 Arbeitstagen (für diejenigen berechnet, die Überstunden angegeben haben)										
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Anzahl Stunden	4,8	3,2	6,3	4,9	3,6	3,6	4,5	4,5	F(2,130) = 3,05	0,051
Skalen zu Belastungen									F	p
Patient*in und Umfeld	2,9	0,7	3,0	0,7	2,9	0,7	3,1	0,5	F(2,218) = 0,35	0,702
Intensität Betreuung / Verantwortung	2,6	0,7	2,5	0,7	2,4	0,6	2,5	0,5	F(2,217) = 0,59	0,556
Eigene Betroffenheit	3,1	0,7	3,2	0,7	2,9	0,8	3,4	0,6	F(2,218) = 1,06	0,349
Ekel	2,7	0,8	2,5	0,8	3,1	0,8	2,6	0,6	F(2,213) = 4,17	0,017*
Unkontrollierbarkeit	3,1	0,7	3,1	0,7	3,0	0,7	3,2	0,7	F(2,218) = 0,48	0,623
Kooperation	2,7	0,8	2,6	0,6	2,6	0,6	2,8	0,8	F(2,213) = 0,57	0,566
Überlastung	2,7	0,8	2,9	0,8	2,7	0,5	3,2	0,8	F(2,215) = 1,07	0,346
Arbeitszeitorganisation	2,7	0,7	2,8	0,8	2,1	0,6	2,8	0,8	F(2,195) = 3,58	0,030*
Patientenferne	2,6	0,8	2,6	0,7	2,3	0,5	2,7	0,7	F(2,217) = 1,72	0,181
Team (Belastung)	2,3	0,9	2,3	0,8	2,1	0,8	2,8	1,1	F(2,212) = 0,58	0,562

[#] Berechnung für Unterschiede zwischen Pflege, Medizin und Sozialarbeit; für intervallskalierte Daten einfaktorielle Varianzanalysen (F-Statistik) mit LSD-Post-Hoc-Test, für ordinale Daten Kruskal-Wallis-Test, für nominalskalierte Daten X²-Test; jeweils zweiseitige Testung mit Signifikanzniveau von 5%; keine Alphaadjustierung aufgrund des explorativen Charakters der Analyse

* signifikante Berufsgruppenunterschiede; Post-Hoc-Test zeigen: (a) Sozialarbeiter*innen geben signifikant höhere Belastung durch Ekel an als Pflegende und Mediziner*innen; (b) Sozialarbeiter*innen geben signifikant geringere Belastung durch Arbeitszeitorganisation an als Pflegende und Mediziner*innen

Tabelle S5: Berufsgruppenunterschiede Skalen zu Ressourcen

	Pflege		Medizin		Sozialarbeit		andere		Signifikanztest Berufsgruppenunterschiede [#]	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Team (Ressource)	3,6	0,8	3,7	0,7	4,0	0,4	3,6	1,0	F(2,217) = 2,25	0,108
Wertschätzung	4,2	0,7	4,1	0,6	4,3	0,5	3,9	0,9	F(2,217) = 0,61	0,544
Spiritualität und Rituale	3,4	1,0	3,2	0,9	3,9	0,7	3,3	1,1	F(2,217) = 4,62	0,011
Persönliche Ressourcen	4,2	0,5	4,2	0,5	4,4	0,4	4,3	0,4	F(2,217) = 0,96	0,386
Privatleben	4,1	0,7	4,1	0,6	4,0	0,8	4,2	0,8	F(2,217) = 0,39	0,675

[#] Berechnung für Unterschiede zwischen Pflege, Medizin und Sozialarbeit; einfaktorielle Varianzanalysen mit Post-Hoc-Test (LSD)

* signifikante Berufsgruppenunterschiede; Post-Hoc-Test (LSD) zeigen: (c) Sozialarbeiter*innen berichten in signifikant höherem Ausmaß, dass Spiritualität und Rituale für sie seine Ressource sind als Pflegenden und Mediziner*innen