Belastungs- und Schutzfaktoren in Teams der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen -

eine Pilotstudie

Autorinnen und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr.in Gülay Ateş

Dr.in Birgit Jaspers

Verantwortlich für das Projekt

Martina Kern, ALPHA Rheinland

Laufzeit des Projekts: November 2018 – Oktober 2019

Herausgeber:

Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Gefördert vom:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 3

Abbildungsverzeichnis 4

Tabellenverzeichnis 5

1. Einleitung, Hintergrund und Fragestellung 6

2. Forschungsdesign 7

3. Qualitative Erhebungen: Expert*innenworkshop 8

3.1. Erhebungseinheit, Feldzugang und Erhebung 8

3.2. Auswertungsmethode 9

3.3. Ergebnisse des Workshops 9

3.4. Zusammenfassung und Fragebogenkonstruktion 16

4. Quantitative Erhebungen: Umfrage unter Versorgungsanbietern 23

4.1. Erhebungseinheit, Feldzugang und Erhebung 23

4.2. Auswertungsmethode 25

4.3. Umfrageergebnisse 25

4.4. Vergleich von ausgewählten Variablen der Jahre 2009 und 2019 51

5. Zusammenfassung 57

6. Ausblick 60

7. Anhang 66

7.1. Anhang 1: Agenda Expert*innenrunde 21. Januar 2019 66

7.2. Anhang 2: Einverständniserklärung Expert*innenrunde ALPHA 21. Januar 2019 67

7.3. Anhang 3: Haltung, interaktive Begriffsannäherung, Expert*innentreffen 21. Januar 2019 ALPHA 68

7.4. Anhang 4: Fragebogen 2019 71

7.5. Anhang 5: Fragebogen Müller/Pfister 2009 78

7.6. Anhang 6: Tabellenanhang Umfrage 2019 80

7.7. Anhang 7: Abbildungen von statistisch signifikanten Unterschieden im im Antwortverhalten von befragten Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen im Jahr 2019 100

8. Literatur 102

Abkürzungsverzeichnis

AHD	Ambulante Hospizdienste
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
ALPHA	Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
NRW	Nordrhein-Westfalen
PISA	Programme for International Student Assessment
PKD	Palliativmedizinische Konsiliardienste
QM	Qualitätsmanagement
QPA	Qualifiziert*e Palliativärzt*in
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TIMSS	Trends in International Mathematics and Science Study
ZIS	Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Indikatoren und Skalen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Expert*innenrunde 21. Januar 2019: Belastende Faktoren 14
Abbildung 2: Expert*innenrunde 21. Januar 2019: Stärkende Faktoren 15
Abbildung 3: Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet? 17
Abbildung 4: Wenn Sie an Patient*innen oder Zugehörige denken, welche Faktoren belasten Sie? 18
Abbildung 5: Fragen zur möglichen Änderung der palliativen/hospizlichen Haltung im Team/Dienst 19
Abbildung 6: Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren, die Ihnen helfen sollen, mit dem Tod umzugehen? 20
Abbildung 7: Arbeitsbelastungen 21
Abbildung 8: Körperliche und seelische Gesundheit 22
Abbildung 9: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 1) 32
Abbildung 10: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 2) 33
Abbildung 11: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 3) 34
Abbildung 12: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 4) 35
Abbildung 13: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungsfaktoren, 2019 (Teil 1) 37
Abbildung 14: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungsfaktoren, 2019 (Teil 2) 38
Abbildung 15: Dichotomisierte Gesamtverteilung von unterschiedlichen Belastungssymptomen im Team, 2019 43
Abbildung 16: Dichotomisierte Gesamtverteilung von Schutzfaktoren, 2019 46
Abbildung 17: Dichotomisierte Gesamtverteilung von physischen und psychischen Belastungserscheinungen, 2019 47
Abbildung 18: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 1) 48
Abbildung 19: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 2) 49
Abbildung 20: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 3) 50
Abbildung 21: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 4) 50
Abbildung 22: Ausgewählte Belastungsfaktoren aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich 52
Abbildung 23: Ausgewählte Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich (Teil 1) 53
Abbildung 24: Ausgewählte Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich (Teil 2) 54
Abbildung 25: Ein Vergleich von ausgewählten Schutzfaktoren aus dem Jahr 2009 und 2019 56
Abbildung 26: Belastungsfaktoren mit signifikanten Unterschieden zwischen hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Befragten (Nichtparametrische Tests bei zwei unabhängigen Stichproben, 2019) 100
Abbildung 27: Schutzfaktoren mit signifikanten Unterschieden zwischen hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Befragten (Nichtparametrische Tests bei zwei unabhängigen Stichproben, 2019) 101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklaufquoten nach Versorgungsart (2019, n=196) 26

Tabelle 2: Patient*innen bzw. Begleitungen (n) und Verstorbene 2018 (% insgesamt, n/Woche) 26

Tabelle 3: Soziodemografische und strukturelle Merkmale (2019) 28

Tabelle 4: Arbeitsverhältnis: Vollzeit oder Teilzeit Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n, Wochenarbeitsstunden 29

Tabelle 5: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 1) 30

Tabelle 6: Freitexteingabe belastender Faktoren Nennungen (2019) 38

Tabelle 7: Durchschnittliche kritische Anzahl von Sterbefällen pro Woche/ Monat 39

Tabelle 8: Subjektive Wahrnehmung von Veränderungen Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 40

Tabelle 9: Einschätzung der Beständigkeit des eigenen Teams Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 40

Tabelle 10: Veränderungen der palliativen Haltung im Team/ Dienst seit Antritt Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 44

Tabelle 11: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 1) 81

Tabelle 12: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 2) 82

Tabelle 13: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 3) 83

Tabelle 14: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 4) 84

Tabelle 15: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 85

Tabelle 16: Unterschiedliche Belastungssymptome im Team Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 88

Tabelle 17: Unterschiedliche Schutzfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n 91

Tabelle 18: Körperliche und seelische Gesundheit Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 95

Tabelle 19: Arbeitsbelastung Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019) 96

1. Einleitung, Hintergrund und Fragestellung

Im Jahr 2009 wurde von ALPHA Rheinland im Rahmen einer Projektförderung eine Studie durchgeführt, um erstmals in Deutschland spezifische Belastungs- und Schutzfaktoren im stationären Hospizbereich zu explorieren (Müller, Pfister und Müller). Es folgte eine Untersuchung mit dem gleichen Befragungsinstrument in deutschen Palliativstationen (Müller et al; Jaspers und Müller). Im Jahr 2016 wurde im Rahmen einer Vorstudie zum Thema: „Wie lange kann ich mir eine Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung vorstellen“ ein erweiterter Kreis von Mitarbeitenden[1] im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung (Ambulante Hospizdienste, SAPV Teams, Vorstandsmitglieder) zu ihrer Zufriedenheit, zu haltenden und möglichen Austrittsfaktoren und zum Verbleib im Tätigkeitsfeld befragt (Von Schmude-Trzebiatowski; Von Schmude und Kern).

Die Ergebnisse der Arbeiten hatten nicht nur im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, sondern auch darüber hinaus große Aufmerksamkeit auf sich gezogen, denn zuvor waren Untersuchungen zur Belastung (von in der Regel Pflegepersonal) hauptsächlich im angloamerikanischen Raum durchgeführt worden. Nach Veröffentlichung der deutschen Studien erbaten über einen Zeitraum von mehreren Jahren immer wieder Teams bei ALPHA den Befragungsbogen, um mit diesem Instrument teamintern zu evaluieren, ob und inwiefern möglicherweise Maßnahmen zur Stützung des Teams im Umgang mit dem Sterben erforderlich sind.

Bei der Ersterhebung im Jahr 2009 wurden ausschließlich stationäre Einrichtungen befragt. In der nun hier vorliegenden Studie aus dem Jahr 2019 wurde eine Ausweitung auf ambulante Hospiz- und Palliativstrukturen vorgenommen. Gründe für eine erneute, deutlich modifizierte Befragung sind außerdem veränderte Rahmenbedingungen, wie etwa neue Strukturen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, die zunehmende Institutionalisierung von Hospizarbeit und Palliativversorgung im Gesundheitswesen oder auch personeller Ressourcenmangel im Gesundheitswesen.

Im Projektantrag von ALPHA heißt es hierzu unter anderem:

> „Ergebnisse der Studien aus 2009 sowie aus der Vorstudie 2016 zeigten, dass die Verweildauer im Arbeitsfeld der Hospizarbeit und Palliativversorgung gegenüber dem Gesamtdurchschnitt in anderen Gesundheitsberufen überdurchschnittlich hoch ist. Die Verweildauer wird dabei sowohl von intrapersonellen wie auch von interpersonellen, organisationalen und systembestimmten Faktoren beeinflusst. In der Neuauflage der Befragung sollen daher Gründe für ein Verweilen im Berufsfeld integriert werden

[1] Zur Umsetzung einer gendergerechten Sprache nutzen wir neutrale Formulierungen sowie den Gender-Star (*).

(Ressourcen) sowie der Einfluss der Rahmenbedingungen beleuchtet werden.

Der neue Fragenkomplex soll daher u.a. die folgenden Aspekte beinhalten:

- persönliche Entwicklungsprozesse, hier insbesondere Sinn der Arbeit
- persönliche Lebensumstände;
- Arbeit im Team, hier insbesondere der Aspekt der Haltung;
- strukturelle, politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen."

Weitere Ziele des Projekts sind dabei

- Überprüfung des vorliegenden Befragungsinstruments auf Plausibilität und Klarheit sowie
- Anpassung für die Befragung ambulanter Dienste.

Die Ergebnisse des Projekts sollen zur Überprüfung bestehender Unterstützungsmöglichkeiten für Tätige in der Hospiz- und Palliativversorgung mit Blick auf deren Effizienz und Tragfähigkeit sowie eine zielgerichtete Anpassung dienen.

2. Forschungsdesign

Für das Projekt wurde ein Mixed-Methods-Verfahren angewendet, bestehend aus

a) Expert*innenworkshop (qualitativ) und
b) Fragebogenerhebung (quantitativ mit Möglichkeit zur Freitexteingabe).

Nach Rücksprache mit dem Projektgeber ALPHA Rheinland wurde entschieden, ein Verfahren anzuwenden, das eine Teamanalyse erlaubt. Dieses sollte in einer Pilotstudie getestet werden, da eine repräsentative Studie bei allen Dienst- und Einrichtungsformen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Projektmittel nicht möglich gewesen wäre. Die meisten für die Studie infrage kommenden Hospiz- und Palliativversorgungsanbieter*innen in Nordrhein-Westfalen fallen unter die Definition Kleinst- und kleine Unternehmen (F. Welter, B. Levering und E. May-Strobl). Dies und das Ziel, typische Aussagen über Teameinstellungen zu erhalten, ließen uns entsprechende Rücklaufbedingungen berechnen. In Anlehnung an die Erfahrungen von TIMSS (Trends in International Mathematics and Science Study; Martin, Mullis und Hooper) und PISA (Programme for International Student Assessment; PISA) wurde in Zusammenhang mit der Gesamtanzahl von Mitarbeiter*innen im Jahr 2019 eine Rücklaufquote nach Einrichtung bzw. Dienstgröße festgelegt (benchmark response rate; Sturgis, Smith und Hughes). Für eine valide Teamanalyse wurde eine Rücklaufquote von (mindestens) 75-80% der Mitarbeiter*innen bei Kleinunternehmen (bis 49 Beschäftigte) und eine nahezu Vollerhebung bei Kleinstunternehmen (bis 9 Beschäftigte) festgelegt.

3. Qualitative Erhebungen: Expert*innenworkshop

3.1. Erhebungseinheit, Feldzugang und Erhebung

Über ALPHA Rheinland wurden Expert*innen mit Leitungsfunktion kontaktiert und eingeladen, an einem Workshop teilzunehmen. Diese sollten die Bandbreite der für die Pilotstudie als Zielgruppe benannten Dienste und Einrichtungen repräsentieren (ambulanter Hospizdienst, ambulanter Palliativ-Pflegedienst, Team der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Team), Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD), Palliativstation und stationäres Hospiz).

Für die Teilnahme konnten neun Expert*innen gewonnen werden, davon zwei aus Westfalen-Lippe und sieben aus Nordrhein. Einige der Expert*innen erklärten im Anschluss an den Workshop ihr Interesse an einer späteren Teilnahme an der Teambefragung, diskutierten dies jedoch zuerst mit ihren Mitarbeiter*innen und meldeten im Anschluss eine positive Resonanz zurück, sodass sie entsprechend den Rekrutierungsbedingungen in die Erhebung eingeschlossen werden konnten. Daher werden wir die Expert*innen aufgrund einer möglichen Identifizierbarkeit von teilnehmenden Diensten und Einrichtungen nicht namentlich nennen.

Ziele des Workshops waren

a) die Exploration der Ansichten und Erfahrungen der Expert*innen zu folgenden Fragen in Bezug auf Haltung (siehe 5.1, Agenda Expert*innenrunde):
   Was verstehen die Expert*innen unter dem Begriff Haltung in der Hospiz- und Palliativversorgung?
   Sehen die Expert*innen einen Wandel in der Haltung seit 2009?
   Wenn ja, gibt es einen Einfluss des Wandels in der Palliativversorgung
   auf die Haltung in den Teams?
b) Die Exploration der Ansichten und Erfahrungen der Expert*innen in Bezug auf stärkende und belastende Faktoren für die Arbeit der Teams in der Hospiz- und Palliativversorgung.

   Gruppe 1: Was stärkt die Mitarbeiter*innen/Teams?
   Gruppe 2: Was führt zu Belastungen der Mitarbeiter*innen/Teams?

Ad a)
Nach einer Vorstellungsrunde und Einführung in die Ziele des Projekts wurden die Teilnehmenden eingeladen, sich an einer interaktiven Begriffsannäherung zu beteiligen (Aufstellen im Kreis; auf die Frage: „Was verstehen Sie unter Haltung in der Hospiz- und Palliativversorgung?“ warf eine der Moderator*innen einer teilnehmenden Person einen Ball zu. Diese antwortete mit einem Begriff/Wort und warf den Ball einer beliebigen anderen Person zu. Die Antworten wurden dokumentiert.)

Ad b)
Im Anschluss an die interaktive Runde wurden die Fragen: „Sehen Sie einen Wandel in der Haltung seit 2009?“ und „Wenn ja, gibt es einen Einfluss des Wandels in der Palliativversorgung auf die Haltung in den Teams?“ diskutiert. Die beiden Fragen wurden von den Expert*innen parallel in Kleingruppen bearbeitet, die Ergebnisse anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Dabei sollten die Teilnehmer*innen in ihrer entsprechenden Kleingruppe jeweils 15 belastende bzw. stärkende Faktoren sammeln und aus diesen dann die ihnen fünf wichtigsten Faktoren extrahieren.

Weiterhin wurde gefragt, ob die (in einer PowerPoint-Präsentation gezeigten) Items aus dem Fragebogen 2009 zu Belastungs- und Schutzfaktoren für die Teilnehmenden noch relevant für eine Befragung waren oder nicht.

Die Diskussionen im Plenum wurden digital aufgezeichnet, nachdem von allen Teilnehmer*innen hierzu die Erlaubnis erteilt worden war. Die gesamte Datenschutzerklärung findet sich in 5.2.

Datum des Workshops: 21. Januar 2019

3.2. Auswertungsmethode

Die Nennungen aus der interaktiven Runde wurden vor Ort mitgeschrieben und durchgeschaut. Themen, die gegenüber der ursprünglichen Befragung aus 2009 neu waren, wurden im Anschluss im Plenum weiter erörtert.

Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten wurden auf Flipcharts dokumentiert.

Ergänzende Nennungen zum Fragebogen 2009 aus beiden Teilen des Workshops wurden im Anschluss bei mehreren Treffen gemeinsam mit Martina Kern erörtert und in die Konstruktion des Fragebogens 2019 aufgenommen. Genaueres hierzu siehe bitte in Kapitel 3.4.1.

3.3. Ergebnisse des Workshops

3.3.1. Ergebnisse Haltungsbegriff

Die im interaktiven Zugang gewonnenen Begriffe zur Haltung ließen sich kategorisieren in:

Selbstsorge

Achtsamkeit auch sich selbst gegenüber; Ausgleich; gut auf sich achten; Humor nicht verlieren; Sinn; Spaß bei der Arbeit; Wertschätzung der eigenen Person

Persönlichkeitsmerkmale
Anfängergeist; Bereitschaft zum Lernen; Ehrlichkeit; Fähigkeit zur Reflexion; Flexibilität; Geduld; Gelassenheit; Kreativität; Lebensfreude; Mut; Offenheit; Schwäche zulassen; Stärke; Vertrauen; Zufriedenheit; Zuneigung; Zutrauen

Arbeitsgestaltung

Einsatzbereitschaft; flache Hierarchien; gemeinsame Kultur entwickeln; Kooperation; Multiprofessionalität; Mut, Neues ausprobieren; Netzwerk; Professionalität; Sorgekultur; Spaß bei der Arbeit; Supervision; Teamarbeit; Teamführung; Übersetzen von verschiedenen Sprachen im Team; vernetzen; viel wissen – das Richtige tun; Weitermachen; Wertschätzung der Arbeit und des Teams

Sorge für andere

Aufmerksamkeit; aushalten können; Freud und Leid teilen; für Sicherheit sorgen; mitgehen können; Nichtstun aushalten können; Respekt; sich zurücknehmen; Sicherheit geben; Stille aushalten können; trösten; Wertschätzung; Wünsche erfüllen; zuhören können; Zuwendung

Sonstiges

Angst; Begegnung; Beziehung; Echtheit und Wahrheit; Familie; Geschenk; andere begleiten zu dürfen; Glaube; Glück; Hoffnung; kein Leid; Liebe; Musik; Schwäche; Spiritualität; Überforderung; Unsicherheit; unterschiedliche Nationalitäten; viele Lebensbereiche

Diese Schlagworte wurden unter Sonstiges eingeordnet, da nicht erkennbar ist, in welchem Bezugsrahmen sie genannt wurden (z.B. Gefühle von Patient*innen oder Personal/Ehrenamtliche, Angebote für die Versorgung oder Elemente des privaten Ausgleichs zur Arbeit etc.).

Im ersten interaktiven Teil war aufgefallen, dass Begriffe wie Fürsorge, Neues dazulernen/neue Wege, Überforderung, Familie und Wandel sowie Kompetenzen häufiger genannt worden waren. Darum wurden die Teilnehmenden gebeten, diese Begriffe interaktiv weiter zu erläutern.

Einige Begriffe zur Haltung – genauere interaktive Begriffsbestimmung

Fürsorge

Alle Ebenen mitnehmen (körperlich, spirituell…)
Daran glauben, dass der Andere uns braucht
Die Hände öffnen ohne Ansehen der Person, hat mit Zuneigung und Liebe für den Anderen zu tun
Eigene Gedanken ausblenden
Für die Sterbenden/Angehörigen da sein
Fürsorglich handeln
Man kann nicht nichts tun, wir müssen uns kümmern
Nicht führen
Pflege – im Vergleich zu aktivierender Pflege – wir sorgen, kümmern uns, ohne dass der andere selber tun muss
Sorge dafür tragen, dass der Andere tun kann, was ihm wichtig ist
Sorgekultur im Team und für sich selber
Das Individuelle betrachten unter Berücksichtigung der Autonomie
Häufige Treffen mit Platz dafür: Ethische Fallbesprechung, Besprechungen, andere Dimensionen, mehr Zeit

Neues dazulernen, neue Wege

Aktive Bereitschaft, sich selbst immer wieder zu hinterfragen
Dinge ausprobieren
Erfahrungen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen abgleichen
Lebenserfahrung mitnehmen
Mut haben, alte Wege zu verlassen
Neuerungen und neue Erkenntnisse zulassen und annehmen
Neues/Altes – Neues als mehr Möglichkeiten zu sehen, auf den Menschen einzugehen
Neugierig
Nicht bange machen lassen von Ökonomisierungsdruck
Pioniergeist erhalten, trotzdem neue Wege finden
Unkonventionelles Denken
Unter den Schwierigkeiten des Systems trotzdem Neues ausprobieren

Überforderung

Angst
Bei Einbindung anderer, Hausärzt*innen z.B., Befindlichkeiten, Eitelkeiten
Fehlende Ausbildung und Supervision
Fülle der Befunde
Fülle der Patient*innen und Komplexität der Lebenssituationen der Patient*innen
Für frühzeitige Integration fehlen Konzepte und Sprache (z.B. COPD)
Gemeinsame Werte im Team finden
Idee von Pionierarbeit, wo jeder sein eigenes Ding macht, häufig nicht teamfähig
Konkurrenz (wer ist Freund, wer ist Feind, Komplexität)
Körperliche Veränderung/Gerüche
Kreißsaalbereich: Abbrüche nach medizinischer Indikation ohne Vorbereitung, ohne Begleitung
Kurze Liegedauer
Leiden am Leid
Liegedauer immer kürzer
Man müsste an gemeinsamen Zielen im Netzwerk arbeiten – gemeinsame Kultur auf allen

Ebenen
Menge der Begleitungen
Therapieabbrüche
Überforderung der Angehörigen beim Sterben zuhause
Überforderung durch Nachwuchsprobleme
Überforderung, die Netzwerke zu überblicken
Übergang von Pionierphase in Regelbetrieb
Unsicherheit
Unwissenheit
Wenn Haltung auf zu vieles schaut
Wenn Mitarbeiter*innen/Kolleg*innen sterben, selber Leid haben
Zeitmangel

Familie und Wandel

Begriff muss gelebt werden
Bei Jüngeren: haben nicht gelernt, mit Krisen umzugehen
Einsamkeit, wenn keine Familie
Familie fehlt oft der Mut, Versorgung zu wagen
Familie heißt nicht unbedingt Einigkeit
Familienbegriff – neue Dimension; ist überholt, wird überhöht
Fragen wir eigentlich, ob Familie dabei sein soll, oder tun wir einfach?
Gutbürgerliches Ideal, das selten in der Realität existiert, Patchwork, Freunde wichtiger, erweiterter Begriff
Hilfreich oder Mehrarbeit?
Ist Familie Partner des behandelnden Systems?
Migration, andere Kulturen, anderes Verständnis, Komplexität fürs Team
Oft gar keine Familie
Patient*innen/Teams sind oft traurig, wenn Familie, obwohl sie könnte, wenig tut (Arbeit, Arbeit ... muss man aber respektieren (Haltung!))
Wenn keine Familie, dann wird das als Versagen erlebt, haben wir nicht geschafft, Verlust, Trauer
Zu sehen, dass Familie ausgebrannt ist, wir sie aber brauchen, zuhause sterben zumutbar?, oft zerreißt es einen

Kompetenzen

Zwei Arten: persönliche und schulungsfähige
Bestimmte Kompetenzen sind schwer zu schulen, z.B. Haltung
Fortbildung: Schwierig, Themen ans ganze Team zu vermitteln
Hohe Erwartungen an Kompetenz, aber immer weniger Dürfen
Lebenserfahrung ist wichtig; Können umfasst nicht nur Berufswissen
Man kann einen Schnitt ziehen durch alle Mitarbeiter*innen, aber manche Kompetenzen muss jeder haben (Kommunikation), manche nur einige (spezielle Kompetenzen)
Problem der Schulung: Weiterentwickeln ja, aber ist Schulung das richtige Instrument?
Schulung führt zu Widerstand
Schulung ist gefordert, verursacht aber Kosten
Unterschiedliche Kompetenzen der Mitarbeiter*innen im Team
Verantwortungsübernahme von Anderen, z.B. palliative Sedierung, aber Tragen muss dies kompetent das Team/andere
Vernetzungskompetenz ist deutlich gefordert – spielen alle Akteure gut zusammen?
Was kann Hauptamt, was kann Ehrenamt/Grenzen
Wirtschaftliche Bedeutung von Schulung

Die von Doppelungen bereinigte Liste der interaktiven Runde findet sich in 5.3.

Im Anschluss an den interaktiven Teil wurden im Plenum die folgenden Fragen erörtert:

Sehen die Expert*innen einen Wandel in der Haltung seit 2009?
Wenn ja, gibt es einen Einfluss des Wandels in der Palliativversorgung auf die Haltung in den Teams?

Eine Veränderung der Haltung wurde von den Expert*innen in verschiedener Hinsicht angemerkt:

1. Wandel in der Versorgung

2. Kürzere Verweildauer

3. Familiäres Nicht-Wissen

4. Veränderungen beim Personal
    a) hoch motiviert vs. Dienst nach Vorschrift
    b) Job (stationärer Bereich) vs. Hingabe/ Interesse an der Arbeit (ambulantem)
    c) Möglichkeiten mitgestalten zu können
    d) hohe Anfrage nach Schulungsmaßnahmen
    e) QM – Assessmenttools
    f) mehr junge Ärzt*innen in Fortbildungskursen
    g) Struktur in die Arbeit bringen wollen (ältere Ärzt*innen)
    h) alternde Teams
    i) höhere Anzahl an Krankenständen
    j) Bezahlung /Entlohnung von Leistungen und Arbeitszeiten
    k) Diversität der Erkrankungen und Krankheitsverläufen; Nicht-Wissen im Team
    l) Leistungsanforderungen – bezahlte Leistungen – Begleitungsdauer
    m) Anspruch auf palliative Versorgung – sich verpflichtet fühlen eingebunden zu werden

5. Rechtliche Rahmenbedingungen / Reformen

6. Administrativer Aufwand – Dokumentationssysteme

7. Inter-, trans-, sektorenübergreifende Kommunikation, Zusammenarbeit

8. Ambulante und stationäre Verteilung von Patient*innen

9. Familie – Orte der Krisenintervention, Begleitung, Beziehungsaufbau (Zeitpunkt der Anfrage)

10. Schnittstellen schaffen und Kommunikation zu anderen

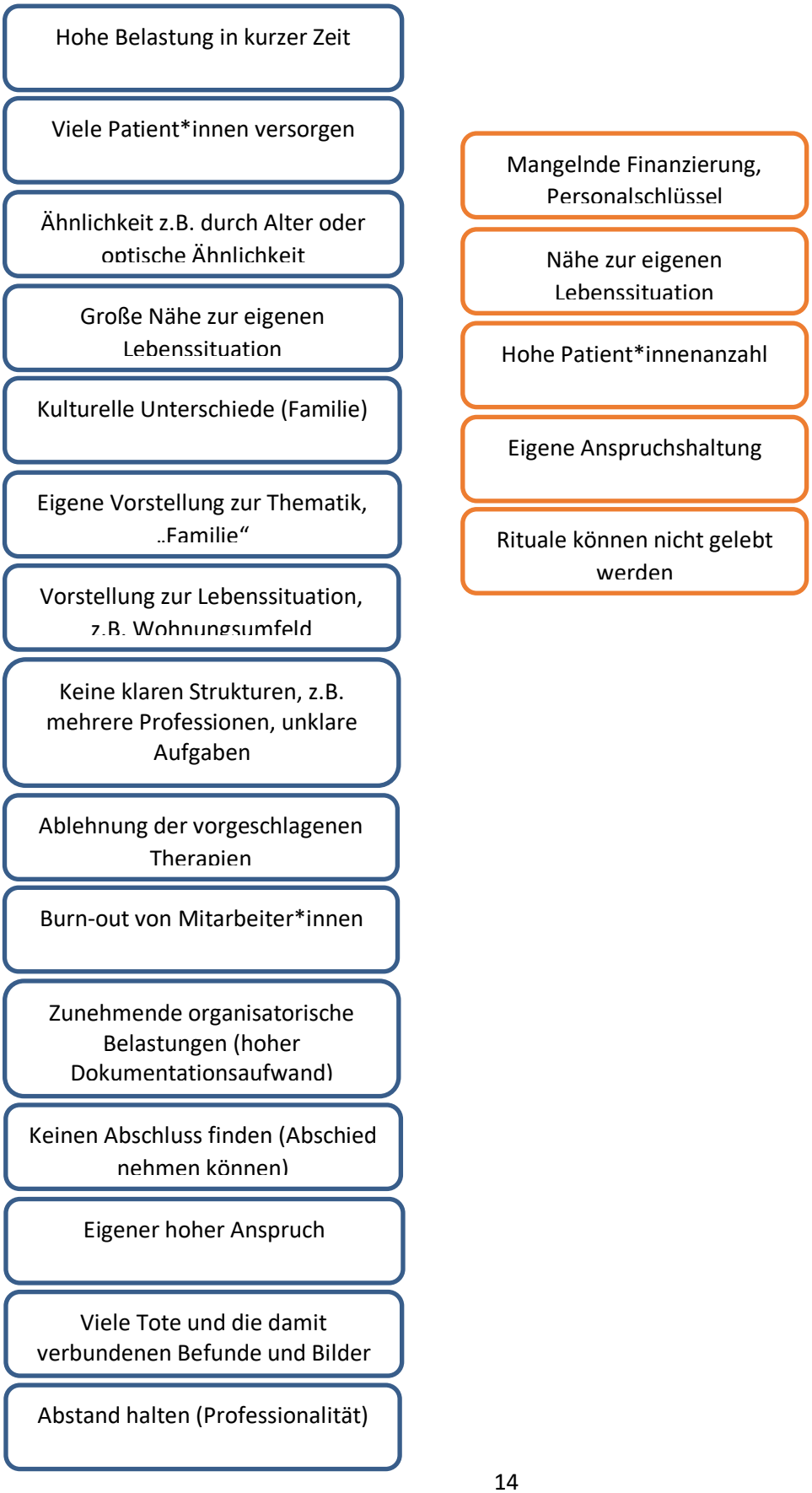
11. Arbeitsalltag
    a) Auswahl der Patient*innen
    b) Tagesablauf (Haltungsunterschiede zwischen Patient*innen)
    c) Engagement (persönliches, routiniertes, zeitliches)
    d) Wachstum der palliativen Versorgungslandschaft (Informiertheit über Versorgungsdienste, schnell anwachsende Teams vs. familiäre Teamstrukturen, Teamgrößen)
    e) Generationsverhältnisse kippen, unterschiedliche Alltagskulturen
    f) Professionalisierung – Potentiale einbinden
    g) selbstständiges Arbeiten - Mitgestaltungsmöglichkeiten
    h) Wissensvermittlung
    i) Anspruch vs. Wirklichkeit
    j) Ja-Sage-Mentalität vs. Nein-Sagen lernen

12. Wertewandel: Wie gestalte ich mein Arbeitsleben? Bedingungslose Mitarbeit; aushalten können

3.3.2. Ergebnisse belastende Faktoren

Die Arbeitsgruppe 1 sammelte und diskutierte belastende Faktoren, wählte daraus 15 Faktoren aus und priorisierte dann fünf dieser Faktoren (siehe Abbildung 1).

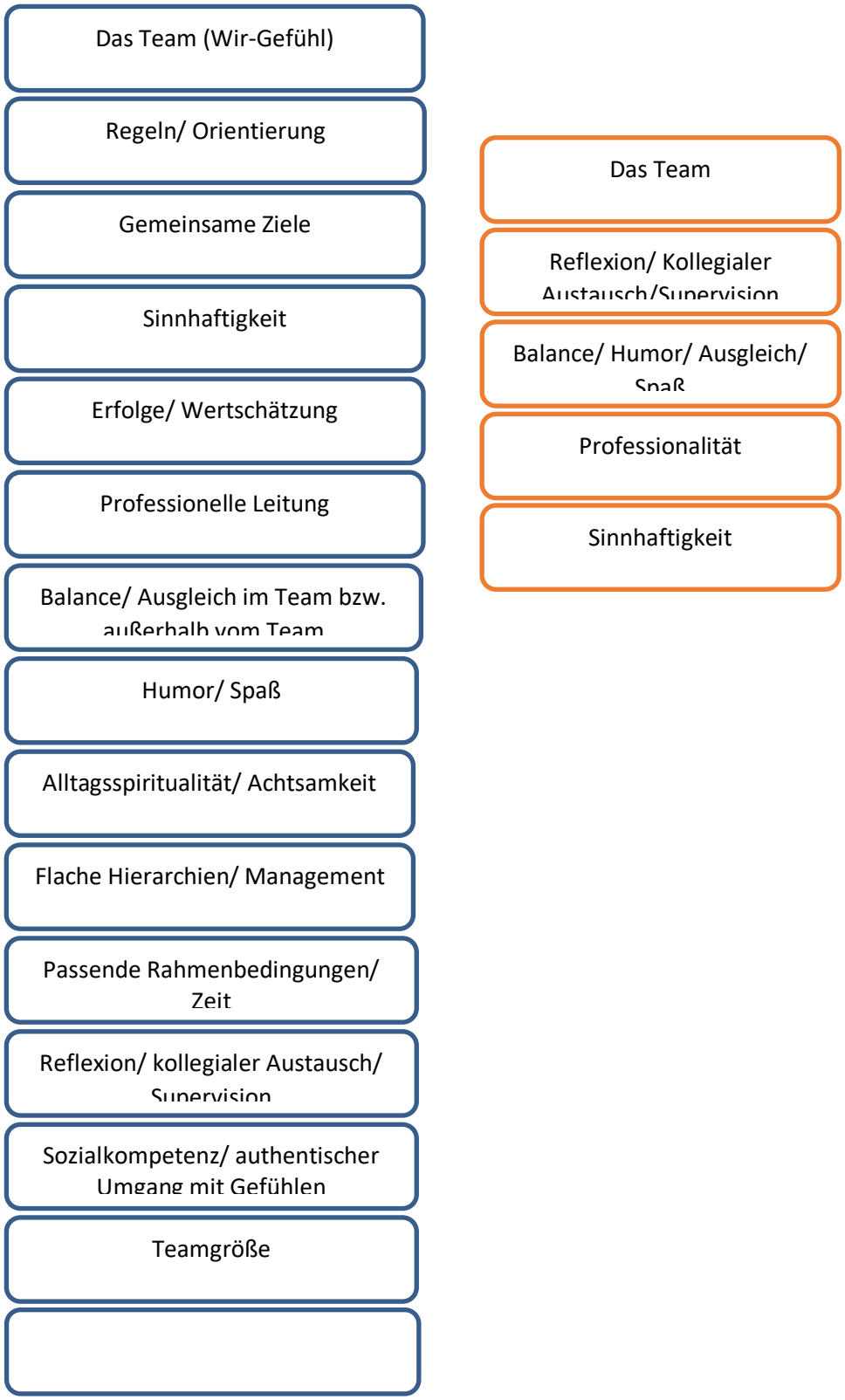
Abbildung 1: Expert*innenrunde 21. Januar 2019: Belastende Faktoren



3.3.3. Ergebnisse stärkende Faktoren

Die Arbeitsgruppe 2 sammelte und diskutierte 14 stärkende Faktoren und priorisierte dann fünf dieser Faktoren (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Expert*innenrunde 21. Januar 2019: Stärkende Faktoren



3.4. Zusammenfassung und Fragebogenkonstruktion

Nach dem Workshop gab es drei Treffen, während derer das Datenmaterial gesichtet, sortiert und diskutiert wurde. Dabei wurden aus den Ergebnissen des Expert*innenworkshops neue Items für den Fragebogen formuliert sowie die Datenerhebung zu soziodemographischen Aspekten, die Zusammenstellung neuer Fragen, Indizes zu potentiellen Stressoren und Belastungssituationen im klinischen Arbeitsalltag sowie Fragen zur körperlichen und seelischen Gesundheit besprochen.

3.4.1. Fragebogenkonstruktion

Themen für den standardisierten Fragebogen ergaben sich aus der Studie „Wie viel Tod verträgt ein Team“ aus dem Jahr 2009, aus den Ergebnissen einer Fokusgruppenrunde am 21. Januar 2019 und Recherchen bei der GESIS online verfügbaren Open Access Repositorium für Messinstrumente „Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)” (https://zis.gesis.org). Die Datenbankrecherche führte dazu, dass einige der Fragenkonstruktionen auf dem von Bartholomeyczik entwickelten Instrument zur Messung von wiederkehrenden potentiellen Stressoren bzw. Alltagsbelastungen und subjektiven Bewertung von Belastungssituationen im klinischen Arbeitsalltag basieren. Bartholomeyczik extrahieren mittels explorativer Faktorenanalyse zwei arbeitsbedingte Belastungsebenen; 1. Koordinations- und Informationsproblematiken und Psychophysische Überforderungen (Bartholomeyczik). Diese wurde in einer leicht abgewandelten Form und auf den hospizlich/ palliativen Arbeitsbereich angepasst eingearbeitet. Im Jahr 2010 wurde Fragen zur körperlichen und seelischen Gesundheit bei der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften in der Bundesrepublik Deutschland gestellt. Diese bewährte Itembatterie wurde in den Fragebogen aufgenommen (Terwey und Baltzer).

Der Fragebogen 2019 enthält Fragen zu potentiellen Belastungsfaktoren auf institutioneller, organisationaler, kollegialer, persönlicher und patient*innen- bzw. zugehörigenspezifischer Ebene. Weiterhin gibt es Fragen zur subjektiven Höchstgrenze von Sterbefällen pro Woche/Monat und Belastungssymptome im Team durch Todesfälle. Abgefragt wird auch die subjektive Einschätzung von Veränderungen in der palliativen und hospizlichen Haltung sowie eine Bewertung von Arbeitsbedingungen, dem Umgang miteinander im Team und eine Einschätzung des persönlichen Wohlbefindens. Abschließend stehen Fragen über strukturelle und sozio-demografische Merkmale.

Die Veränderungen bzw. Ergänzungen gegenüber 2009 im Einzelnen werden durch die Angaben in der Spalte Referenz der folgenden Abbildungen erläutert. Beide Fragebögen finden sich im Anhang (5.4. und 5.5.).

Abbildung 3: Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?

		gar nicht	leicht	stark	sehr stark	trifft nicht zu	Refe-renz*
1	zu hohe Anzahl an Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐	3
2	zu niedrige Anzahl an Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐	3
3	Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit	☐	☐	☐	☐	☐	1
4	keine Zeit, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können	☐	☐	☐	☐	☐	3
5	zu kurze Begleitungszeiten (weniger als 3 Tage) bis zum Versterben	☐	☐	☐	☐	☐	2
6	unerwartetes Versterben von Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐	2
7	Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld	☐	☐	☐	☐	☐	1
8	Patient*innen nicht bis zum Versterben begleiten zu können	☐	☐	☐	☐	☐	3
9	Schuldgefühle	☐	☐	☐	☐	☐	1
10	Belastungen durch Leid von Kolleg*innen	☐	☐	☐	☐	☐	1
11	Belastungen durch eigenes Leid	☐	☐	☐	☐	☐	3
12	Ablehnung von Therapien bei guter Prognose	☐	☐	☐	☐	☐	3
13	zu wenig Personal (inkl. unbesetzte Stellen)	☐	☐	☐	☐	☐	3
14	zu wenig Zeit für Rituale (Gedenken/ Abschied nehmen)	☐	☐	☐	☐	☐	3
15	hoher Dokumentationsaufwand	☐	☐	☐	☐	☐	3
16	widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz	☐	☐	☐	☐	☐	3
17	nicht gelungene Symptombehandlung	☐	☐	☐	☐	☐	3
18	Beginn oder Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose	☐	☐	☐	☐	☐	3
19	Sonstiges, bitte maximal drei Aspekte angeben						
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	

*Referenz 1: Item aus Fragebogen 2009, 2: Item modifiziert aus Fragebogen 2009, 3: Item neu aus Ergebnis Expert*innenworkshop und Diskussion im Forschungsteam

Aus den Ergebnissen des Expert*innenworkshops gingen in diesen Teil des Fragebogens viele Items ein (siehe Referenz 3).

Im Anschluss an diesen Fragenblock wird nach Zahl von Todesfällen gefragt, die noch nicht zu einer Überlastung führt. Dabei wurde:

a) die ursprüngliche Frage 4 (siehe Anhang 5.5) aus 2009 zur kritischen Zahl von Todesfällen für das Team individualisiert (Wie viele Sterbefälle im Rahmen Ihrer Arbeit halten Sie persönlich aus, ohne dass es zu einer Überlastung führt?) und
b) eine Unterscheidung im Hinblick auf die (Arbeits-)Verortung der Befragten vorgenommen, sodass alle Einrichtungen/Dienste außer ambulanter Hospizdienst die Anzahl von Todesfällen pro Woche, die ambulanten Dienste pro Monat eintragen sollten.
c) Auf die Frage nach der als am wenigsten belastenden Abfolge von Todesfällen pro Zeiteinheit wurde verzichtet.

Abbildung 4: Wenn Sie an Patient*innen oder Zugehörige denken, welche Faktoren belasten Sie?

Wenn Sie an Patient*innen oder Zugehörige denken, welche Faktoren belasten Sie?

		gar nicht	leicht	stark	sehr stark	Refe-renz*
1	Ähnlichkeiten mit mir oder mir nahestehenden Personen	☐	☐	☐	☐	3
2	besonders nahe Beziehung zu Patient*innen	☐	☐	☐	☐	2
3	besonders schwierige Beziehung zu Patient*innen	☐	☐	☐	☐	2
4	zu hohe Ansprüche anderer an meine Begleitung	☐	☐	☐	☐	3
5	anderer kultureller Hintergrund (Herkunft und Religion)	☐	☐	☐	☐	3
6	geringe/fehlende familiäre Unterstützung	☐	☐	☐	☐	3
7	Zerrissenheit / kein Zusammenhalt in der Familie	☐	☐	☐	☐	3
8	sozial isolierte Patient*innen	☐	☐	☐	☐	3
9	besonders nahe Beziehung zu Zugehörigen	☐	☐	☐	☐	3
10	besonders schwierige Beziehung zu Zugehörigen	☐	☐	☐	☐	3
11	Kommunikationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	3
12	Zu hoher eigener Anspruch an meine Begleitung	☐	☐	☐	☐	3
13	Begleitung bei bestimmten Erkrankungen (bitte maximal drei angeben)					3
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

*Referenz 1: Item aus Fragebogen 2009, 2: Item modifiziert aus Fragebogen 2009, 3: Item neu aus Ergebnis Expert*innenworkshop und Diskussion im Forschungsteam

In diesen Frageblock gingen zum Beispiel die im Expert*innenworkshop diskutierten Fragen zur Kommunikation mit An-/Zugehörigen und der Rolle, die Versorgende für sie spielen können, ein. Zudem wurde die Belastung von Versorgenden/Begleitenden bei instabilen oder fehlenden familiären Strukturen sowie bestimmten Erkrankungen aufgegriffen.

Die Frage nach dem Anspruch an Begleitung wurde gesplittet (Erwartungen anderer, eigene Erwartung) und nicht inhaltlich spezifiziert, sondern auf den individuellen Druck durch Erwartungen hin formuliert. Für eine inhaltliche Verortung des Anspruchs (Erwartungshorizont, Bedingungsrahmen für Erwartungen etc.) schätzten wir eine quantitative Befragung als nicht aussagekräftig ein.

Im Folgenden wird ergänzend nach Verbesserung oder Verschlechterung der Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz/im Ehrenamtlichen Dienst gefragt (5-stufige Likert-Skala, stark verbessert bis stark verschlechtert).

Der Frageblock zu Belastungssymptomen des Teams (Welche Symptome zeigt Ihr Team, wenn es durch Tod belastet wird?) wurde vollständig übernommen und nur um ein Item (Weinen) sowie die Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“ ergänzt.

Um offen nach Erfahrungen in Hinblick auf eine Haltungsänderung zu fragen, wurden die folgenden Items komplett neu aufgenommen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Fragen zur möglichen Änderung der palliativen/hospizlichen Haltung im Team/Dienst

Hat sich die palliative/hospizliche Haltung, seit Sie in diesem Team/Dienst tätig sind, verändert?

ja	nein	weiß nicht
☐	☐	☐

Wenn ja, welche Veränderungen sind das?

(Bitte maximal drei Aspekte eintragen)	ist viel schlechter geworden	ist schlechter geworden	ist besser geworden	ist viel besser geworden
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Für den Fragekomplex zu Schutzfaktoren wurde die Überschrift individualisiert (Wie wichtig sind Ihnen Faktoren, die Ihrem Team helfen … zu … die Ihnen helfen sollen …).

Aufgenommen wurden Naturerleben/Spaziergänge/Wanderungen, Freunde treffen Angebote für Self-Care, Teamaktivitäten (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren, die Ihnen helfen sollen, mit dem Tod umzugehen?

Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren, die Ihnen helfen sollen, mit dem Tod umzugehen?

		überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	Refe-renz*
1	Supervision	☐	☐	☐	☐	1
2	Rituale	☐	☐	☐	☐	1
3	Team	☐	☐	☐	☐	1
4	Familie	☐	☐	☐	☐	1
5	Privatleben	☐	☐	☐	☐	1
6	Sport	☐	☐	☐	☐	1
7	Ablenkung	☐	☐	☐	☐	1
8	Humor	☐	☐	☐	☐	1
9	Weltanschauung/Glaube	☐	☐	☐	☐	1
10	Mitgefühl anderer	☐	☐	☐	☐	2
11	Naturerleben, Spaziergänge, Wanderungen	☐	☐	☐	☐	3
12	Freunde treffen	☐	☐	☐	☐	3
13	Angebote für Self-Care	☐	☐	☐	☐	3
14	Teamaktivitäten wie Ausflüge, Feiern, gemeinsames Essen, Teamsport etc.	☐	☐	☐	☐	3
15	Sonstiges, bitte maximal drei Aspekte angeben					
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

*Referenz 1: Item aus Fragebogen 2009, 2: Item modifiziert aus Fragebogen 2009, 3: Item neu aus Ergebnis Expert*innenworkshop und Diskussion im Forschungsteam

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften bietet in seinem Open-Access-Angebot validierte Messinstrumente mit vollumfänglichen Informationen über theoretische Zugänge, Pretest und Dimensionsreduktionsmöglichkeiten für nicht-kommerzielle Forschungszwecke an (Abbildung 7). Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) basiert auf einer regelmäßig stattfindenden repräsentativen Umfrage in Deutschland mit wechselnden Themenschwerpunkten (Abbildung 8). Nach einer vollumfänglichen Recherche und Diskussion im Team wurden folgende zwei Fragenbatterien in den Fragebogen aufgenommen.

Abbildung 7: Arbeitsbelastungen

Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen zutreffen:

		nie	selten	manch-mal	häufig	immer
1	Ich habe das Gefühl, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Arbeitsaufteilung und Arbeitsabläufe sind so klar und eindeutig geregelt, wie ich mir das wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe das Gefühl, ich habe so viel Arbeit, dass ich nie damit fertig werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ich empfinde meine Arbeit als befriedigend.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die multiprofessionelle Zusammenarbeit klappt so, wie ich mir das wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Wichtige Informationen werden mir gegeben.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich möchte mehr Verantwortung haben als mir zugestanden wird.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich muss mich an Vorschriften halten, die meiner Ansicht nach keinen Sinn ergeben.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Ich habe das Gefühl, dass die anderen Mitarbeiter*innen meine Vorschläge und Wünsche berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich kann wegen Ressourcenmangel (Personal, Zeit, Geld) nicht an Fort- und Weiterbildungsangeboten teilnehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ich muss wegen häufiger Arbeitsausfälle von Kolleg*innen mehr Arbeit bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ich werde von meinen Kolleg*innen sehr wertgeschätzt.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ich kann positive Veränderungen in der Arbeit bewirken.	☐	☐	☐	☐	☐

Quelle: Leicht angepasste Version des Bartholomeyczik (2014) Indizes zu Arbeitsbelastung in der Krankenpflege. https://doi.org/10.6102/zis32

Abbildung 8: Körperliche und seelische Gesundheit

Wie ging es Ihnen in den letzten vier Wochen körperlich und seelisch?
Bitte antworten Sie, wie häufig es in dieser Zeit vorkam,

		nie	selten	häufig	sehr häufig
1	dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten.	☐	☐	☐	☐
2	dass Sie sich niedergeschlagen fühlten.	☐	☐	☐	☐
3	dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten.	☐	☐	☐	☐
4	dass Sie jede Menge Energie verspürten.	☐	☐	☐	☐
5	dass Sie körperliche Schmerzen hatten.	☐	☐	☐	☐
6	dass Sie sich nach der Arbeit völlig erschöpft fühlten.	☐	☐	☐	☐
7	dass Sie Schlafstörungen hatten.	☐	☐	☐	☐

Quelle: Terwey M. und Baltzer St. (2011). ALLBUS 2010 - Variable Report Studien-Nr. 4610, Version: 1.1.0 GESIS Datenarchiv für Sozialwissenschaften, GESIS-Variable Reports Nr. 2011/02, doi: 10.4232/1.10760

Soziodemographische Daten der Erhebung (Berufsgruppe, Geschlecht, wie lange in Hospizarbeit/Palliative Care tätig) wurden um Folgendes ergänzt:

a) Frage nach dem Herkunftsland und Herkunftsland der Eltern
b) Umfang der Beschäftigung beim jetzigen Dienst
c) Umfang eventueller Überstunden
d) Weitere Beschäftigung(en) – hauptberuflich, bezahlte Nebentätigkeit, Ehrenamt, Selbstständigkeit
e) eingeteilte/getätigte Dienste/Schichten
f) Singlehaushalt
g) Verpflichtungen der Unterstützung/Pflege nahestehender Personen

Nach Testung des Fragebogens auf Länge, Fragenreihung, Verständlichkeit und Relevanz von Fragen (3 Pre-Tests; Porst) wurde ein siebenseitiger Fragebogen mit 146 Variablen fertiggestellt. Die Beantwortung Fragebogens mit größtenteils geschlossenen Fragen war für die Dauer von 20 Minuten konzipiert.

3.4.2. Zusammenfassung

Der Expert*innenworkshop gab wichtige Impulse zur Generierung von Items zur Befragung, so zum Beispiel in Hinblick auf Belastungs- und Schutzfaktoren vor dem Hintergrund des Wandels gesellschaftlicher und struktureller sowie organisationaler Rahmenbedingungen der Versorgungswirklichkeit im Hospiz- und Palliativsektor. Items zur Messung von wiederkehrenden

potentiellen Stressoren bzw. Alltagsbelastungen und subjektiven Bewertung von Belastungssituationen im klinischen Arbeitsalltag (modifiziert nach Bartholomeyczik), etwa in Hinblick auf Koordinations- und Informationsproblematiken sowie psychophysische Überforderungen, wurden in einer leicht abgewandelten Form und auf den hospizlich-palliativen Arbeitsbereich angepasst eingearbeitet. Weiterhin wurden institutionelle und interpersonelle Belastungsereignisse berücksichtigt. Eine Bereinigung des vorbestehenden Befragungsinstruments in Hinblick auf Plausibilität und Klarheit sowie die Anpassung für die Befragung ambulanter Dienste lassen zum einen teilweise Aussagen zur Vergleichbarkeit von Ergebnissen der früheren und jetzigen Befragung zu, zum zweiten ermöglicht dies die Einbeziehung sowohl der seitdem nachhaltig implementierten Versorgungsform der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungsteams (bzw. PKDs/Palliativnetzwerke/QPAs) sowie der Palliativpflegedienste als auch der wichtigen Säule des Ehrenamts in ambulanten Hospizdiensten. Die Erweiterung der Erhebung zu soziodemografischen Aspekten erfasst auch Aspekte von Belastung durch eventuelle weitere Beschäftigungen, regelhafte Überstunden oder Versorgung von nahestehenden Personen sowie Migrationshintergrund.

4. Quantitative Erhebungen: Umfrage unter Versorgungsanbietern

4.1. Erhebungseinheit, Feldzugang und Erhebung

Bei der vorliegenden Pilotstudie zählen zur Grundgesamtheit alle Versorgungsformen: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV; amb. PKD), stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, Palliativstationen und ambulante Palliativpflegedienste in der Region Nordrhein-Westfalen. Als Stichprobenverfahren wurde eine bewusste Auswahl von teilnehmenden Diensten und Einrichtungen festgelegt. Hierfür erstellte ALPHA eine Liste von in Frage kommenden Diensten und Einrichtungen, die dann in Folge angeschrieben wurden. Von diesen Einrichtungsarten/Versorgungsformen sollten aufgenommen werden:

- 2 Dienste der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
- 2 Palliativstationen
- 2 Stationäre Hospize
- 2 Ambulante Hospizdienste (AHD)
- 2 Ambulante Palliativpflegedienste
- 2 Palliativnetzwerke inklusive kooperierender Palliativpflegedienste und Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)

Diese sollten das vorab festgelegte Kriterium einer 75-80% Rücklaufquote erfüllen, so dass von Teamaussagen gesprochen werden kann. Bei kleinen Diensten und Einrichtungen wurde gebeten, nahezu eine Vollerhebung (>75-80%) unter den Mitarbeiter*innen durchzuführen. Somit kann auch vermieden werden, dass Extremwerte und Ausreißer – wie bei einer geringen Teilnehmer*innenquote pro Dienst möglich – zu verzerrten Aussagen über die Teameinstellung führen bzw. diese dominieren.

Von ALPHA Rheinland ausgewählte Einrichtungen und Dienste wurden nach ihrer Teilnahmebereitschaft und der Realisierbarkeit der hohen Rücklaufquote angefragt. Jene Einrichtungen, die dies bejahten, erhielten mit Codes versehene standardisierte Fragebögen und wurden per Anschreiben gebeten, folgende Arbeitsschritte einzuhalten:

1. Jeder Mitarbeiter*in mit Patient*innenkontakt einen Fragebogen sowie ein Informationsblatt mit Angaben zur Studie und der Datenschutzerklärung auszuhändigen.
2. Den ausgefüllten Fragebogen jeweils in einem verschlossenen, nicht gekennzeichneten Umschlag einzusammeln und bei einer dafür hauptverantwortlichen Person des Dienstes/ der Einrichtung abzugeben.
3. Bei der Abgabe sollten die Mitarbeiter*innen sich in die beiliegende Teilnehmer*innenliste eintragen. Dabei sollte in der Spalte zur Information und Datenschutzerklärung mit einer Unterschrift, deren Kenntnisnahme und das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie bestätigt werden. So konnte die Rücklaufquote verfolgt werden, ohne dass die ausgefüllten Fragebögen auf einzelne Teilnehmer*innen zurückgeführt werden können. Zeitgleich konnten die Dienste und Einrichtungen mittels der Unterschriftenliste nachverfolgen, wie viele und wessen Fragebögen noch ausständig waren und ggf. wegen einer Abgabe des Fragebogens noch einmal nachfragen.
4. Sobald alle bzw. nahezu 80% der Mitarbeiter*innen einen Fragbogen ausgefüllt und die Teilnehmer*innenliste unterschrieben hatten, wurden alle Umschläge mit Antworten und Teilnehmer*innenlisten im Original an ALPHA Rheinland zurückgesandt.

Eine erste Liste für die gezielte Auswahl von Diensten und Einrichtungen wurde erstellt, die ermittelten Dienste und Einrichtungen angerufen und nach dem Interesse und der Machbarkeit angefragt, sodass nur jene Einrichtungen und Dienste in die Liste aufgenommen wurden, die die Kriterien erfüllen konnten. Die erstausgewählten Dienste sagten zu. Sodann wurden Personen mit einer Leitungsfunktion per E-Mail-Anfrage gebeten, die Anzahl von Mitarbeiter*innen im Jahr 2019 (aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, Anzahl von Begleitungen), institutionellen Angeboten, um mit dem Tod umzugehen, und Anzahl von verstorbenen Patient*innen im Jahr 2018 mitzuteilen**.** Im Anschluss daran wurden in einem ersten Verfahren allen infrage kommenden Einrichtungen Informations- und Aufklärungsbögen, codierte Fragebögen entsprechend der Anzahl von Mitarbeiter*innen, nicht gekennzeichnete Briefumschläge sowie Blanko-Teilnehmer*innenlisten per Post zugesandt. Um einen zeitnahen Rücklauf zu erreichen, wurden die Hauptansprechpartner*innen per Telefon- und E-Mail-Nachfragen kontaktiert. Für den Fall, dass trotz vorheriger Zusage nach mehrmaligen Erinnerungen die Fragebögen nicht zurückgeschickt würden (Totalausfall), wurde mit

ALPHA Rheinland vereinbart, einen Ersatz für diese Dienste/ Einrichtungen zu rekrutieren und alle Erhebungsschritte erneut durchzuführen.

4.2. Auswertungsmethode

Alle schriftlich ausgefüllt zugesandten Fragebögen (paper-and-pencil) wurden in das Statistikprogramm für Sozialwissenschaften (Statistical Package for the Social Sciences; kurz SPSS) eingegeben. Zur Steigerung der Datenqualität wurde ein Fehlerbereinigungs- und Kongruenzprüfungsprozess durchgeführt. Alle deskriptiven Auswertungen erfolgten mit SPSS. Da nur gültige Antworten ohne fehlende Werte tabellarisch dargestellt werden, variiert die Gesamtanzahl der Fälle. In den Tabellen entstehen aufgrund von Rundungseffekten teilweise Abweichungen von 100%. Bei der Präsentation von Unterschieden zwischen hospizlichen und palliativen Versorgungsanbietern wurde aufgrund der kleinen Fallzahlen und schiefen Verteilungen Merkmalsausprägungen zusammengefasst. Dies und das Unterdrücken von Zellbesetzungen kleiner 5 (<=5) dienen zur Wahrung der Anonymität von Befragten. In Anlehnung ans Skalenniveau wurden Streuungsmaße wie Median, Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Zur Untersuchung von gruppenspezifischen Unterschieden zwischen Haupt- (n=157) und Ehrenamtlichen (n=39) wurden in Anlehnung an die schiefen Verteilungen nicht-parametrische Testverfahren berechnet. Statistisch signifikante Unterschiede ($\alpha = 0,05$) im Antwortverhalten zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen werden ausgewiesen.

4.3. Umfrageergebnisse

4.3.1. Rücklauf

Für die quantitative Querschnittserhebung mittels schriftlicher Befragung wurden zunächst 12 hospizliche und palliativmedizinische Versorgungsanbieter im ambulanten und stationären Bereich angeschrieben. Drei Anbieter konnten entweder das Kriterium der Rücklaufquote nicht erfüllen oder mussten aufgrund organisatorischer Umstellungen und hoher Arbeitsbelastung die Teilnahme an der Studie absagen. Daher wurden über ALPHA weitere Dienste/Einrichtungen für die Studie rekrutiert, von welchen zwei an der Befragung teilgenommen haben. Aufgrund der Struktur von Palliativnetzwerken gestaltet sich eine Befragung mit dem erwünschten hohen Rücklauf schwierig bis nicht realisierbar, weshalb nur ein solcher Dienst eingeschlossen werden konnte (siehe Tabelle 1).

In Tabelle 2 ist die tatsächlich erreichte Anzahl und Rücklaufquote dokumentiert. Insgesamt haben 11 Versorgungsanbieter an der standardisierten, anonymisierten Umfrage teilgenommen. Nach Bereinigung des Datensatzes liegen die Ergebnisse der Befragung von insgesamt 196 Personen aus

dem stationären bzw. ambulanten hospizlichen und palliativen Versorgungsbereich vor (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Rücklaufquoten nach Versorgungsart (2019, n=196)

	Einrichtungen (n)	Gültige Fragebögen (n)	Rücklauf (%)	Bereinigte Rücklaufquote (%)
SAPV-Teams	2	30	85%	78%
Palliativstationen	2	43	93%	93%
Stationäre Hospize	2	45	80%	80%
Ambulante Hospizdienste	2	38	85%	85%
Ambulante Palliativpflegedienste	2	22	86%	76%
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	1	17	86%	77%
Gesamt in % (n=159)	11	196	86%	81%

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

Der Erhebungszeitraum betrug wegen der Nachrekrutierung vier Monate (Juni 2019 bis Ende September 2019).

Zehn Dienste und Einrichtungen meldeten für das Referenzjahr 2018 insgesamt 3.501 Patient*innen/Begleitungen, davon verstarben 2.636 begleitete Personen. Das bedeutet, dass insgesamt rund 75% der begleiteten kranken Menschen im gleichen Jahr verstorben sind. Ein ambulanter Palliativpflegedienst wurde nicht eingerechnet, da zum Zeitpunkt der Befragung keine genauen Daten übermittelt wurden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Patient*innen bzw. Begleitungen (n) und Verstorbene 2018 (% insgesamt, n/Woche)

	Einrichtungen (n)	Patient*innen/ Begleitungen 2018 (n)	Davon Verstorbene in 2018 (%)	Durchschn. Verstorbene/pro Woche (n) (pro Team)
SAPV-Teams	2	1041	88	18 (8; 10)
Palliativstationen	2	407	37	3 (1;2)
Stationäre Hospize	2	258	93	5 (2; 2)*
Ambulante Hospizdienste	2	213	62	3 (2; 1)/*11 (8, 3)***
Ambulante Palliativpflegedienste	1	329	33	3
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	1	1253	86	25
Gesamt in % (n=159)	10	3501	75	----

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019; *Abweichung Rundung geschuldet; **kursiv: pro Monat

Prozentual gesehen, verstarben erwartungsgemäß die meisten Patient*innen in den stationären Hospizen, knapp gefolgt von SAPV-Teams und dem teilnehmenden Palliativnetzwerk. An Todesfällen/pro Woche bedeutete dies für die SAPV Teams n=8 bzw. n=10; die stationären Hospize je

rund n=2, das Palliativnetzwerk n=25. Bei den ambulanten Hospizdiensten waren dies n=8 bzw. n=3 pro Monat (siehe Tabelle 2).

4.3.2. Soziodemografische Daten

An der Umfrage haben 85% Frauen und 15% Männer teilgenommen. Zum Zeitpunkt der Umfrage betrug das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden 52 Jahre (Standardabweichung = 12 Jahre). Die unteren 25% waren zwischen 24 und 43 Jahre alt, die mittleren 50% zwischen 44 und 59 Jahre und das obere 25% Perzentil der ältesten Teilnehmenden war 60 Jahre und älter. Nahezu alle Befragten (92%) geben sowohl als eigenes als auch für das elterliche Herkunftsland (91%) Deutschland an. In Bezug auf die eigene Herkunft nennen weitere 5% ein Land in einer osteuropäischen, 2% eines in einer mitteleuropäischen und der Rest eine andere Region. Die Frage „Wohnen Sie alleine?“ wird von 20% der Teilnehmenden bejaht. Ein Drittel der Befragten gibt an, Familienmitglieder zu haben, die im Alltag auf sie angewiesen sind. Nach Berufsgruppen aufgeschlüsselt ergibt sich folgendes Bild: 62% der Befragten sind Pflegekräfte, 14% Mediziner*innen, 7% Sozialarbeiter*innen und 17% ordneten sich vielen anderen Berufsgruppen (Therapeut*innen, Seelsorger*innen etc.) zu. Insgesamt spiegeln die 17% andere Berufsgruppen eine hohe Diversität und multidisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Versorgungsbereich (siehe Tabelle 3).

Das durchschnittliche Alter der befragten Hauptamtlichen beträgt 49 Jahre mit einer Standardabweichung von 10 Jahren. Das untere Viertel die jüngsten befragten hauptamtlich Tätigen war zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 24 und 41 Jahre alt. Die mittleren 50% waren zwischen 42 und 56 Jahre alt und die Ältesten (oberen 25%) mindestens 57 Jahre alt. Bei den befragten Ehrenamtlichen betrug das durchschnittliche Alter 64 Jahre mit einer Standardabweichung von 11 Jahren. Die jüngste Ehrenamtliche war zum Zeitpunkt der Erhebung 28 Jahre alt. Die unteren 25% sind zwischen 28 und 57 Jahre, die mittleren zwischen 58 und 72 Jahre und die ältesten 25% sind zwischen 73 und 81 Jahre alt (siehe Abbildung 26). Ehrenamtliche sind im Schnitt bedeutsam älter als Hauptamtliche.

Tabelle 3: Soziodemografische und strukturelle Merkmale (2019)

	Einrichtungen (n)
Geschlecht in % (n=191)	
weiblich	85%
männlich	15%
divers	0%
Alter in Jahren (n=188)	11
Mittelwert	52
Standardabweichung	12
Jüngste	24
Älteste	81
25% Perzentil	43
50 Perzentil	53
75% Perzentil	60
Herkunftsland in % (n=186)	
Befragte/r	92%
Mutter	91%
Vater	91%
Alleinlebend in % (n=192)	
Ja	20%
Nein	80%
Pflege angewiesene Familienangehörige oder nahestehende Personen in % (n=190)	
Ja	66%
Nein	34%
Berufsgruppe in % (n=170)	
Pflege	62%
Arzt/Ärztin	14%
Soziale Arbeit	7%
Andere	17%

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

Insgesamt sind 54% der Befragten in einem Teilzeitarbeitsverhältnis und 46% in Vollzeit angestellt. Zwei von drei Respondent*innen von Palliativstationen und stationären Hospizen sind in Teilzeitarbeitsverhältnissen. Bei den zusammenarbeitenden Palliativnetzwerken und SAPV-Teams sind zum Erhebungszeitpunkt zwei von drei Befragten in Vollzeit tätig. Insgesamt geben neun Personen ein geringfügiges Beschäftigtenverhältnis im Ausmaß von bis zu 10 Stunden an. Bei ambulanten Hospizdiensten sind drei Teilzeitangestellte unter den Befragten. Alle 39 ehrenamtlich Tätigen arbeiten unentgeltlich (siehe Tabelle 4).

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Teilzeitbeschäftigen beträgt bei dieser Umfrage 26 Stunden pro Woche (Standardabweichung =6). Die Hälfte der Teilzeitangestellten ist bis zu 27 Stunden pro Wochen angestellt. Insgesamt betrachtet, machen die befragten Teilzeitarbeitskräfte drei (Standardabweichung = 3) und die Hälfte der befragten Vollzeitarbeitskräfte bis zu zwei Überstunden pro Woche (Median = 2; Mittelwert = 4; Standardabweichung = 5; siehe Tabelle 4).

Die durchschnittlichen Berufserfahrungsjahre (Median) im Hospiz- und Palliative Care Bereich liegen bei sechs Jahren. Die unteren 25% der Befragten arbeiten zum Zeitpunkt der Erhebung maximal 3 Jahre in diesem Beruf und 75% der Befragten bis zu zwölf Jahre. Von den 179 Personen, die auf die Frage „Wie viele Jahre sind sie in der Hospizarbeit / Palliative Care tätig?“ geantwortet haben, war das Minimum an Berufserfahrungsjahren ein Jahr und die maximale Arbeitserfahrung 30 Jahre (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Arbeitsverhältnis: Vollzeit oder Teilzeit Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n, Wochenarbeitsstunden

Anstellungsverhältnis in %		
	Teilzeit (n=75)	**Vollzeit (n=64)**
Gesamt in % (n=139)	54%	46%
Anstellungsverhältnis nach Versorgungsangebot; Nennungen	**Teilzeit**	**Vollzeit**
SAPV-Teams	10	18
Palliativstationen	29	10
Stationäre Hospize	29	14
Ambulante Hospizdienste	3	
Ambulante Palliativpflegedienste	8	13
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	5	10
Anteil nach Berufsgruppen in % (n=149)	**Teilzeit (70)**	**Vollzeit (69)**
Pflegekräfte	51%	49%
Ärzt*innen	45%	55%
Andere	61%	39%
Wochenarbeitszeit in Stunden (n=132)		
	Teilzeit (n=71)	**Vollzeit (n=61)**
Mittelwert	26	39
Standardabweichung	6	1
Minimum	11	37
Maximum	35	42
25% Perzentil	20	38,5
50% Perzentil	27	39
75% Perzentil	30	40
Überstunden pro Wochen (n=131)		
	Teilzeit (n=70)	**Vollzeit (n=61)**
Mittelwert	3	4
Standardabweichung	3	5
Minimum	0	0
Maximum	21	25
25% Perzentil	1	0
50% Perzentil	3	2
75% Perzentil	5	5

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

4.3.3. Belastungsfaktoren

Mit der Einstiegsfrage „Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?“ wurden unterschiedliche Faktoren mittels einer vierstufigen Skala abgefragt. Eine *zu hohe Patient*innenzahl* finden insgesamt 29% der Befragten „gar nicht“, 43% „leicht“, 20% „stark“ und 8% sehr stark belastend. Dichotomisiert betrachtet, ist dies für 28% stark bis sehr stark belastend und für 72% gar nicht bzw. leicht belastend. Im Vergleich zum durchschnittlichen Anteil gibt es zwischen den hospizlichen und palliativen Versorgungsanbietern große Unterschiede im Antwortverhalten (siehe Tabelle 5). Für nahezu alle befragten Mitarbeiter*innen von stationären Hospizen ist dies nicht oder kaum belastend. Leicht oder gar nicht belastend war dies auch für die Majorität der befragten ehrenamtlichen Begleiter*innen. Hingegen traf dies nur auf circa zwei Drittel der Mitarbeiter*innen von Palliativstationen und ein Drittel der im Palliativnetzwerk Organisierten zu. Für etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeiter*innen der SAPV-Dienste war dies nicht bis leicht belastend. Somit ist für nahezu die Hälfte der befragten SAPV Mitarbeiter*innen und zwei Drittel der Befragten von Palliativnetzwerken eine zu hohe Anzahl von Patient*innen (sehr) stark belastend.

Inwiefern eine *zu geringe Anzahl an Patient*innen* belaste, folgte als nächste Frage. Insgesamt geben nahezu 90% der Befragten an, dass eine zu niedrige Anzahl von begleiteten Patient*innen sie gar nicht bis leicht belaste. Lediglich bei Mitarbeiter*innen der SAPV Dienste gibt es ein abweichendes Antwortverhalten im Vergleich zum durchschnittlichen Anteil. Eine zu niedrige Anzahl an Begleitungen ist für ein Fünftel der Befragten sehr wohl (sehr) stark belastend (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 1)

zu hohe Anzahl an Patient*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=159)	29%	43%	20%	8%
	Gar nicht/leicht		Stark/sehr stark	
SAPV-Teams	16		12	
Palliativstationen	26		14	
Stationäre Hospize	33		<=5	
Ambulante Hospizdienste	19		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	16		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		10	
Gesamt in % (n=159)	72%		28%	
zu niedrige Anzahl an Patient*innen (n=132)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=132)	58%	30%	11%	1%
	Gar nicht/leicht		Stark/sehr stark	
SAPV-Teams	18		7	
Palliativstationen	31		<=5	
Stationäre Hospize	28		<=5	
Ambulante Hospizdienste	19		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	8		<=5	
Gesamt in %	88%		12%	

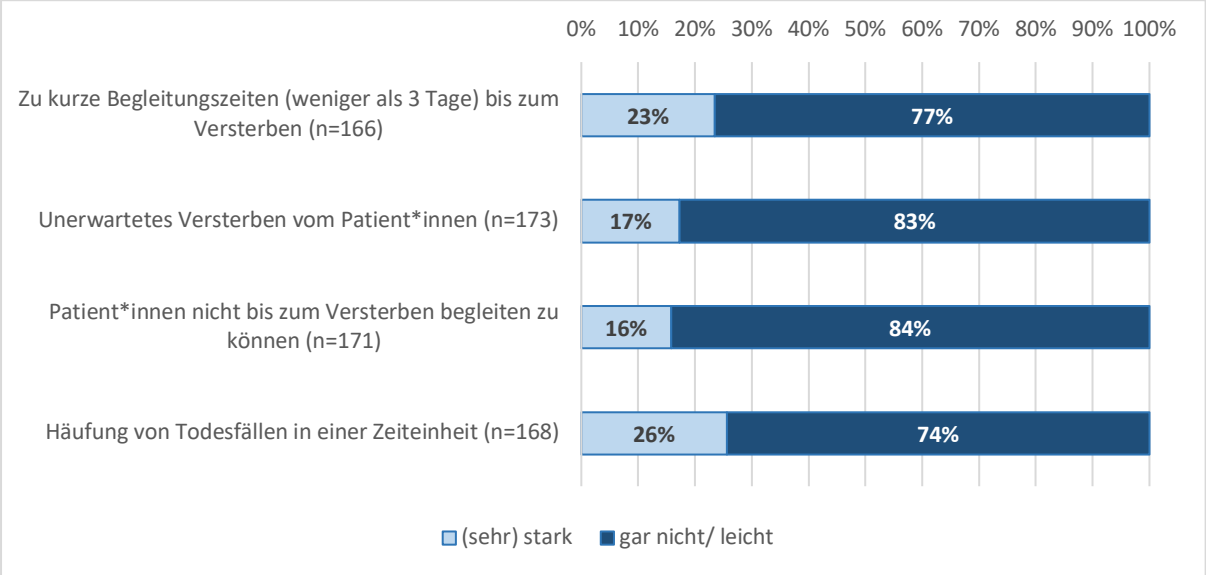
Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

Eine *zu kurze Begleitungsdauer* (weniger als drei Tage) bis zum Versterben ist im Erhebungsjahr 2019 für insgesamt 30% der Befragten gar nicht, für 47% leicht, für 20% stark und 3% sehr stark belastend. Lediglich für etwas mehr als zwei Fünftel des Gesundheitspersonals der zwei teilnehmenden Palliativstationen stellt dies eine (sehr) starke Belastung dar. Bei allen anderen befragten hospizlichen und palliativen Mitarbeiter*innen ordnete sich die Majorität bei leicht oder gar nicht ein. Insgesamt betrachtet und unabhängig von Diensten und Einrichtungen ist ein unerwartetes Versterben von Patient*innen nicht oder nur leicht belastend (87%). Ein ähnliches Antwortverhalten lässt sich bei dem Belastungsfaktor *Patient*innen nicht bis zum Versterben begleiten zu können* beobachten. Hier haben insgesamt 40% mit gar nicht, 44% mit leicht, 11% mit stark und 5% mit sehr stark geantwortet. Während es kaum Abweichungen zum durchschnittlichen Gesamtantwortverhalten zwischen den Versorgungsformen gibt, stellte dies für einen von vier der Angestellten vom ambulanten Palliativpflegedienst eine (sehr) starke Belastung dar (siehe Abbildung 9 und im Anhang Tabelle 11 für Detailauswertungen).

Die *Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit* fanden insgesamt 74% der Teilnehmenden gar nicht bis leicht und 26% stark bis sehr stark belastend. Aufgeschlüsselt nach befragten Angebotsformen haben nahezu alle Befragte aus ambulanten Palliativpflegediensten und ambulanten Hospizdiensten überdurchschnittlich häufiger mit gar nicht oder mit leicht geantwortet. Für teilnehmende SAPV-

Mitarbeiter*innen war die Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit für nahezu zwei von fünf Befragten (sehr) stark belastend (siehe Abbildung 9 und im Anhang Tabelle 11 für Detailauswertungen).

Abbildung 9: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 1)

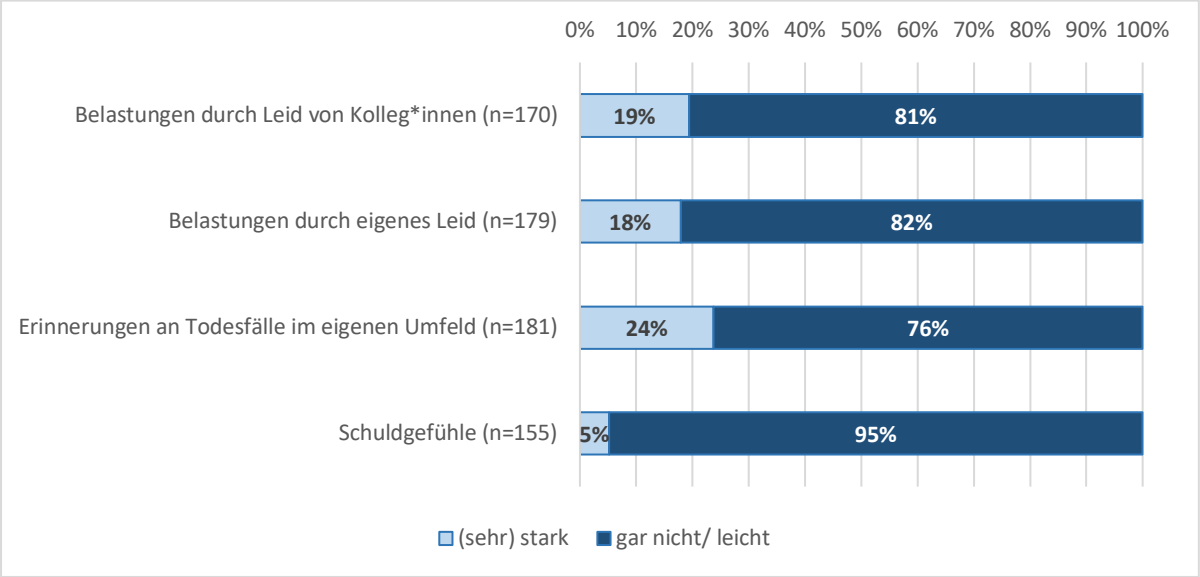


Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Unabhängig vom Versorgungsangebot ist für insgesamt einen großen Anteil der Befragten (81%) das *Leid von Kolleg*innen* kaum ein Belastungsgrund. Abermals dichotomisiert betrachtet, gibt die Majorität der Respondent*innen an, dass *Belastung durch eigenes Leid* (82%), *Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld* (82%) oder *Schuldgefühle* (86%) gar nicht oder leicht belastend sind (siehe Abbildung 10 und im Anhang Tabelle 12 für Detailauswertungen).

Während im Vergleich zum durchschnittlichen Anteil nahezu alle Ehrenamtlichen das *Leid der Kolleg*innen* kaum belastend empfinden, ist dies hingegen für etwas mehr als zwei Drittel der Befragten von Palliativnetzwerken (sehr) stark belastend. *Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld* sind in der Begleitung für nahezu zwei Fünftel der Befragten in SAPV-Teams und ein Drittel der Ehrenamtlichen (sehr) stark erschwerend (siehe Abbildung 10 und im Anhang Tabelle 12 für Detailauswertungen).

Abbildung 10: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 2)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

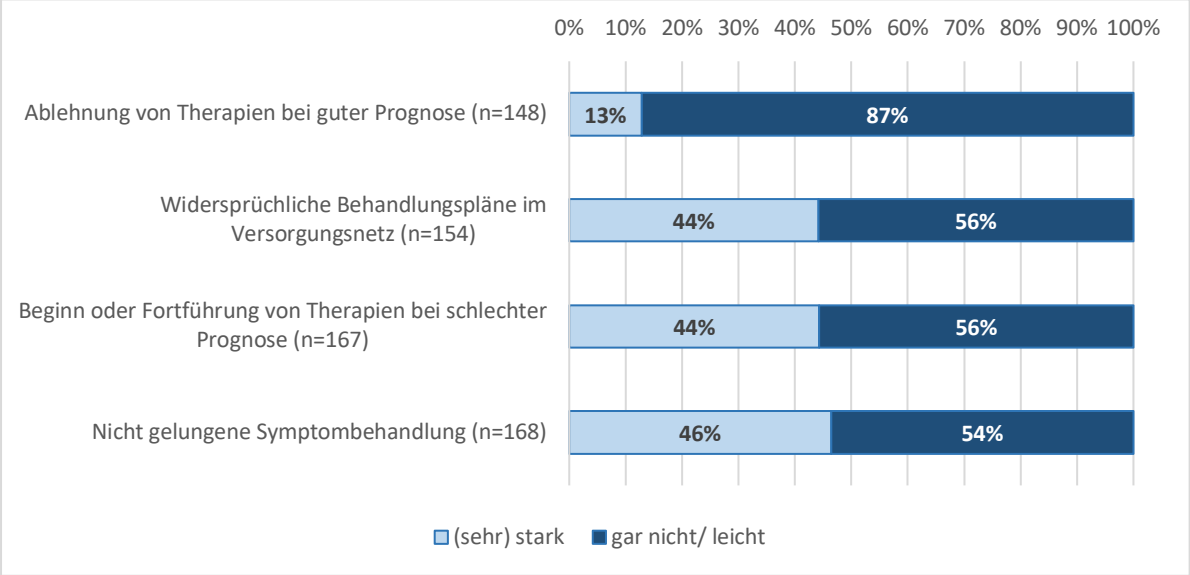
Unter den teilnehmenden hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten teilen nahezu alle Befragten mit, dass eine *Ablehnung von Therapien bei guter Prognose* keine oder eine leichte Belastung ist. Im Detail ist die Ablehnung von Therapien bei guter Prognose für 47% der Befragten gar nicht, für 40% leicht, 10% stark und 3% sehr stark belastend. Die befragten Einrichtungsangebote im Vergleich zu den Gesamtanteilen betrachtet, ordnen sich nahezu ein Viertel der Mitarbeiter*innen von Palliativstationen und etwas mehr als ein Viertel von ambulanten Palliativpflegedienste bei stark oder sehr stark belastend ein (siehe Abbildung 11 und im Anhang Tabelle 13: Unterschiedliche Belastungsfaktoren (2019, Teil 3) für Detailauswertungen).

Insgesamt sind für nahezu die Hälfte aller Interviewten *widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz* (stark: 34% und sehr stark: 10%), *Beginn und Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose* (stark: 28% und sehr stark: 17%) sowie *nicht gelungene Symptombehandlungen* (stark: 30% und sehr stark: 17%) stark oder sehr stark belastend. Bei näherer Betrachtung sind Unterschiede im Antwortverhalten von hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten ersichtlich. Unterschiede zeichnen sich bei der Frage ab, ob *widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz* belasten. Dies ist unterdurchschnittlich stark oder sehr stark belastend für Ehrenamtliche und Teilnehmer*innen aus Palliativnetzwerken. D.h. im Vergleich zum Gesamtantwortverhalten kreuzten weniger Befragte von ambulanten Hospizdiensten und in Palliativnetzwerk Zusammenarbeitende die Antwortoption stark oder sehr stark an. Überdurchschnittlich stark oder sehr stark erschweren widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz einen Großteil der Teilnehmer*innen von Palliativstationen und ambulanten Palliativpflegediensten (siehe Abbildung 11 und Tabelle 13 für Detailauswertungen).

In Bezug auf *Beginn und Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose* antworten mit Abstand

mehr Ehrenamtliche von ambulanten Hospizdiensten und ambulanten Palliativpflegediensten gar nicht oder leicht belastend. Erneut überdurchschnittlich mehr Respondent*innen belastet ein Beginn oder eine Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose insbesondere das Gesundheitspersonal auf Palliativstationen. Eine *nicht gelungene Symptombehandlung* macht insbesondere mehr Mitarbeiter*innen der zwei teilnehmenden SAPV-Teams (sehr) stark zu schaffen (siehe Abbildung 11 und Tabelle 13 für Detailauswertungen).

Abbildung 11: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 3)



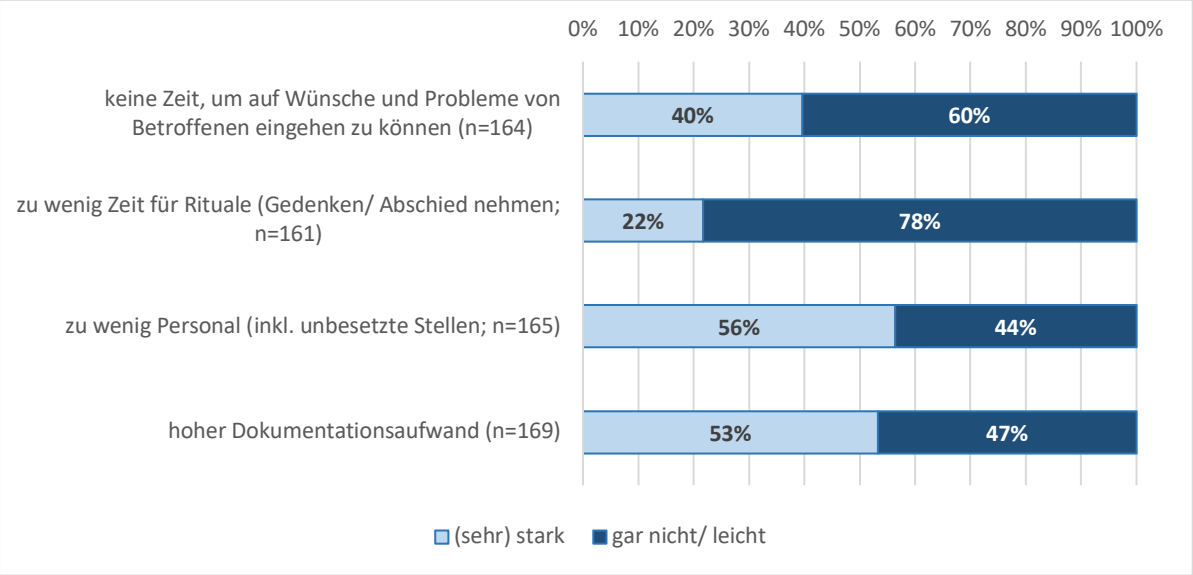
Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019,Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Keine Zeit haben, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können, beeinträchtigt unter allen Befragten 24% gar nicht, 37% leicht, 28% stark und 11% sehr stark. Während bei vier von sechs teilnehmenden Diensten nahezu eine Verteilung von 60 zu 40 (gar nicht/leicht zu stark/sehr stark) zu beobachten ist, ist dies für nahezu alle befragten Ehrenamtlichen sowie Mitarbeiter*innen der zwei ambulanten Palliativpflegedienste kaum belastend. Als (sehr) stark belastend wird dies von zwei Dritteln der Mitarbeiter*innen der teilnehmenden SAPV-Dienste angegeben (siehe Abbildung 12 und im Anhang Tabelle 14 für Detailauswertungen).

Zu wenig Zeit für Rituale zu haben, stellt für insgesamt 78% der Befragten kaum eine Belastung dar. *Zu wenig Personal inklusive unbesetzter Stellen* ist für 56% aller Befragten wiederum eine starke oder sehr starke Belastung. Bei dieser Frage zeigen sich große Unterschiede unter den Befragten von hospizlichen und palliativen Versorgungsdiensten. Während dies für sehr viel mehr Befragte der zwei teilnehmenden Palliativstationen und des Palliativnetzwerks (sehr stark) belastend ist, trifft dies für Teilnehmende aus ambulanten und stationären Hospizdiensten so nicht zu (siehe Abbildung 12 und im Anhang Tabelle 14 für Detailauswertungen).

Die Hälfte der Befragten unabhängig von der Versorgungsform teilt mit, dass ein *hoher Dokumentationsaufwand* erschwerend ist. Vermehrt ist dies bei Befragten von Palliativstationen und Palliativnetzwerken zu beobachten. Hier kreuzten mehr Personen stark oder sehr stark belastend an. Der Großteil der befragten Ehrenamtlichen ist hiervon leicht bis gar nicht betroffen (siehe Abbildung 12 und im Anhang Tabelle 14 für Detailauswertungen).

Abbildung 12: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungssymptomen, 2019 (Teil 4)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Auf der interpersonellen Ebene wurden zwölf Belastungsfaktoren, die im Zuge von Interaktionsdynamiken mit Patient*innen und Zugehörigen entstehen können, jeweils auf einer vierstufigen Skala von gar nicht bis sehr stark abgefragt. Zudem gab es die Möglichkeit, weitere Faktoren wie *spezifische Krankheiten*, bei welchen eine Begleitung (besonders) schwerfällt, einzutragen. Inwiefern im Patient*innenkontakt subjektiv wahrgenommene *Gemeinsamkeiten mit der eigenen Person* oder aufgrund von *Ähnlichkeiten mit nahestehenden Personen* belastend wirken, stehen in diesem Fragenblock als erstes. Dabei zeigt sich, dass dies 21% der insgesamt Befragten gar nicht, 50% leicht, 26% stark und 4% sehr stark belastet. Die Nennungen „gar nicht“ und „leicht“ zusammengefasst, spielt *Ähnlichkeit mit nahestehenden Personen* bei 70% der Befragten kaum eine Rolle; 30% der Befragten sind hiervon in unterschiedlich starkem Ausmaß beeinträchtigt. Nach Versorgungsform betrachtet, geben überdurchschnittlich öfter Mitarbeiter*innen der teilnehmenden SAPV-Teams und Palliativstationen an, dies als (sehr) stark belastend zu empfinden (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 13 für Detailauswertungen).

Von einer *besonders nahen Beziehung zu Patient*innen* sind 17% gar nicht, 50% leicht, 30% stark und 3% sehr stark betroffen. Befragte der teilnehmenden Palliativnetzwerke bzw. der zusammenarbeitenden qualifizierten Palliativ-Ärzt*innen berichteten im Vergleich eine geringere

Belastung als die weiteren Teilnehmer*innen. Eine *besonders nahe Beziehung zu Zugehörigen* erschwert 77% aller Befragten kaum eine hospizliche oder palliative Begleitung (31% gar nicht und 46% leicht). Somit teilen 23% der Befragten mit, dass eine nahe Beziehung zu Zugehörigen für sie stark oder sehr stark belastend ist. Hier ragen im Vergleich zur Gesamtverteilung zwei hospizlich-palliative Versorgungsformen heraus. Einerseits haben überdurchschnittlich mehr Befragte von SAPV-Diensten – nahezu die Hälfte – geantwortet, dass sie eine besonders nahe Beziehung zu Zugehörigen (sehr) stark belastet und anderseits stellt dies für wenige der Befragten von teilnehmenden stationären Hospize (ein Zehntel) einen Belastungsfaktor dar (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 13 für Detailauswertungen).

Ein Vergleich des Antwortverhaltens (sehr) stark bei den abgefragten Dimensionen eine *nahe Beziehung zu Patient*innen* und eine *nahe Beziehung zu Zugehörigen* zeigt lediglich einen geringfügigen Unterschied von sieben Prozentpunkten im Antwortverhalten aller Befragten auf (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 15 für Detailauswertungen).

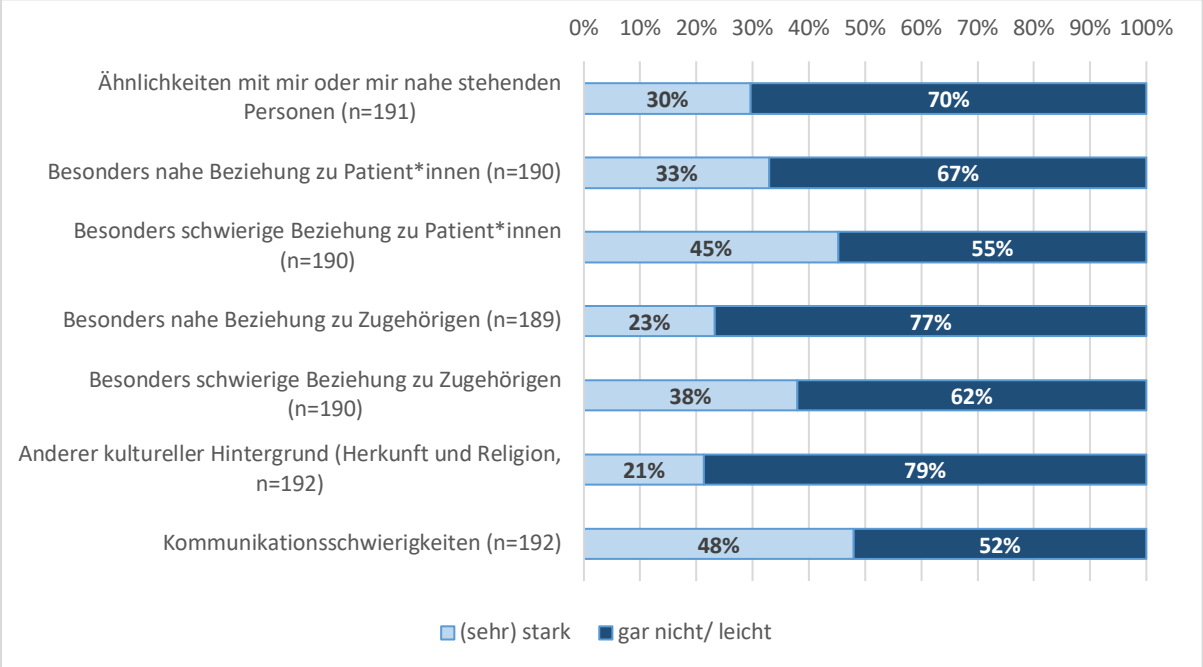
Die Begleitung bei *besonders schwieriger Beziehung zu Patient*innen* stellt für insgesamt 64% kaum (12% gar nicht und 43% leicht) und 36% (sehr) starke (40% stark und 6% sehr stark) eine Belastung dar. Nach Versorgungsangebot antworteten Befragte von ambulanten Hospizdiensten, dass eine besonders schwierige Beziehung zu Patient*innen sie gar nicht oder leicht belaste. Auch hier wurde eine *besonders schwierige Beziehung zu Zugehörigen* gesondert abgefragt. Es zeigt sich, dass eine besonders schwierige Beziehung zu Zughörigen 17% aller Befragten gar nicht, 45% leicht, 31% stark und 7% sehr stark mitnimmt. Mit großem Abstand zum durchschnittlichen Antwortverhalten berührt dies insbesondere Befragte von SAPV-Teams und Palliativstationen. Während insgesamt zwei Fünftel der Befragten von einer besonders schwierigen Beziehung zu Zugehörigen (sehr) stark betroffen sind, ist dies bei der Hälfte der Befragten von Palliativstationen und SAPV-Teams der Fall (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 15 für Detailauswertungen).

Für einen Großteil der Befragten wirkt sich die *kulturelle Herkunft von Patient*innen und Zugehörigen* kaum subjektiv erschwerend auf die Begleitung aus (79%). Unabhängig vom Versorgungsangebot ordneten sich 41% der Befragten der Kategorie bei gar nicht, 38% bei leicht, 16% bei stark und 5% bei sehr stark ein. Lediglich bei den teilnehmenden SAPV-Diensten und Palliativstationen gibt ein Drittel der Befragten an, dass sie dies (sehr) stark subjektiv mitnimmt. Stark hervorstechend ist das Antwortverhalten der Befragten von ambulanten Palliativpflegediensten. Für nahezu alle Befragten beeinträchtigt sie ein anderer kultureller Hintergrund leicht oder gar nicht (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 15 für Detailauswertungen).

Dahingegen belastet nahezu die Hälfte aller Befragten (sehr) stark das Auftreten von *Kommunikationsschwierigkeiten*. Das Antwortverhalten unterscheidet sich von der durchschnittlichen Verteilung bei den befragten Ehrenamtlichen und vernetzt zusammenarbeitenden

Palliativversorgungsanbieter*innen. Bei den zwei letztgenannten Versorgungsformen sind für etwas weniger als ein Drittel der Befragten Kommunikationsschwierigkeiten (sehr) stark belastend. Umgekehrt heißt dies: Während die Hälfte der Befragten Kommunikationsschwierigkeiten kaum belastet, trifft dies bei zwei Drittel der Befragten von ambulanten Hospizdiensten und vernetzt arbeitenden Palliativmedizinischen Versorgungsanbietenden zu (siehe Abbildung 13 und im Anhang Tabelle 15 für Detailauswertungen).

Abbildung 13: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungsfaktoren, 2019 (Teil 1)



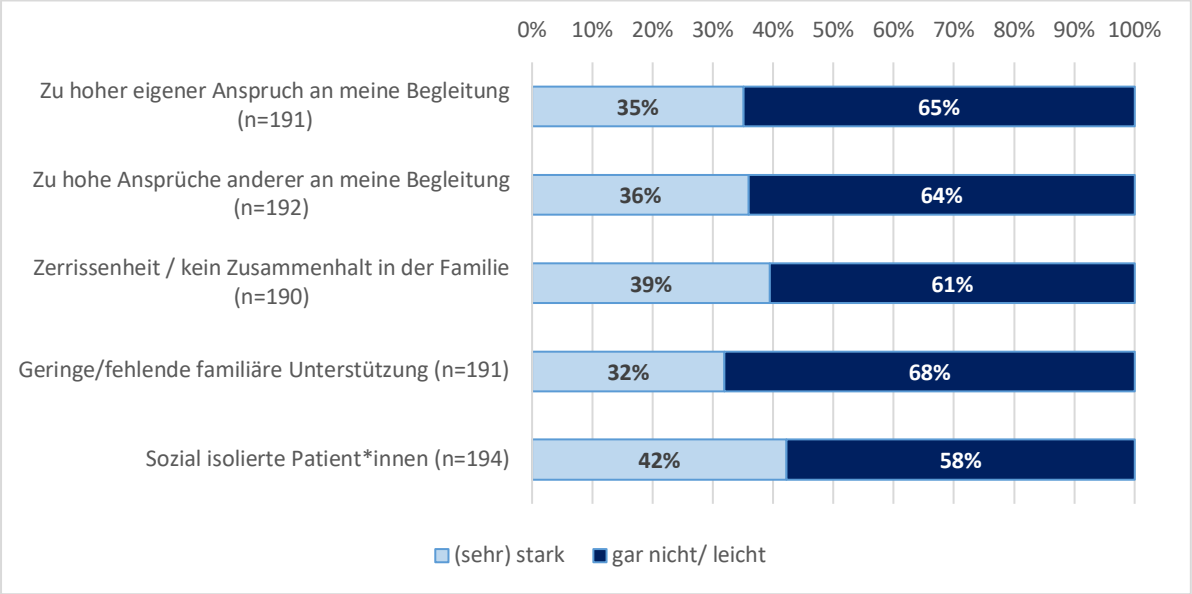
Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Mit einem fast identischen Anteil gibt etwas mehr als ein Drittel der Gesamtbefragten an, dass ein *zu hoher eigener Anspruch an die Begleitung* (35%) und *zu hohe Ansprüche anderer an die Begleitung* (36%) sie stark oder sehr stark belastet. Dichotomisiert betrachtet, zeigen sich nach Versorgungsangeboten kaum Unterschiede im Antwortveralten. Lediglich bei Befragten der teilnehmenden SAPV-Dienste ist die eine Hälfte leicht oder gar nicht hiervon betroffen und die andere (sehr) stark (siehe Abbildung 14 und im Anhang Tabelle 16 für Detailauswertungen).

Alle Befragten antworten, dass *Zerrissenheit/kein Zusammenhalt in der Familie* (39%) und *geringe/fehlende familiäre Unterstützung* (32%) für sie eine (sehr) starke Belastung ist. Zerrissenheit/kein Zusammenhalt in der Familie ist für mehr als die Hälfte der in Palliativnetzwerk Arbeitenden eine (sehr) starke Belastung im Arbeitsalltag und unterscheidet sich vom Gesamtantwortverhalten. Eine Begleitung von sozial isolierten Patient*innen ist für 9% gar keine, 49% eine leichte, 35% eine starke und 8% eine sehr starke Belastung. Während sich kaum Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten

abzeichnen, finden dies weniger befragte Mitarbeiter*innen von Palliativstationen als (sehr) stark belastend (siehe Abbildung 14 und im Anhang Tabelle 16 für Detailauswertungen).

Abbildung 14: Dichotomisierte Gesamtverteilung von ausgewählten Belastungsfaktoren, 2019 (Teil 2)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Insgesamt haben 38 Personen die Möglichkeit genutzt, weitere belastende Faktoren zu nennen. Die 60 offenen Antwortbeiträge verteilen sich wie folgt: Mit Abstand als (sehr) stark belastend wird eine Begleitung bei dem Krankheitsbild Amyotrophe Lateralsklerose (ALS; 16 von 38) genannt, gefolgt von verschiedenen Krebserkrankungen (14 von 38) und hierunter im speziellen Tumore im Hals-Nasen-Ohren oder Rachen- und Lungenbereich (6 von 14). In der Kategorie Symptome sind subsumiert exulzerierende, schwierige Wundversorgungen die häufigste Nennung (14 von 38). Darüber hinaus gab es viele vereinzelte Nennungen, die unter der Oberkategorie anderes zusammengefasst wurden. Beispielhaft aufgezeigt, waren dies persönliche Schicksale oder psychische Erkrankungen von Patient*innen (4 von 13), Kommunikation und Erreichbarkeit von (Haus-)Ärzt*innen (2 von 38) etc. (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Freitexteingabe belastender Faktoren Nennungen (2019)

Angabe belastender Erkrankungen und Symptome				
	Leicht	**Stark**	**Sehr stark**	**Gesamt**
Erkrankungen	**5**	**22**	**11**	**38**
Andere Erkrankungen gesamt	4	13	6	23
- ALS	2	9	5	16
Krebserkrankungen gesamt	1	8	5	14
- Hals-Nasen-Ohren oder Lungentumor	1	2	3	6
- Gehirntumor		2	2	4
Symptom	1	14	6	21
- Exulzerationen	1	10	3	14
anderes		6	7	13

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

4.3.4. Durchschnittliche kritische Anzahl von Sterbefällen

Auf die Frage ,*"Wie viele Sterbefälle halten Sie im Rahmen ihrer Arbeit persönlich au, ohne dass dies zu einer Überlastung führt?",* haben 39% der Befragten nicht geantwortet. Insbesondere Befragte, die aufgrund der geringen Fallzahl (Therapeut*innen, Soziale Arbeit, Seelsorge etc.) der Kategorie weitere Berufe (74%) zugeordnet wurden, enthielten sich einer Antwort; mit großem Abstand gefolgt von Pflegekräften (37%) und Ärzt*innen (35%). Daher sind die folgenden Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Im Durchschnitt sechs Sterbebegleitungen pro Woche persönlich aushalten zu können, geben Mitarbeiter*innen der teilnehmenden SAPV-Teams an. Bei den teilnehmenden stationären Einrichtungen (zwei Palliativstationen und zwei stationäre Hospize) sind es durchschnittlich drei Todesfälle in der Woche. Während Angestellte von teilnehmenden ambulanten Palliativpflegediensten durchschnittlich zwei Sterbefälle pro Woche nennen, sind es beim Gesundheitspersonal von Palliativnetzwerk bis zu zehn Todesfälle pro Woche, ohne dass dies zu einer Überlastung führe. Teilnehmende von ambulanten Hospizdiensten wurden nach der maximalen Anzahl von Sterbefällen pro Monat gefragt. Das durchschnittliche Antwortverhalten der befragten Ehrenamtlichen ist demnach ein Sterbefall pro Monat (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Durchschnittliche kritische Anzahl von Sterbefällen pro Woche/ Monat

Subjektive Anzahl von Sterbefälle, ohne dass es zu einer Überlastung führt				
	Median	**Mittelwert**	**Standard-abweichung**	**Fehlende Werte**
SAPV-Teams (n=14)	6	8	7	14
Palliativstationen (n=36)	3	3	1	7
Stationäre Hospize (n=27)	3	4	2	18
Ambulante Hospizdienste (n=31)	1	2	2	8
Ambulante Palliativpflegedienste	2	2	1	11
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA) (n=11)	10	12	5	6

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

Bei der Frage über eine persönliche Höchstgrenze von Sterbefällen pro Woche oder Monat haben 11% aller Befragten die Möglichkeit genutzt, eine Anmerkung einzutragen. Die Antworten bewegen sich im Spektrum von institutionellen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen bis hin zu interpersonellen und intrapersonellen Bedingungen. Einen kleinen Einblick geben folgende Zitate:

„Kann ich nicht in Zahlen fassen, kommt auf die Umstände des Versterbens an.“ [Stationäres Hospiz]
„Es kommt darauf an, wie gut die medizinische Begleitung ist.“ [Ambulanter Hospizdienst]
„Unpräzise, kommt doch stark auf die Person, Angehörige, Verlauf, Symptomlast an.“ [Palliativstation]
„Ist situativ und von persönlichem Wohlbefinden abhängig.“ [Stationäres Hospiz]
„Keine Angabe möglich, weil Belastung, aber nicht Überlastung“ [Ambulanter Palliativpflegedienst]

4.3.5. Arbeitsbedingungen

Für Antworten auf die Frage: „*Haben sich die Arbeitsbedingungen seit Ihrer Anstellung / Ihrem Eintritt verändert?“*, wurde eine fünf-stufige Skala von sehr verbessert bis stark verschlechtert inklusive einer mittleren Kategorie (gleichgeblieben) vorgegeben. Für 37% haben sich die Arbeitsbedingungen seit ihrer Anstellung bzw. ihrem Eintritt in das Team verbessert und für weitere 5% sehr verbessert. Für weitere 39% sind diese gleichgeblieben. Verschlechtert haben sich die Arbeitsbedingungen seit ihrer Anstellung bzw. ihrem Eintritt für 18 % und sehr verschlechtert für 1%. Das Antwortverhalten des Gesundheitspersonals der teilnehmenden Palliativstationen unterscheidet sich vom Gesamtantwortverhalten dahingehend, dass für etwas mehr als zwei Fünftel der Befragten sich diese (sehr) verschlechtert haben. Weitere zwei Fünftel geben gleichgeblieben an und etwas weniger als ein Fünftel (sehr) verbessert. Verbesserte Arbeitsbedingen seit Anstellung beobachten mehr als die Hälfte der Befragten von SAPV-Diensten, stationären Hospizen und ambulanten Palliativpflegediensten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Subjektive Wahrnehmung von Veränderungen Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Veränderungen von Arbeitsbedingungen seit Anstellung/ Eintritt					
	Sehr ver-bessert	Verbessert	Gleich geblieben	Verschlech-tert	Stark ver-schlechtert
Gesamt in % (n=188)	5%	37%	39%	18%	1%
	(Sehr) Verbessert		Gleich geblieben	(Sehr) Verschlechtert	
SAPV-Teams	15		12	2	
Palliativstationen	7		17	19	
Stationäre Hospize	23		20	<=5	
Ambulante Hospizdienste	16		20	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		7	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	6		<=5	7	
Gesamt in %	42%		39%	19%	

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

Auf die Frage „Wie lange, schätzen Sie, kann das Team, in dem Sie tätig sind, so wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?“, schätzen von insgesamt allen Befragten 6% einige Monate, 41% einige Jahre und 53% viele Jahre. Eine Abweichung vom Gesamtanteil gibt es insbesondere bei der Antwortmöglichkeit einige Monate. Dieser Meinung sind überdurchschnittlich mehr Befragte aus dem Bereich der ambulanten Pflegedienste und den Teilnehmenden von Palliativnetzwerken (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Einschätzung der Beständigkeit des eigenen Teams Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Einschätzung wie lange das aktuelle Team bestehen bleiben kann			
	Einige Monate	Einige Jahre	Viele Jahre
Gesamt in % (n=191)	6%	41%	53%
	Einige Monate	Einige Jahre	Viele Jahre
SAPV-Teams	<=5	16	12
Palliativstationen	<=5	23	18
Stationäre Hospize	<=5	13	30
Ambulante Hospizdienste	<=5	13	22
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5	8	11
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5	6	8
Gesamt in %	6%	41%	53%

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, n=196.

4.3.6. Belastungssymptome im Team

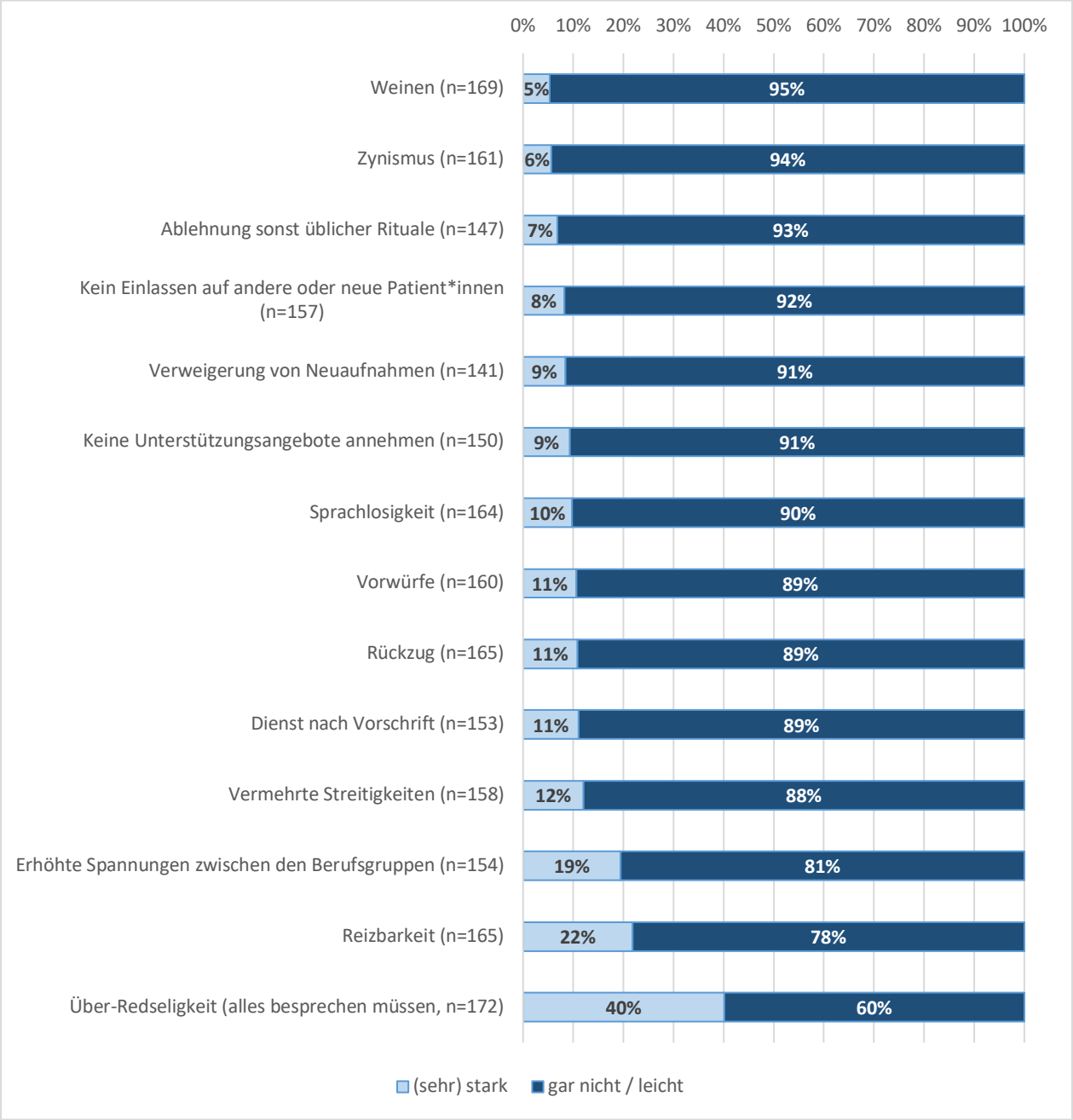
Unterschiedliche Belastungssymptome, die ein Team aufzeigen kann, wenn es durch Tod belastet wird, wurden mit einer vierstufigen Skala (gar nicht, leicht, stark bis sehr stark) untersucht. Symptome wie *Weinen* werden von 5%, *Zynismus* von 6%, *Ablehnung sonst üblicher Rituale* von 7%, *kein Einlassen auf andere oder neue Patient*innen* von 8%, *Verweigern von Neuaufnahmen* von 9%,

keine Unterstützung von Neuaufnahmen von 9% und *Sprachlosigkeit* von 10% als (sehr) stark vorhanden angekreuzt und spielen somit kaum eine Rolle im Umgang mit Belastungen durch Tod. Für alle Befragten sind *Vorwürfe, Rückzug und Dienst nach Vorschrift* mit jeweils 11% und *vermehrte Streitigkeiten im Team* (12%) ebenfalls nicht wesentliche Form der Reaktion auf eine vermehrte Anzahl von Todesfällen. Wenn es durch Todesfälle zu Belastungen im Team kommt, nennen als (sehr) stark auftretende Belastungssymptommerkmale *erhöhte Spannungen im Team* 19% und *Reizbarkeit* 22% aller Befragten. Unabhängig vom Versorgungsangebot, geben 40% aller Befragten an, dass *Über-Redseligkeit* (alles besprechen müssen) als eine (sehr) stark ausgeprägte Reaktion auf Belastungen durch Todesfälle Raum einnehme (siehe Abbildung 15 und im Anhang Tabelle 16 für Detailauswertungen).

Nach Versorgungsangebot betrachtet, gaben überdurchschnittlich mehr Befragte von SAPV-Teams an, dass in ihrem Team (sehr) stark Rückzug (1 von 5), vermehrte Streitigkeiten im Team (1 von3) und Reizbarkeit (5 von 10) auftreten. Im Vergleich zum Gesamtanteil gab einer von vier Befragten der zwei teilnehmenden Palliativstationen an, dass das Team bei Belastung durch Tod (sehr) stark mit Verweigerung von Neuaufnahmen reagiere. Auf der Palliativstation nehmen in solch einer Belastungssituation 3 von 10 Befragten (sehr) stark erhöhte Spannungen zwischen Berufsgruppen wahr.

Die befragten Ehrenamtlichen geben bezüglich *„kein Einlassen auf andere oder neue Patient*innen“* im Vergleich zur Gesamtverteilung ein abweichendes Antwortverhalten. Mehr Befragte von ambulanten Hospizdiensten (1 von 5) beobachten in ihrem Team dies (sehr) stark im Umgang mit Belastungen durch Tod. Bei den teilnehmenden ambulanten Palliativpflegediensten antworteten öfter, dass ihr Team (sehr) stark mit keiner Annahme von Unterstützungsangeboten reagiert. Im Vergleich zum Gesamtantwortverhalten nennen mehr Teilnehmende von Palliativnetzwerken, dass in solch einem Fall (sehr) stark Rückzug von Kolleg*innen vorkommt (siehe Abbildung 15 und im Anhang Tabelle 16 für Detailauswertungen).

Abbildung 15: Dichotomisierte Gesamtverteilung von unterschiedlichen Belastungssymptomen im Team, 2019



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

4.3.7. Haltung und Arbeitsbedingungen

Als nächstes folgte die Frage, inwiefern sich die *palliative bzw. hospizliche Haltung* seit Aufnahme der Mitarbeit im Team bzw. Dienst verändert hat. Insgesamt geben jeweils 40% aller Respondent*innen an, die Haltung habe sich verändert bzw. habe sich nicht verändert. Weitere 21% antworten mit „weiß nicht“ (siehe Tabelle 10).

Von den 196 Befragten nahmen 66 Personen die Gelegenheit wahr, mit mindestens einer Nennung im Freitextfeld einzutragen, was sich seit ihrer Mitarbeit im Team bzw. Dienst (sehr) verbessert oder (sehr) verschlechtert hat. Eine Gesamtbetrachtung aller Eintragungen ergibt 117 Einträge, die sich

wie folgt zusammenfassen lassen: hospizlicher und palliativer Anspruch oder Haltung (38 Nennungen), Beziehung zu Patient*innen und Zugehörigen (22 Nennungen), organisationale und institutionelle Bedingungen (19 Nennungen), hospizliche/palliative Aufklärung oder Wissen (14 Nennungen), interprofessionelle Zusammenarbeit (10 Nennungen), Self-Care und intrasubjektiver Wandel (11 Nennungen) und palliativmedizinische Aspekte (3 Nennungen). Insgesamt sind 43% der Nennungen als (viel) schlechter und 57% der Nennungen als (viel) besser geworden klassifiziert worden.

Insgesamt gibt es 28 von 39 Nennungen, die *die Veränderungen in der hospizlichen und palliativen Haltung bzw. Anspruch* mit (viel) besser geworden bewertet haben. Die 11 Nennungen im negativen Bereich sind stark fragmentiert; beispielhaft sei an dieser Stelle Reflexion(-sbereitschaft) und Zusammenhalt/Übernahme/Hilfsbereitschaft über den Dienst(-plan) hinaus mit jeweils 2 Einträgen genannt.

Auf der Beziehungsebene mit den Patient*innen und Zugehörigen gibt es insgesamt 22 Einträge, von denen 12 als (viel) schlechter und 10 als (viel) besser eingestuft wurden. Hierbei sticht die Kommunikation mit Patient*innen und Zugehörigen, die (viel) besser (6) geworden ist hervor. Bei der negativen Entwicklung sind es Aspekte wie Empathie (3 = schlechter), auf Patient*innenwünsche eingehen zu können (2= schlechter) oder Zeit für Patient*innen zu haben (2 = schlechter).

Weitere Aspekte, wie Wissen und Aufklärung (Fortbildungen, Professionalität, Einstellungen zum/ Umgang zum Tod) sind den Teilnehmenden zufolge (viel) besser geworden (11 von 14 Nennungen). Zum Besseren verändert haben sich, laut 9 von 11 Nennungen, Aspekte der Self-Care und der intra-subjektiven Haltung (Eigenschutz und Abgrenzung).

Als organisationale und institutionelle Veränderungen wurden insbesondere jene Aspekte genannt, die laut Befragten (viel) schlechter geworden sind (16 von 19 Nennungen). Zwölf der 20 Nennungen im Bereich (viel) schlechter betreffen Rahmenbedingungen, die einer hospizlichen und palliativen Arbeitsweise entgegenwirken (z.B. (Zeit-)Druck, Personalmangel, Einsparungen, keine Erholungsphasen durch Aushelfen auf anderen Stationen oder 3-Schichten-System).

Unter der zusammengefassten Dimension interprofessionelle Zusammenarbeit sind zu gleichen Anteilen (fünf von 10 Nennungen) verschiedene Aspekte als schlechter und (viel) besser bewertet worden. Einerseits verschlechterten sich für einige wenige Befragte der Teamgeist, gegenseitige Wertschätzung oder die Vertrauensbasis und andererseits verbesserte sich für einige wenige die interdisziplinäre Zusammenarbeit oder die Atmosphäre im Team.

Tabelle 10: Veränderungen der palliativen Haltung im Team/ Dienst seit Antritt Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Subjektive Wahrnehmung: Veränderungen der palliativen/hospizlichen Haltung im Team/Dienst			
	Nein (%)	**Ja (%)**	**Weiß nicht (%)**
Gesamt in % (n=196)	39	40	21
	Nein (n)	**Ja (n)**	**Weiß nicht (n)**
SAPV-Teams	12	13	<=5
Palliativstationen	15	23	<=5
Stationäre Hospize	18	16	11
Ambulante Hospizdienste	15	12	10
Ambulante Palliativpflegedienste	8	5	9
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	8	8	<=5

Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, , n=196.

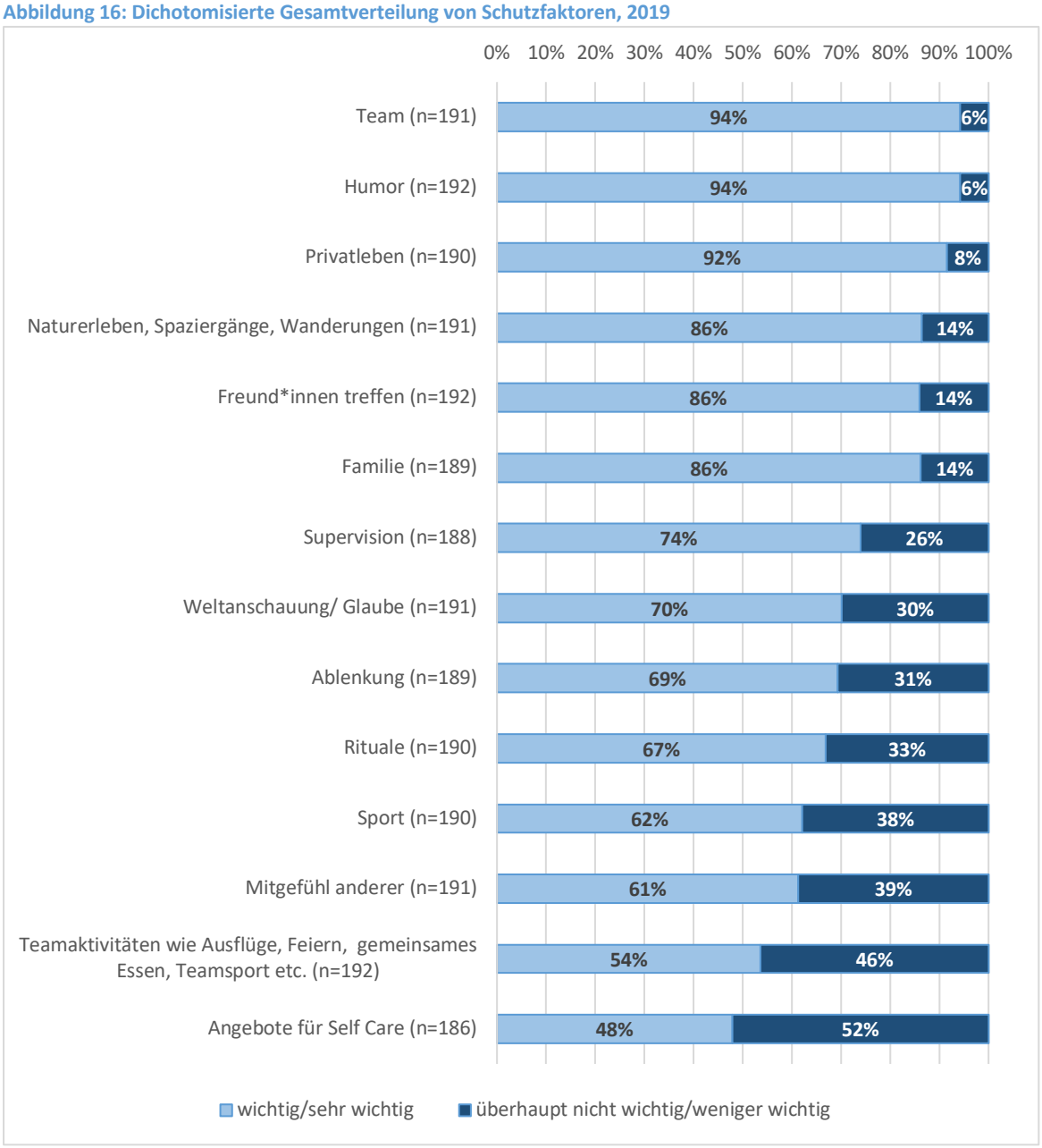
4.3.8. Schutzfaktoren

Unterschiedliche Angebote, um mit Tod umzugehen, wurden mittels einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“ abgefragt. Anhand der Abbildung 16 wird die Wichtigkeit von Schutzfaktoren ersichtlich. Für die befragten Personen aus den unterschiedlichsten Bereichen der hospizlichen und palliativen Versorgung sind neben den wesentlichen Dimensionen das *Team* und der *Humor* (94%) Schutzfaktoren, die die individuelle Privatheit betreffen, (sehr) wichtig. Mit individueller Privatheit sind als sehr wichtige Aspekte *Privatleben* (92%), *Naturerleben* (86%), *Freund*innen treffen* (86%), *Familie* (86%) und *Weltanschauung bzw. Glaube* (70%) vertreten. *Ablenkung* als weitere Dimension wird von 69% aller Befragter ebenfalls als (sehr) wichtig erachtet. Auf der institutionellen Ebene sind *Supervision* (74%) und *Rituale* (67%) für einen Großteil aller Befragten (sehr) wichtige Elemente, um mit dem Tod umzugehen. *Teamaktivitäten* wie Ausflüge, Feiern, gemeinsames Essen, Teamsport und ähnliches ist für insgesamt die Hälfte (sehr) wichtig und für die andere Hälfte wiederum (überhaupt) nicht wichtig. Nah beieinander liegen die Anteile (sehr) stark bei allen Befragten in Bezug auf den Schutzfaktor Teamaktivitäten (54%) und der Wichtigkeit von Angeboten für Selbstsorge (48%) verteilt (siehe Abbildung 16 und im Anhang Tabelle 17 für Detailauswertungen).

Unterschiede im Antwortverhalten sind bei stationären Hospizen bei den Faktoren Supervision, Ritualen und Mitgefühl anderer zu beobachten. Hierbei haben weniger Befragte die Antwortkategorien sehr wichtig oder wichtig angekreuzt. Ebenfalls bedeutsam geringer als der Gesamtanteil bei der Antwort (sehr) wichtig zu Ablenkung und Sport sind die Anteile von Ehrenamtlichen. Bis auf Sport sind nahezu alle angeführten Aspekte zum Umgang mit Tod für Befragte der teilnehmenden ambulanten Pflegeeinrichtungen (sehr) wichtig. Sehr viel öfter stufen sie Rituale, Mitgefühl anderer, Teamaktivitäten und Angebote für Self Care als (sehr) wichtig für sich

selbst ein. Während ein Großteil der Befragten des teilnehmenden Palliativnetzwerks Weltanschauung bzw. Glaube und Teamaktivitäten als keine wichtigen Schutzfaktoren ansehen, sehen viele von ihnen in der Ablenkung einen zentralen Aspekt im Umgang mit Tod (siehe Abbildung 16 und im Anhang Tabelle 17 für Detailauswertungen).

Abbildung 16: Dichotomisierte Gesamtverteilung von Schutzfaktoren, 2019



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

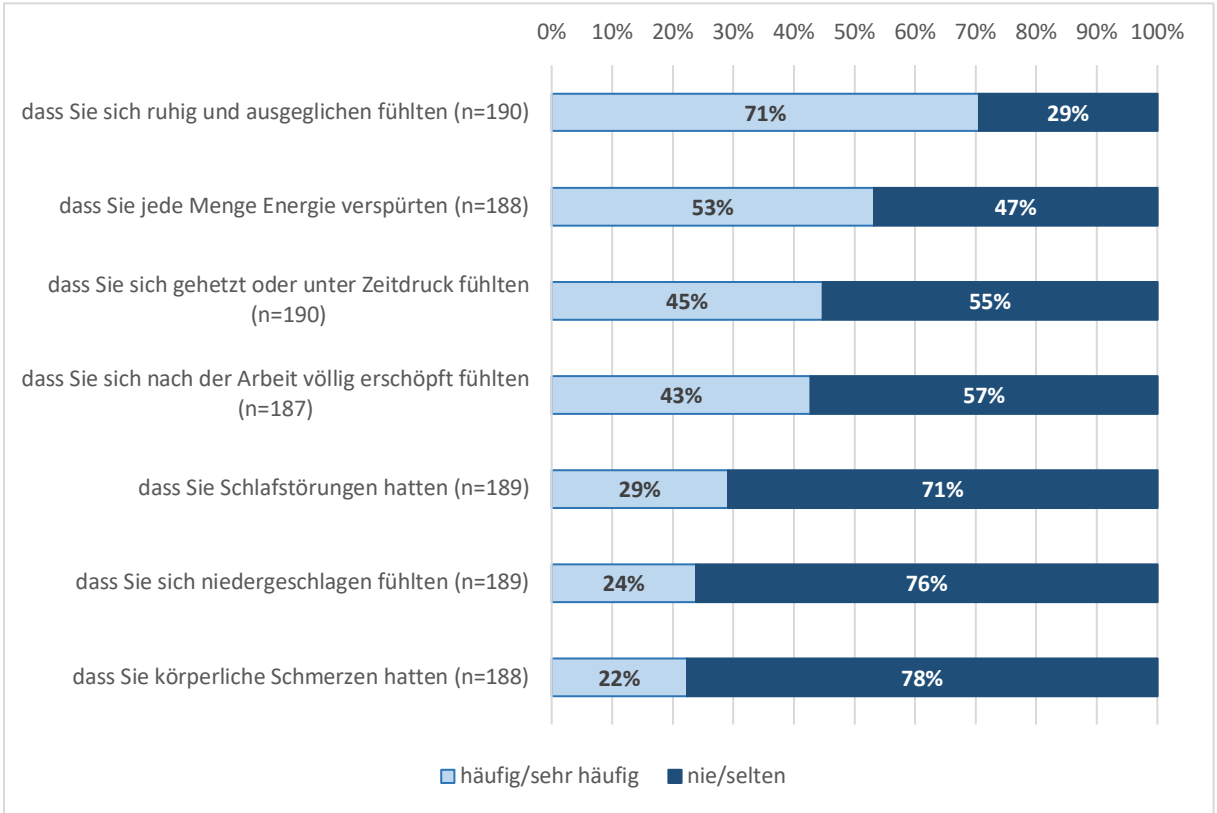
4.3.9. Körperliche und psychische Belastungserscheinungen

Inwiefern folgende *körperliche oder seelische Belastungen in den letzten vier Wochen* aufgetreten sind, wurde mit einer vierstufigen Skala von nie bis sehr häufig ermittelt. Zum Befragungszeitpunkt geben 71% der Befragten an, dass sie sich innerhalb der letzten vier Wochen (sehr) häufig ruhig und

ausgeglichen gefühlt haben. Bei weiteren 29% ist dies selten bis nie der Fall. Rund die Hälfte der Befragten hat in den letzten vier Wochen (sehr) häufig jede Menge Energie verspürt und die andere Hälfte wiederum selten oder nie. Ein abweichendes Antwortverhalten zeichnet sich bei Respondent*innen des Palliativnetzwerks ab, hier verspüren mehr Befragte selten oder nie jede Menge Energie. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten von Palliativnetzwerken fühlt sich (sehr) häufig in den letzten vier Wochen gehetzt oder unter Zeitdruck. Dies ist viel seltener oder nie der Fall bei Befragten aus stationären Hospizen. Hier antwortet einer von vier Befragten sich (sehr) häufig gehetzt oder unter Zeitdruck zu fühlen (siehe Abbildung 17 und im Anhang Tabelle 18 für Detailauswertungen).

Innerhalb der letzten vier Wochen haben sich 43% aller Befragten nach der Arbeit (sehr) erschöpft gefühlt. Dies wurde von weniger befragten Ehrenamtlichen angegeben; einer von fünf fühlt sich (sehr) gehetzt oder unter Zeitdruck. Unabhängig vom Versorgungsangebot kommen bei einem kleinen Anteil der Befragten Schlafstörungen (29%), Niedergeschlagenheit (24%) und körperliche Schmerzen häufig oder sehr häufig vor (siehe Abbildung 17 und im Anhang Tabelle 18 für Detailauswertungen).

Abbildung 17: Dichotomisierte Gesamtverteilung von physischen und psychischen Belastungserscheinungen, 2019

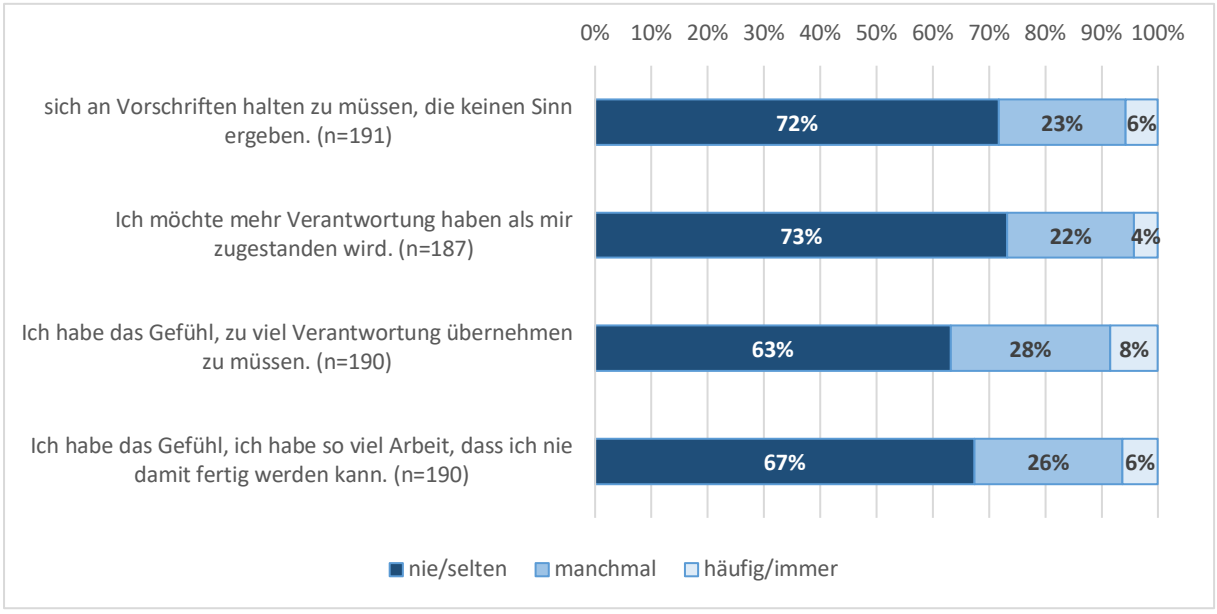


Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

4.3.10. Institutionelle und interpersonelle Belastungsereignisse

Ein Großteil aller Respondent*innen gibt an, *dass die Vorschriften*, an die sie sich halten müssen, *selten bis nie keinen Sinn ergeben* (72%). Für weitere 23% der insgesamt Befragten ergeben diese manchmal und 6% häufig oder immer keinen Sinn. Weder möchte ein Großteil aller Befragten (73%) *mehr Verantwortung,* noch haben sie das Gefühl, *zu viel Verantwortung* zu übernehmen (63%). Hier hätten 22% gerne manchmal und 4% gerne häufig bzw. immer mehr Verantwortung im Arbeitsalltag. Insgesamt haben 66% der Befragten nie oder selten, 22% manchmal und 6% häufig oder immer das Gefühl, ein *hohes Arbeitsvolumen* zu haben, das sie nicht bewältigen könnten. Lediglich Befragte des Palliativnetzwerks weichen bedeutsam vom Gesamtantwortverhalten ab. Bei den vernetzt Zusammenarbeitenden gibt eine/r von fünf an, selten oder nie, zwei bis drei von fünf manchmal und eine/r von fünf häufig oder immer das Gefühl zu haben, dass sie/er mit der Arbeit nicht fertig werden kann (siehe Abbildung 18 und im Anhang Tabelle 19 für Detailauswertungen).

Abbildung 18: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 1)

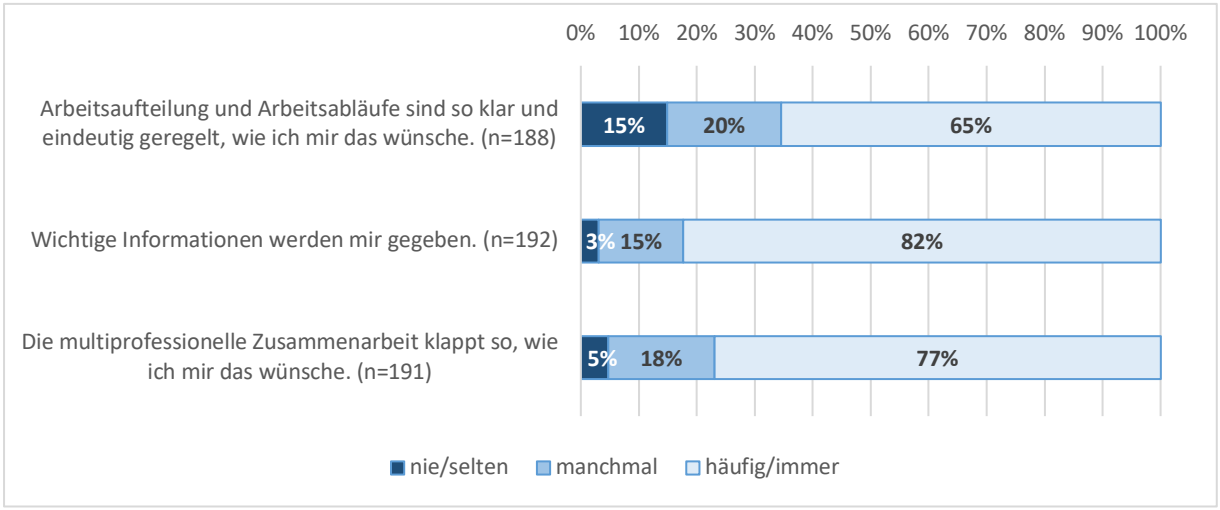


Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Die *Arbeitsaufteilung und –abläufe* sind für 65% aller Befragten zumindest immer oder häufig, für 20% manchmal und 15% selten oder nie sehr klar und eindeutig geregelt. *Wichtige Informationen* werden allen Befragten zufolge bei 82% häufig oder immer, 15% manchmal und 3% selten oder nie weitergegeben. Ein abweichendes Antwortverhalten zeigt sich nur bei Befragten von ambulanten Palliativpflegediensten hinsichtlich der Informationsweiterleitung. Wichtige Informationen werden zwar kaum selten bis nie (1 von 10) weitergegeben, jedoch mehr Personen geben an, nur manchmal (4 von 10) und häufig oder immer (5 von 10) alle Informationen zu erhalten (siehe Abbildung 19 und im Anhang Tabelle 19 für Detailauswertungen).

Die *multiprofessionelle Zusammenarbeit* klappt so, wie es sich die Respondent*innen wünschen, bei 77% häufig oder immer, bei 18% manchmal und 5% selten oder nie. Während alle anderen hospizlichen und palliativen Versorgungsformen keine bedeutsamen Unterschiede zur Gesamtverteilung aufzeigen, weisen die Teilnehmenden von ambulanten Palliativpflegediensten eine abweichende Verteilung auf. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit klappt für einen von zehn Befragten der ambulanten Palliativpflegedienste selten bis nie, vier von zehn Befragten manchmal und fünf von zehn Befragten häufig oder immer (siehe Abbildung 19 und im Anhang Tabelle 19 für Detailauswertungen).

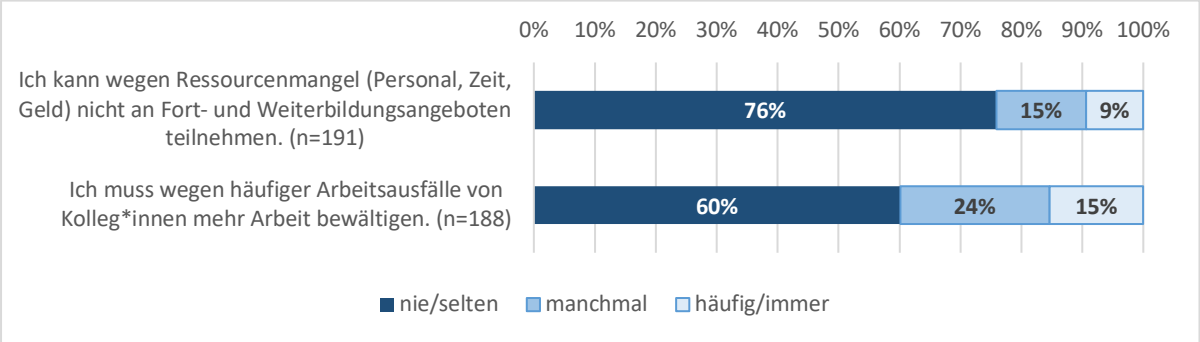
Abbildung 19: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 2)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Insgesamt kann ein Großteil der Befragten *an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen*. Lediglich 9% aller Befragten können wegen Ressourcenmangel häufig oder immer nicht teilnehmen und 15% manchmal. Bei ambulanten Palliativpflegedienste antworten etwas mehr Befragte (1 von 3), dass sie aufgrund von Ressourcenmangel (Personal, Zeit oder Geld) manchmal nicht an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen können. Bei Mitarbeiter*innen von stationären Hospizen ist dies bei nahezu allen selten bis nie der Fall. Es wurde auch gefragt, ob wegen häufiger *Arbeitsausfälle von Kolleg*innen* die Befragten mehr Arbeit bewältigen müssen. Hierauf antworteten 60% aller Befragten, dass sie selten oder nie mehr Arbeit wegen Arbeitsausfällen von Kolleg*innen bewältigen müssen, 25% gaben an manchmal und 15% häufig oder immer. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten von Palliativnetzwerken springen häufig oder immer bei Arbeitsausfällen von Kolleg*innen ein. Ein Drittel der Befragten von Palliativnetzwerken gibt an, dass dies bei ihnen selten oder nie vorkomme. Bei ambulanten Palliativpflegediensten kommt es bei zwei von zehn befragten ambulant tätigen Palliativpflegedienstmitarbeiter*innen nie, fünf von zehn manchmal und 3 von 10 häufig oder immer vor (siehe Abbildung 20 und im Anhang Tabelle 19 für Detailauswertungen).

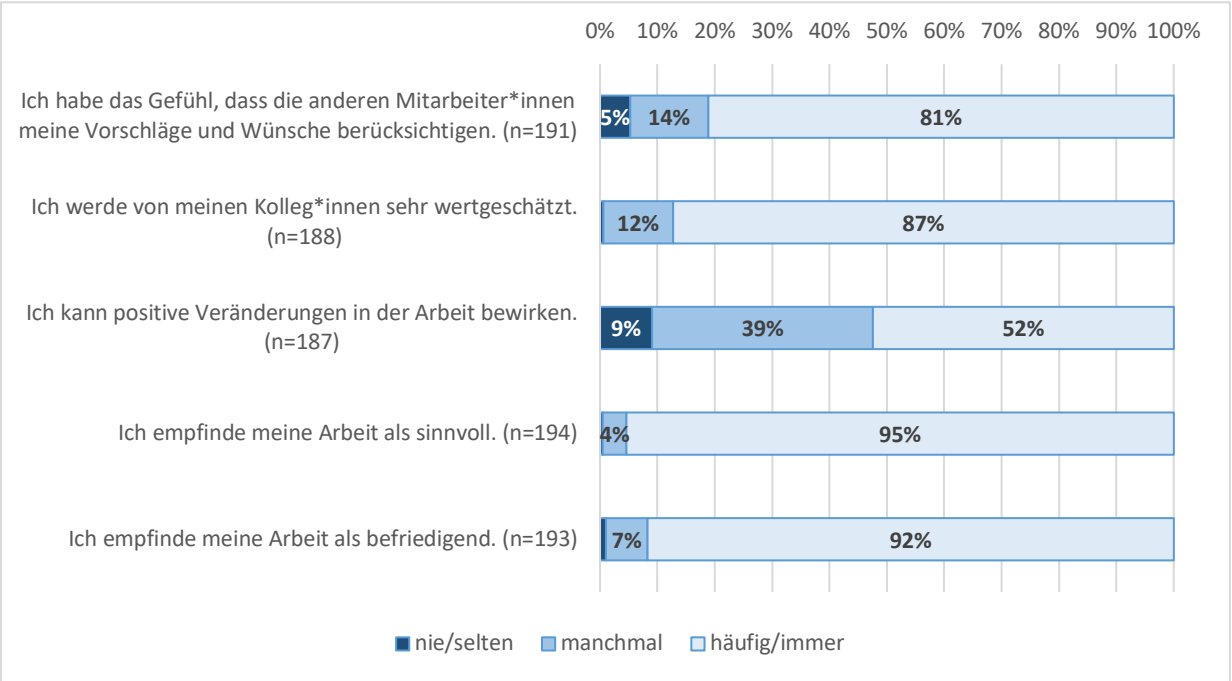
Abbildung 20: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 3)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

Insgesamt haben 81% der Befragten häufig oder immer das Gefühl, dass Ihre *Vorschläge und Wünsche* berücksichtigt werden; weitere 14% geben manchmal und 5% selten oder nie an. Es gibt keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Dienstangeboten. Häufig oder immer *wertgeschätzt seitens der Kolleg*innen* werden, laut Eigenangaben, 87% aller Befragten, 12% manchmal und 1% selten oder nie. Nahezu alle Befragten finden ihre *Arbeit sinnvoll* (95%) *und befriedigend* (92%). Bedeutsam weniger Befragte von ambulanten Palliativpflegediensten kreuzten häufig oder immer an und dafür mehr Personen manchmal. Alle anderen Befragten antworteten auf gleich hohem Niveau, dass sie ihre Arbeit häufig oder immer sinnvoll und befriedend finden (siehe Abbildung 21 und im Anhang Tabelle 19 für Detailauswertungen).

Abbildung 21: Arbeitsbelastungen, 2019 (Teil 4)



Quelle: Eigene Daten, Ateş et al. 2019, Darstellung zusammengefasster Merkmalsausprägungen, n=196.

4.4. Vergleich von ausgewählten Variablen der Jahre 2009 und 2019

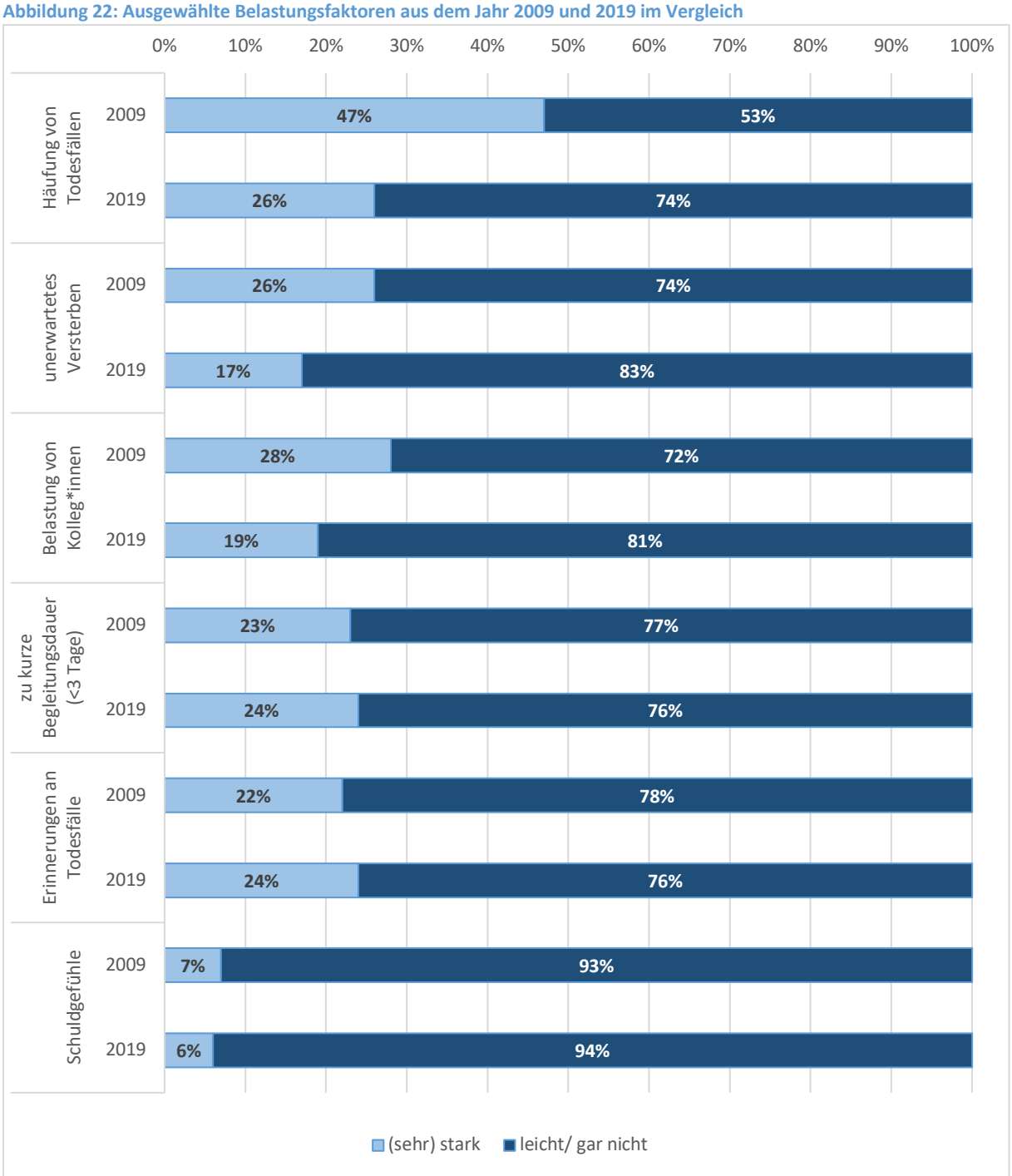
Im Jahr 2019 wurde eine bewusste Anzahl von jeweils zwei hospizlichen und palliativen Versorgungsanbietern pro Art der Einrichtung/des Dienstes gewählt. Um eine Teameinstellung erheben zu können, wurde im Erhebungsverfahren darauf geachtet, dass (mindestens) 75-80% der Mitarbeiter*innen eines Versorgungsanbieters den Fragebogen ausgefüllt zurücksenden. Für das Jahr 2019 wurden als Äquivalent zur Erhebungseinheit im Jahr 2009 die Befragten aus den stationären Hospizen und Palliativstationen selektiert und ausgewertet. Eingeschlossen werden konnten daher jeweils zwei Palliativstationen und zwei stationäre Hospize (n= 88). Die NRW-weite Vorbefragung „Wie viel Tod verträgt ein Team“ (2009) war unter den Mitarbeiter*innen von stationären Hospizen und Palliativstationen durchgeführt worden, die im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007“ gelistet waren (126 Einrichtungen: n=1088, keine festgelegte Rücklaufquote pro Team). Diese beiden unterschiedlichen methodischen Verfahrensweisen haben einen Einfluss auf die Tragweite der Vergleichbarkeit und Interpretation des Antwortverhalts zwischen den beiden Erhebungsjahren 2009 und 2019. Damit die gleichen befragten Gruppen, nämlich Mitarbeiter*innen von stationären Hospizen und Palliativstationen, verglichen werden können wurden die Daten der Befragten aus dem Jahr 2019 dahingehen selektiert. Gerade weil die Ergebnisse auf unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen basieren, sind diese Unterschiede mit Vorsicht zu interpretieren, dienen jedoch als erste Hinweise für einen potentiellen Wandel von Belastungsfaktoren, potentiellen Belastungssymptomen und Schutzfaktoren im Team. Es werden nur jene Fragen ausgearbeitet, die zu beiden Erhebungszeitpunkten gleich oder annähernd gleich abgefragt wurden.

4.4.1 Belastungsfaktoren im Jahr 2009 und 2019 im Vergleich

Im Jahr 2009 gaben 47% der Gesamtbefragten an, dass eine *Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit* sie (sehr) stark belaste. Im Jahr 2019 sind 26% der Befragten von stationären Hospizen und Palliativstationen (sehr) stark von einer *Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit* belastet. Hier ist zwischen den beiden Erhebungsjahren eine große Differenz von 21% Prozentpunkten zu beobachten. Ein unerwartetes Versterben von Patient*innen war im Jahr 2009 für 26% und im Jahr 2019 für 17% zumindest stark belastend. Inwiefern eine *Belastung von Kolleg*innen* sich auf die Befragten auswirkt, wurde 2009 von 28% als (sehr) stark angegeben und 2019 traf dies bei 19% zu. Im Erhebungsabstand von zehn Jahren zeigt sich bei den zuletzt beiden Belastungsfaktoren eine Differenz von 9% Prozentpunkten. Eine *zu kurze Begleitungsdauer* (weniger als drei Tage) ist im Erhebungsjahr 2009 für 23% und im Jahr 2019 für 26% aller Befragten von stationären Hospizen und Palliativstationen (sehr) stark belastend. Beim Belastungsfaktor *„Erinnerungen an Todesfälle im*

eigenen Umfeld" war zu beobachten, dass 22% der Gesamtbefragten im Jahr 2009 und 24% im Jahr 2019 der befragten Mitarbeiter*innen dies als (sehr) stark belastend empfinden. *Schuldgefühle* beeinträchtigten weder im Jahr 2009 noch im Jahr 2019 nur eine Minderheit der Befragten (Auswertung (sehr) stark: 2009 = 7% und 2019 = 6%; siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Ausgewählte Belastungsfaktoren aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich

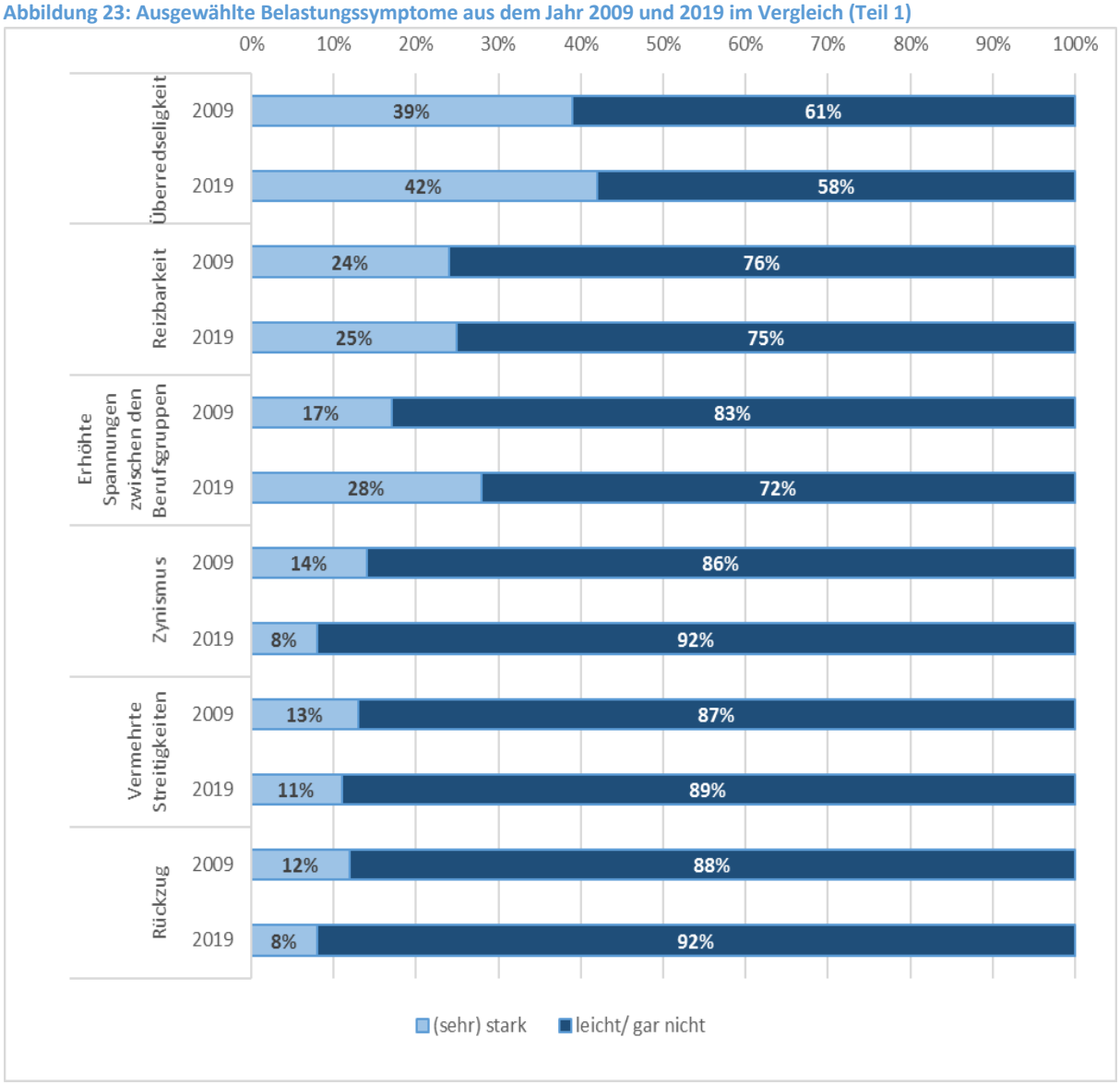


Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung ausgewählter Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 (126 Einrichtungen n=1088) und 2019 (4 Einrichtungen n = 88). Für das Jahr 2019 wurden als Äquivalent zur Erhebungseinheit im Jahr 2009 die Befragten aus dem stationären Hospiz und Palliativstation selektiert und ausgewertet.

4.4.2. Belastungssymptome im Jahr 2009 und 2019 im Vergleich

Im Zehn-Jahres-Vergleich zeigen sich nur marginale Unterschiede bezüglich der Belastungssymptome, die ein Team aufzeigen kann, wenn es durch Tod belastet wird. Stark bis sehr stark belastet fühlen sich die Mitarbeiter*innen von stationären Hospizen und Palliativstationen beider Erhebungsjahrgänge von *Über-Redseligkeit* (2009: 39% und 2019: 42%), gefolgt von *Reizbarkeit* (2009: 24% und 2019: 25%) und *erhöhten Spannungen im Team* (2009: 17% und 2019: 28%). Weitere abgefragte Belastungssymptome sind *Zynismus* (2009: 14% und 2019: 8%), *vermehrte Streitigkeiten* (2009: 13% und 2019: 11%) und *Rückzug* (2009: 12% und 2019: 8%; siehe Abbildung 23).

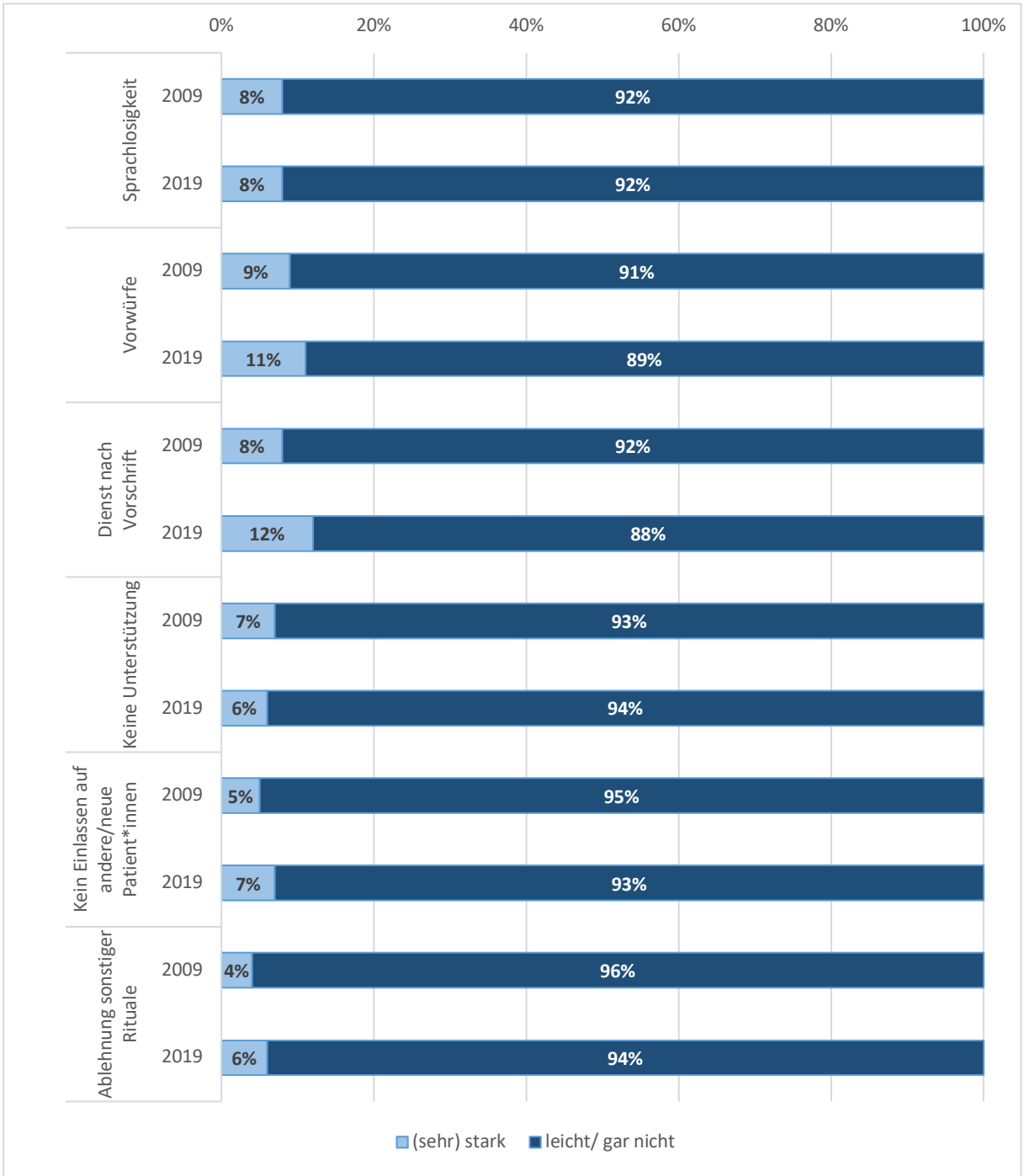
Abbildung 23: Ausgewählte Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich (Teil 1)



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung ausgewählter Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 (126 Einrichtungen n=1088) und 2019 (4 Einrichtungen n = 88). Für das Jahr 2019 wurden als Äquivalent zur Erhebungseinheit im Jahr 2009 die Befragten aus dem stationären Hospiz und Palliativstation selektiert und ausgewertet.

Wie in Abbildung 24 ersichtlich ist, spielen folgende Belastungssymptome im Team kaum eine Rolle im Umgang mit Belastungen durch Tod.

Abbildung 24: Ausgewählte Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 und 2019 im Vergleich (Teil 2)



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung ausgewählter Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 (126 Einrichtungen n=1088) und 2019 (4 Einrichtungen n = 88). Für das Jahr 2019 wurden als Äquivalent zur Erhebungseinheit im Jahr 2009 die Befragten aus dem stationären Hospiz und Palliativstation selektiert und ausgewertet.

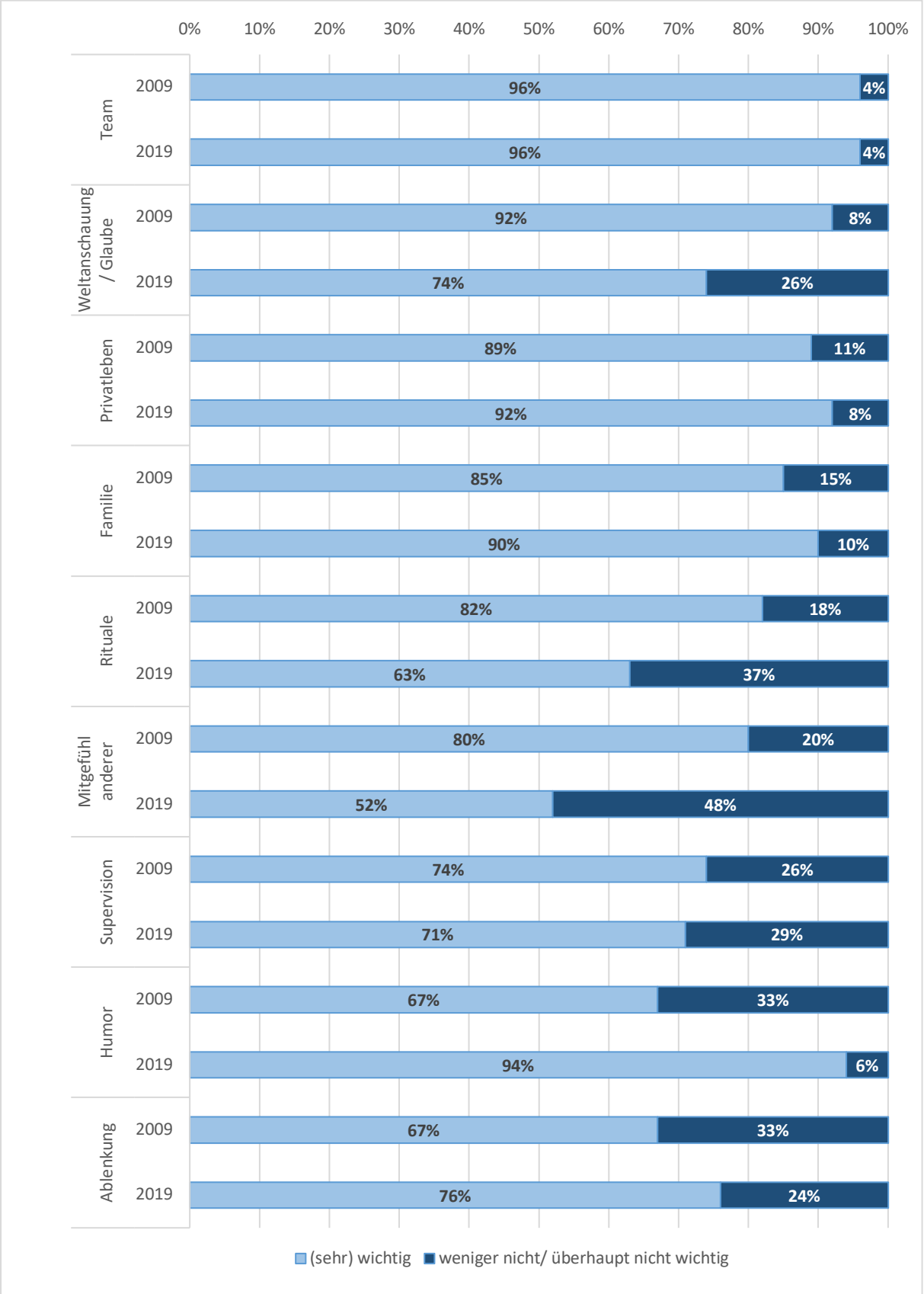
4.4.3. Schutzfaktoren im Jahr 2009 und 2019 im Vergleich

Als nächstes wird der Unterschied zwischen den Jahren 2009 und 2019 in der Wichtigkeit von ausgewählten Schutzfaktoren besprochen. Aus Abbildung 25 ist ersichtlich, dass eine große Stütze im Umgang mit dem Tod das *Team* (jeweils 96%), *Humor* (2009: 92% und 2019: 94%) das *Privatleben* (2009: 89% und 2019: 92%) und die *Familie* (2009: 85% und 2019: 90%) sind. Die dichotomisiert betrachteten Verteilungen sind zu beiden Erhebungszeitpunkten nahezu konstant geblieben. *Supervision* ist sowohl über die Zeit als auch in seinen Anteilen zwischen den Jahren nahezu identisch (2009: 74% und 2019: 71%).

Nahezu für alle Befragten im Jahr 2009 war *Glaube* ein (sehr) wichtiges Element (92%), um mit dem Tod besser umgehen zu können. Dies traf im Jahr 2019 auf 74% der Befragten von stationären Hospizen und Palliativstationen zu. Ein weiterer großer Unterschied im Antwortverhalten ist beim Faktor *Rituale*, welcher im Jahr 2009 für 82% aller Befragten sehr wichtig war, ersichtlich. Im Jahr 2019 trifft dies zwar weiterhin für eine Mehrheit der Befragten (63%) zu, aber wurde bei weitem nicht so oft als (sehr) wichtig eingestuft wie im Jahr 2009. *Mitgefühl anderer* als Schutzfaktor wurde in seiner hohen Wichtigkeit von 80% aller Befragten im Jahr 2009 gekennzeichnet und ist im Jahr 2019 nur mehr für die Hälfte der Respondent*innen eine (sehr) wichtige Hilfe im Umgang mit dem Tod. Die Mehrheit der befragten Personen aus den stationären Hospizen und Palliativstationen finden sowohl im Jahr 2009 (67%) als auch im Jahr 2019 (76%) es sehr wichtig sich *abzulenken*.

Somit sind große Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten insbesondere bei den Schutzfaktoren *Glauben* (Differenz von 18 Prozentpunkte), *Rituale* (Differenz von 19 Prozentpunkte), und *Mitgefühl anderer* (Differenz von 28 Prozentpunkte) zu beobachten. Diese wurden im Jahr 2019 seltener als (sehr) wichtig im Umgang mit dem Tod angekreuzt (siehe Abbildung 25).

Abbildung 25: Ein Vergleich von ausgewählten Schutzfaktoren aus dem Jahr 2009 und 2019



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung ausgewählter Belastungssymptome aus dem Jahr 2009 (126 Einrichtungen n=1088) und 2019 (4 Einrichtungen n = 88). Für das Jahr 2019 wurden als Äquivalent zur Erhebungseinheit im Jahr 2009 die Befragten aus dem stationären Hospiz und Palliativstation selektiert und ausgewertet.

4.4.4. Durchschnittliche kritische Anzahl von Sterbefällen im 2009 und 2019 im Vergleich

Nach Einschätzung der Mitarbeiter*innen von Palliativstationen und stationären Hospizen war im Jahr 2009 der durchschnittliche kritische Wert von Todesfällen pro Woche (d.h. ohne dass dies zu einer Überbelastung führe) vier und im Jahr 2019 drei. Im Jahr 2019 überstiegen diese Einschätzungen in den teilnehmenden Teams nicht die von den Leitungspersonen angegebenen Durchschnittswerte der tatsächlichen Sterbefälle; in 2009 waren diese nicht erhoben worden.

5. Zusammenfassung

In der Pilotstudie wurde eine Teamaussage angestrebt und daher ein Verfahren ausgewählt, das ein Team bereits aufgrund der vorgegebenen hohen Rücklaufquote pro Dienst/Einrichtung abbildet. Um bei dieser Stichprobe die Anonymität zu wahren, wurde allerdings nicht nach einzelnen Teams ausgewertet, sondern nach Versorgungsformen. Für das Treffen belastbarer Aussagen bedürfte es einer Stichprobengröße mit mehr als zwei Teams pro Versorgungsangebot. Daher geben die Ergebnisse aus der hier vorliegenden Stichprobe lediglich erste Hinweise zur Formulierung von Annahmen.

Die Studie konnte aufzeigen, dass institutionelle sowie organisationale Faktoren (Zeit- und Personalmangel, hoher Dokumentationsaufwand), Kommunikationsschwierigkeiten, widersprüchliche Behandlungspläne bzw. Therapieziele sowie nicht gelungene Symptomkontrolle für nahezu die Hälfte der Befragten ein (sehr) starker Belastungsfaktor ist. Ein Mangel an Zeit taucht in unterschiedlichen Kontexten auf und wirkt einer gelingenden hospizlichen und palliativen Begleitung und Arbeitsweise entgegen.

Auch intra- und interpersonelle Faktoren wie Anspruch, Analogien, (fehlende) soziale Einbettung oder schwierige Beziehungen werden von einem Drittel als (sehr) belastend bewertet. Zerrissenheit/kein Zusammenhalt in der Familie sowie soziale Isolation ist dabei im Arbeitsalltag im ambulanten Bereich eine signifikant höhere Belastung als im stationären.

Statistisch signifikante gruppenspezifische Unterschiede zwischen haupt- und ehrenamtlich Tätigen sind bei den Belastungsfaktoren zu hohe Patient*innenanzahl; Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit; keine Zeit, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können; hoher Dokumentationsaufwand; widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz; zu hohe Ansprüche an meine Begleitung und Kommunikationsschwierigkeiten vorhanden. Bei all diesen

Belastungsfaktoren gaben mehr befragte Ehrenamtliche an, gar nicht oder leicht davon belastet zu sein (siehe Abbildung 27 im Anhang).

Wenn in Teams aufgrund der Anzahl von Todesfällen Belastungen in Erscheinung treten, dann sind es Reaktionen wie erhöhte Spannungen im Team, Reizbarkeit und Über-Redseligkeit, die als Teamsymptome wahrgenommen werden. Im Vergleich zu den befragten Hauptamtlichen gaben bedeutsam mehr befragte Ehrenamtliche an, kaum oder gar keine *Reizbarkeit* und *vermehrte Streitigkeiten* im Team als Reaktion auf Todesfälle zu beobachten.

Auf der subjektiven Belastungsebene sind es Abgehetztsein, Erschöpfung und Schlafstörungen, die bei vielen Befragten (sehr) häufig auftreten.

Im Vergleich zu hauptamtlich Tätigen sehen signifikant weniger befragte Ehrenamtliche in der Familie, Privatleben, Freund*innen treffen, Sport, Ablenkung und Humor eine (sehr) wichtige Ressource im Umgang mit dem Tod. Auch gaben im Unterschied zu hauptamtlich Tätigen weniger befragte Ehrenamtliche an, in den letzten vier Wochen nach der Arbeit erschöpft gewesen zu sein (siehe Abbildung 27 im Anhang).

Als Schutzfaktoren, die den Einzelnen auch in Zeiten von häufigen Todesfällen in seiner Arbeit stärken, werden in der Gesamtauswertung aller Teilnehmer*innen das Team, Humor und einzelne Bereiche des Privatlebens genannt. Gleichzeitig zeichnet sich positiv ab, dass Dienst nach Vorschrift bei keiner Versorgungsform als Reaktion auf häufige Todesfälle zu beobachten ist.

Unabhängig von der Versorgungsform ist jedoch in der Gesamtverteilung ein hoher Dokumentationsaufwand für rund die Hälfte der Befragten belastend.

Die neuen Fragen decken auf, dass die multiprofessionelle Arbeit gut funktioniert und Arbeitsaufteilung und -abläufe den eigenen Wünschen entsprechen. Mitarbeiter*innen fühlen sich im Team wertgeschätzt und haben das Gefühl, etwas bewirken zu können.

Nahezu alle Befragten empfinden ihre Arbeit als sinnvoll und befriedigend. Ein Großteil ist zuversichtlich, dass ihr Team mehrere Jahre bestehen bleibt.

Insgesamt betrachtet haben sich für zwei Fünftel die Arbeitsbedingungen seit Aufnahme der Tätigkeit in der gegenwärtigen Verortung (sehr) verbessert. Hierzu zählen einerseits Fort- und Weiterbildungsangebote als auch eine hospizliche und palliative Informiertheit bzw. das Wissen darum. In Bezug auf die Patient*innen- und Zugehörigen-Ebene berichteten einige Befragte explizit die bessere Aufklärung von und Kommunikation mit Patient*innen und Zugehörigen als positive Entwicklung innerhalb der Versorgungslandschaft.

Eine zu hohe Patient*innenzahl stellt für nahezu die Hälfte der Befragten kaum bis keine Belastung dar.

Nach Versorgungsangebot betrachtet, war dies für Mitarbeiter*innen von Palliativstationen, SAPV-Teams und Befragte vom Palliativnetzwerk (sehr) stark belastend. Inwiefern dies mit der Größe des Teams oder bei den ambulanten Diensten mit Fahrtzeiten zu Patient*innen zusammenhängen kann, müsste näher untersucht werden. Zwar sind bei stationären Einrichtungen die Aufnahmekapazitäten durch die Anzahl der Betten begrenzt, jedoch ist nach der klinischen Erfahrung eine hohe Zahl von Patient*innen damit verbunden, dass viele Patient*innen nach kurzer Behandlungsdauer versterben und die Betten deshalb rasch nachbelegt worden sind. Bei ambulanten Diensten hingegen (SAPV und Palliativnetzwerk) kann eher davon ausgegangen werden, dass dort auch steigende Zahlen von gleichzeitig zu Versorgenden in einem Zeitraum X bei konstant bleibender Größe des Teams belastend sind. Inwiefern dies auch mit der Entstehung des Dienstes (Kontextualisierung der Entstehungsgeschichte) und einer damit verbundenen Haltung im jeweiligen Berufssetting (Ethos) zusammenhängt, wäre ebenfalls ein weiterer Ansatz, der untersucht, aber hier nicht geleistet werden kann. Auffällig ist hier, dass das Antwortverhalten der Befragten der zwei teilnehmenden ambulanten Palliativpflegedienste anders ausfiel (geringere Belastung).

Ein weiterer Aspekt, der die Finanzierung betrifft, zeigte sich bei den SAPV-Teams. Hier gaben einige Befragte eine zu geringe Anzahl an Patient*innen als (sehr) stark belastend an. Es ist davon auszugehen, dass diese in der Regel jungen und kleinen Teams weiterhin noch Zeit zum Formieren brauchen. Es könnte die Sorge bestehen, dass bei geringeren Einnahmen der Dienste Entlassungen drohen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass aufgrund der flachen Hierarchien in Teamgesprächen prekäre Finanzierungssituationen transparenter und schneller thematisiert werden und auf der rechtlichen Ebene viele unbezahlte Tätigkeiten weiterhin im Ausverhandlungsprozess mit den Kostenträgern stehen.

Die Ablehnung von Therapien bei guter Prognose belastet einen bedeutsamen Anteil der Mitarbeiter*innen von Palliativstationen und von ambulanten Palliativpflegediensten (sehr) stark. Auch wenn (siehe oben) eine bessere Aufklärung von und Kommunikation mit Patient*innen und Zugehörigen als positive Entwicklung beschrieben worden war, scheint trotz Respekts vor der Patient*innenautonomie eine solche Ablehnung für diese Teams insgesamt schwer auszuhalten zu sein. Überdurchschnittlich häufig haben Mitarbeiter*innen der ambulanten Palliativpflegedienste auch widersprüchliche Behandlungspläne und Beginn oder eine Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose im Versorgungsnetz als Belastungsfaktor angekreuzt.

Eine nicht gelungene Symptombehandlung belastet insbesondere Mitarbeiter*innen von SAPV-Teams (sehr) stark. Bei den ambulanten Palliativpflegediensten werden von mehr Personen

Spannungen bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, das Auffangen von Arbeitsausfällen sowie Personalmangel hervorgehoben.

Bei den befragten Mitarbeiter*innen von SAPV-Teams fällt auf, dass Rückzug, vermehrte Streitigkeiten im Team und Reizbarkeit als Symptome im Team beobachtet werden. In diesen Teams zeigt sich, ebenso wie bei den Ehrenamtlichen in den ambulanten Hospizdiensten, dass Ähnlichkeiten zu einem selbst und zu nahestehenden Personen (sehr) stark belasten.

Signifikante Unterschiede zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen waren in einigen Bereichen zu erwarten, die die institutionellen Bedingungen betreffen. Interessant ist, dass in vielen Bereichen der inter- und intrapersonellen Belastungsfaktoren keine Unterschiede zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen zu beobachten ist. Die berichteten Unterschiede erklären sich durch die unterschiedlichen Tätigkeitsprofile. So wird zum Beispiel von den Ehrenamtlichen eine viel geringere Anzahl von Todesfällen als belastend angegeben. Sie haben weniger Kontakte zu Sterbenden als die hauptamtlichen Mitarbeiter*innen und eine längere Bindung. Auch gaben die Ehrenamtlichen weniger Belastung durch Dokumentation an, da in ihrem Tätigkeitsprofil Dokumentation kaum eine Rolle spielt. Insgesamt werden Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld und Begleitungen von Patient*innen mit Ähnlichkeiten zu einem selbst oder nahestehenden Personen bei vielen Befragten als (sehr) belastend empfunden.

6. Ausblick

Martina Kern

Insgesamt zeigt sich, dass Mitarbeiter*innen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung eine hohe Arbeitszufriedenheit haben und die Teams den Eindruck haben, diese Arbeit noch lange Zeit weiter ausführen zu können. Gleichzeitig lassen sich Belastungsfaktoren identifizieren, die kontinuierlich in den Blick genommen werden sollten.

Konzepte zur Rekrutierung neuer und junger Mitarbeiter

Auch wenn die Attraktivität des Arbeitsfeldes insgesamt hoch ist, ist erkennbar, dass das Durchschnittsalter der Teammitarbeiter hoch ist und wenig junge Mitarbeiter*innen im Feld arbeiten. Personalknappheit stellt einen hohen Belastungsfaktor dar. Jedoch sind freiwerdende Stellen bei der aktuellen allgemeinen Personalknappheit im Gesundheitswesen nur schwer mit qualifizierten neuen Mitarbeiter*innen zu füllen. Hier werden Konzepte benötigt, insbesondere junge

Mitarbeiter*innen im Haupt – und Ehrenamt zu rekrutieren und die Attraktivität für das Berufs- und Wirkungsfeld sichtbar zu machen.

Veränderte Anforderungen integrieren, Anpassung von Personalschlüsseln

Hospizarbeit und Palliativversorgung sind durch zunehmende Komplexität gekennzeichnet. Es entstehen mehr Angebote, neue Zielgruppen werden integriert, die Arbeit an den Schnittstellen wird bedeutsamer. Die Pilotstudie zeigt, dass nicht gelingende Kommunikation, mangelnde Absprachen und unabgestimmte Prozesse, verbunden mit Zeitmangel einen hohen Belastungsfaktor darstellen. Hier sind sowohl mehr Zeitressourcen für Koordinierungs- und Besprechungsarbeit an den Schnittstellen erforderlich, aber auch ein Selbstverständnis, dass dies zunehmend Teil der Begleitungsaufgabe ist. Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Koordinationsleistungen sollten deshalb unbedingt in den Vertragsstrukturen und Rahmenempfehlungen und mit einer angemessenen Leistungsvergütung aufgenommen werden. Dazu sollten Personalschlüssel überprüft und ggf. angepasst werden. Insbesondere ambulante Palliativpflegedienste sollten hier intensiv in den Blick genommen werden, vor allem dann, wenn die Palliativpflege nicht die ausschließliche Aufgabe des Dienstes ist. Mitarbeitende in der Palliativpflege haben es möglicherweise schwer, eine Balance zwischen Teamzugehörigkeit und Abgrenzung zu finden (inhaltlich zu anderen Hospiz- und Palliativversorgern, formal in Bezug auf das eigene Team der Organisation, in dem andere inhaltliche Schwerpunkte und Zeitressourcen vorherrschen). Das erschwert die Teamzugehörigkeit.

Dokumentation erleichtern

Im Zusammenhang mit Zeitmangel wird ein hoher Dokumentationsaufwand als Belastung erlebt. Eine Erleichterung der Dokumentation z.B. durch Dokumentationsassistenten könnte hier eine Erleichterung darstellen.

Angehörigenbegleitung weiterentwickeln

Die hohe Belastung, die im Rahmen der Angehörigenbegleitung insbesondere im ambulanten Bereich erlebt wird, deutet auf eine Überforderung begleiteter Familien hin. Dies erfordert die Erarbeitung passgenauer Interventionen, um die Belastung der Angehörigen zu reduzieren, wie auch Ergebnisse aus anderen Untersuchungen zeigen (z.B. der Einsatz des Assessmenttools KOMMA, Kommunikation mit Angehörigen (Kreyer und Pleschberger).

Unterschiedliche Copingstrategien der Mitarbeiter*innen erkennen und fördern

Die Pilotstudie zeigt, dass Mitarbeiter*innen unterschiedliche Copingstrategien im Umgang mit Belastungen haben. So beschreiben nahezu alle Mitarbeitenden, dass das Team selbst der stärkste

Schutzfaktor ist, allerdings wünscht sich nur die Hälfte gemeinsame Teamaktivitäten (zusätzlich zur täglichen Arbeit) zur Entlastung. Hier ist es einerseits wichtig, ein breiter gestreutes Angebot für das Team zur Aneignung von Copingstrategien anzubieten. Nur wenige Angebote werden für alle Mitarbeitenden hilfreich sein. Neben gemeinsamen Aktivitäten außerhalb der Arbeitszeit sollten niedrigschwellige und informelle Angebote als Teil der regulären Arbeitstätigkeit angeboten werden (zum Beispiel Gedenkstunden an die Verstorbenen nach der Mittagsbesprechung, oder Workshops für Mitarbeitende zu Achtsamkeit oder andere Formen der Burn-out Prophylaxe). Dies kann in Form von festen Ritualen erfolgen, wenn auch der Stellenwert von Ritualen in 2019 gegenüber 2009 etwas geringer bewertet wurde. Ablehnung von zusätzlichen Aktivitäten im Team dürfen nicht vorschnell als Rückzug, mangelndes Teaminteresse oder Interesse an der Arbeit gewertet werden. Hier bedarf es der Akzeptanz und Toleranz, dass für einen Teil der Mitarbeiter*innen ein Ausgleich im Privaten und somit außerhalb ihrer Arbeitsstätte eine stärkere Ressource im Umgang mit dem Tod darstellt. Das Verständnis für die unterschiedlichen Bedürfnisse an Copingstrategien sollte im Team vermittelt werden, damit alle Mitarbeitenden im Team geschützt und das gesamte Team gestärkt werden kann, zumal auch ein Drittel der Befragten angegeben hat, Familienmitglieder zu haben, die im Alltag auf sie angewiesen sind, und bei vielen im Dienst Überstunden anfallen. Gleichzeitig ist in den Blick zu nehmen, dass Kommunikationseinschränkung und Rückzug Lösungsversuche sein können, mit Arbeitsverdichtung umzugehen. Andererseits können einige der geschilderten physischen und psychischen Belastungszeichen wie Erschöpfung nach der Arbeit, Schlafstörungen oder körperliche Schmerzen nach der Arbeit auch Zeichen der schon bestehenden Überbelastung (Burn-out-Gefahr) darstellen. Leitungspersonen sollten hierauf besonders achten.

Selbstwirksamkeit der Teams stärken

In der Pilotstudie zeigt sich unverändert gegenüber 2009, dass das Team eine sehr wichtige Ressource für nahezu alle Befragten bleibt. Diese sollten mittels Teambildungsprozessen gestärkt und gefördert werden. Diese Arbeit wird oft vernachlässigt, insbesondere wenn Arbeitsverdichtung, Personalengpässe und Komplexität steigen. In der Bewertung der Arbeit wird dann der Kontakt zum schwerkranken Menschen wichtiger eingeschätzt, als in Teambildungsprozesse zu investieren. Das Team ist und bleibt aber ein wesentlicher Schutzfaktor – und das Fürsorgekonzept in der Hospiz- und Palliativversorgung gilt auch für den Umgang mit den Mitarbeiter*innen.

Teamarbeit darf deshalb nicht vernachlässigt oder unterschätzt werden. Teambildungsprozesse sollten als Teil der Arbeitstätigkeit bewertet und organisiert werden, damit sie nicht als zusätzliche Belastung empfunden und dann möglicherweise sogar blockiert werden. In der Teamentwicklung sollte ein Schwerpunkt auf die Balance zwischen Aushalten (äußere Rahmenbedingungen, die vom

Team nicht beeinflusst werden können) und Gestalten (Einflussbereich der Teammitglieder, in dem Veränderungen möglich sind) gelegt werden.

Dazu gehört unter anderem:

- zu wissen, auf welcher Ebene die Verantwortung für strukturelle/organisationale Mängel zu suchen sind und bearbeitet werden (z.B. im Team in der Institution, bei Fachverbänden, auf Landesebene). Die Bearbeitung dieser Mängel sollte strukturiert angegangen werden, inklusive Vereinbarung konkreter Schritte zur Behebung und regelmäßiger Überprüfung der Wirksamkeit der Implementierung.
- zu erkennen, welche Ursachen für Belastungen organisational (z.B. unbesetzte Stellen, Kommunikationsschwierigkeiten im Netzwerk, Dokumentationsüberfrachtung) bearbeitet werden können, welche in der Dynamik des Teams selbst begründet sind (z.B. Über-Redseligkeit, Reizbarkeit) oder welche, etwa aufgrund des sozialen Wandelns (z.B. Zerrissenheit von Familien, soziale Isolation von Patient*innen) zwar außerhalb des Verantwortungsbereichs von Teams liegen, aber besondere Herausforderungen an Begleitungen stellen. Dies kann zum Beispiel in strukturierten Teambesprechungen (z.B. in der Übergabe oder zur Teamentwicklung als regelmäßige Klausurtage) erörtert werden.
- zu erkennen, wo Restriktionen/Unabänderlichkeiten liegen, mit denen das Team einen Umgang finden muss. Dies kann bestimmte Zeiträume betreffen oder auch dauerhaft eine Herausforderung sein. Leitungspersonen sollten dies klar kommunizieren.
- zu berücksichtigen, dass die Wertschätzung individueller Unterschiede (Kompetenzen, Stärken, Schwächen, Wichtigkeit der Nutzung von Angeboten für Teamaktivitäten oder Teilnahme an Ritualen) einer Dysfunktion des Teams entgegenwirkt und Diversität als Vielfalt gesehen, ebenfalls eine Ressource bedeuten kann. Dabei sollten vermehrt regelmäßige während der Arbeitszeit stattfindende vertrauensaufbauende Interventionsmaßnahmen zur Stärkung von Teams in den Blick genommen und gepflegt werden (außerhalb von Supervision und Ritualen). Mögliche hilfreiche Maßnahmen sind hier z.B. Angebote im Teamalltag wie Stressbewältigung durch hier Achtsamkeit MBSR oder Achtsamkeit und Mitgefühl am Arbeitsplatz (Orellana und Schmidt; Orellana-Rios et al).
- zu vermitteln, inwiefern neben der direkten Arbeit mit Patient*innen und/oder Zugehörigen auch administrative/dokumentierende Tätigkeiten unverzichtbar und sinnhaft sind (für (Re-)Finanzierung, Erfassung des Geleisteten, Evaluierung von Be- und Überlastung, etc.). Hier sind sowohl Leitungspersonen als auch in den Einrichtungen/

Diensten Forschende gefordert, durch Rückspiegelung des Werts der Dokumentationsarbeit zum Verständnis von Sinnhaftigkeit beizutragen.

Bildungsangebote implementieren

Die stärkere Betonung von Teamarbeit, Selbstsorge und Copingstrategien ist bereits seit März 2020 durch eine Erweiterung des Unterrichtsumfangs in die relevanten Curricula der Hospizarbeit und Palliativversorgung eingegangen (Kern et al; Kern, Müller und Aurnhammer). Dies gilt es jetzt in den Palliative Care Kursen umzusetzen.

Im Rahmen der kontinuierlichen beruflichen Weiterentwicklung sollten darüber hinaus auch spezifische Kurse zu Selbstsorge, Copingstrategien und Teamarbeit angeboten werden.

Weiterhin sollten regelmäßige Bildungsangebote zu Teamentwicklungsprozessen für Leitungspersonen in der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt und implementiert werden.

Ausweitung der Pilotstudie auf weitere Dienste und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie andere Dienste im Gesundheitswesen

Die Ergebnisse der Pilotstudie, das hohe Interesse der Teilnehmenden sowie weiterer interessierter Dienste zeigen die Relevanz, Belastungs- und Schutzfaktoren in der Hospizarbeit und Palliativversorgung kontinuierlich in den Blick zu nehmen und die Fragen an die sich ändernden Bedingungen anzupassen. So ist ein aktueller Fragebogen entstanden, der nun in einem größeren Rahmen den Teams der Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung gestellt werden kann. Darüber hinaus könnte ein Vergleich mit anderen Diensten, die schwerkranke Menschen begleiten, z.B. in der Onkologie, als Vergleichsgruppe untersucht werden.

Danksagung

Wir danken den teilnehmenden Expert*innen und Teams/Diensten für ihr Engagement und ihre Unterstützung dieser Untersuchung.

7. Anhang

7.1. Anhang 1: Agenda Expert*innenrunde 21. Januar 2019

Meeting Expert*innenrunde
21. Januar 2019, 11:00 bis 15:00 Uhr,
ALPHA Rheinland

11:00 – 11:20 Uhr	Begrüßung und Vorstellungsrunde Moderation: Martina Kern
11:20 – 11:30 Uhr	Vorstellung Projekt und Tagesordnung Moderation: Dr. Gülay Ates & Dr. Birgit Jaspers
11:30 – 12:00 Uhr	Haltung in der Palliativversorgung Interaktive Begriffsannäherung
12:00 – 12:45 Uhr	Gibt es einen Einfluss des Wandels in der Palliativversorgung auf die Haltung in den Teams? Diskussion
12:45 – 13:15 Uhr	Pause/Imbiss
13:15 – 14:00 Uhr	Arbeitsgruppen Gruppe 1: Was stärkt die Mitarbeiter*innen/Teams in der Palliativversorgung? Gruppe 2: Was führt zu Belastungen der Mitarbeiter*innen/Teams in der Palliativversorgung?
14:00 – 14:30 Uhr	Auswertung im Plenum
14:30 – 14:50 Uhr	Ergebnisse der Expert*innenrunde im Vergleich zur Studie 2009
14:50 – 15:00 Uhr	Abschluss Moderation: Martina Kern, Dr. Gülay Ates & Dr. Birgit Jaspers

7.2. Anhang 2: Einverständniserklärung Expert*innenrunde ALPHA 21. Januar 2019

Diskussionen und gemeinsame Auswertungen der Expert*innenrunde werden digital aufgezeichnet und in Exzerpten transkribiert. Dabei werden eventuelle Namensnennungen der Teilnehmer*innen und ggf. von nicht anwesenden Personen oder von Diensten/Einrichtungen anonymisiert. Die digitalen Aufzeichnungen werden nach der Verschriftlichung sofort vernichtet, die Exzerpte 10 Jahre in einem zugriffsgeschützten Datentresor aufbewahrt.

Die anonymisierten Exzerpte werden verwendet, um das Umfrageinstrument für die Pilotstudie 2019 gemäß der im Antrag formulierten Ziele anzupassen.

Nur mit dem Forschungsprojekt betraute Personen erhalten Zugriff auf die Unterlagen und sind an die im Rahmen von Forschungsprojekten übliche Schweigepflicht gebunden.

In einer anonymisierten Zusammenfassung werden die Ergebnisse der Expert*innenrunde in einem Forschungsbericht, der als PDF auf der Website von ALPHA zum Download zur Verfügung gestellt wird, dargestellt sowie in eine geplante wissenschaftliche Veröffentlichung einfließen.

Ich habe die Angaben zur digitalen Aufnahme, Transkription und Veröffentlichung verstanden und bin damit einverstanden.

Bonn, den 21. Januar 2019 ……..

Unterschrift

7.3. Anhang 3: Haltung, interaktive Begriffsannäherung, Expert*innentreffen 21. Januar 2019 ALPHA

Haltung

Achtsamkeit auch sich selbst gegenüber	Schwäche
Anfängergeist	Schwäche zulassen
Angst	Sich zurücknehmen
Aufmerksamkeit	Sicherheit geben
Ausgleich	Sinn
Aushalten können	Sorgekultur
Begegnung	Spaß bei der Arbeit
Bereitschaft zum Lernen	Spaß haben
Beziehung	Spiritualität
Echtheit und Wahrheit	Stark sein
Ehrlichkeit	Stärke
Einsatzbereitschaft	Stille haben dürfen und aushalten können
Fähigkeit zur Reflexion	Supervision
Familie	Teamarbeit
flache Hierarchie	Teamführung
Flexibilität	Trösten
Freud und Leid teilen	Überforderung
Für Sicherheit sorgen	Übersetzen von verschiedenen Sprachen im Team
Geduld	Unsicherheit
Gelassenheit	Unterschiedliche Nationalitäten
Gemeinsame Kultur entwickeln	Vertrauen
Geschenk, begleiten zu dürfen	Viel wissen, das Richtige tun
Glaube	Viele Lebensbereiche
Glück	Weitermachen
Gut auf sich achten	Wertschätzung
Hoffnung	Wertschätzung der Arbeit
Humor nicht verlieren	Wertschätzung der eigenen Person
Kein Leid	Wertschätzung des Teams
Kooperation	Wünsche erfüllen
Kooperation mit Gemeinden	Zufriedenheit
Kreativität	Zuhören können
Lebensfreude	Zuneigung
Liebe	Zutrauen
Mitgehen können	Zuwendung
Multiprofessionalität	
Musik	
Mut	
Mut, Neues auszuprobieren	
Netzwerk	
Neues Ausprobieren	
Nichts tun	
Nichtstun aushalten können	
Offenheit	
Professionalität	
Respekt	

Einige Begriffe zur Haltung – genauere interaktive Begriffsbestimmung

Fürsorge

Alle Ebenen mitnehmen (körperlich, spirituell…)
Daran glauben, dass der andere uns braucht
Die Hände öffnen ohne Ansehen der Person, hat mit Zuneigung und Liebe für den anderen zu tun
Eigene Gedanken ausblenden
für die Sterbenden/Angehörigen da sein
Fürsorglich handeln
Man kann nicht nichts tun, wir müssen uns kümmern
Nicht führen
Pflege – im Vergleich zu aktivierender Pflege – wir sorgen, kümmern uns, ohne dass der andere selber tun muss
Sorge dafür tragen, dass der andere tun kann, was ihm wichtig ist
Sorgekultur im Team und für sich selber
Das Individuelle betrachten unter Berücksichtigung der Autonomie
Häufige Treffen mit Platz dafür: Ethische Fallbesprechung, Besprechungen, andere Dimensionen, mehr Zeit

Neues dazulernen, neue Wege

Aktive Bereitschaft, sich selbst immer wieder zu hinterfragen
Dinge ausprobieren
Erfahrungen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen abgleichen
Lebenserfahrung mitnehmen
Mut haben, alte Wege zu verlassen
Neuerungen und neue Erkenntnisse zulassen du annehmen
Neues/Altes – Neues als mehr Möglichkeiten zu sehen, auf den Menschen einzugehen
Neugierig
Nicht bange machen lassen von Ökonomisierungsdruck
Pioniergeist erhalten, trotzdem neue Wege finden
Unkonventionelles Denken
Unter den Schwierigkeiten des Systems trotzdem Neues ausprobieren

Überforderung

Angst
Bei Einbindung anderer, Hausärzt*innen z.B., Befindlichkeiten, Eitelkeiten
Fehlende Ausbildung und Supervision
Fülle der Befunde
Fülle der Patient*innen und Komplexität der Lebenssituationen der Patient*innen
Für frühzeitige Integration fehlen Konzepte und Sprache (z.B. COPD)
Gemeinsame Werte im Team finden
Idee von Pionierarbeit, wo jeder sein eigenes Ding macht, häufig nicht teamfähig
Konkurrenz (wer ist Freund, wer ist Feind, Komplexität)
Körperliche Veränderung/Gerüche
Kreißsaalbereich: Abbrüche nach medizinischer Indikation ohne Vorbereitung, ohne Begleitung
Kurze Liegedauer
Leiden am Leid
Liegedauer immer kürzer

Man müsste an gemeinsamen Zielen im Netzwerk arbeiten – gemeinsame Kultur auf allen Ebenen
Menge der Begleitungen
Therapieabbrüche
Überforderung der Angehörigen beim Sterben zuhause
Überforderung durch Nachwuchsprobleme
Überforderung, die Netzwerke zu überblicken
Übergang von Pionierphase in Regelbetrieb
Unsicherheit
Unwissenheit
Wenn Haltung auf zu vieles schaut
Wenn Mitarbeiter*innen/Kolleg*innen sterben, selber Leid haben
Zeitmangel

Familie und Wandel

Begriff muss gelebt werden
Bei Jüngeren: haben nicht gelernt, mit Krisen umzugehen
Einsamkeit, wenn keine Familie
Familie fehlt oft der Mut, Versorgung zu wagen
Familie heißt nicht unbedingt Einigkeit
Familienbegriff – neue Dimension; ist überholt, wird überhöht
Fragen wir eigentlich, ob Familie dabei sein soll, oder tun wir einfach?
Gutbürgerliches Ideal, das selten in der Realität existiert, Patchwork, Freunde wichtiger, erweiterter Begriff
Hilfreich oder Mehrarbeit?
Ist Familie Partner des behandelnden Systems?
Migration, andere Kulturen, anderes Verständnis, Komplexität fürs Team
Oft gar keine Familie
Patient*innen/Teams sind oft traurig, wenn Familie, obwohl sie könnte, wenig tut (Arbeit, Arbeit ... muss man aber respektieren (Haltung!))
Wenn keine Familie, dann wird das als Versagen erlebt, haben wir nicht geschafft, Verlust, Trauer
Zu sehen, dass Familie ausgebrannt ist, wir sie aber brauchen, zuhause sterben zumutbar?, oft zerreißt es einen

Kompetenzen

Zwei Arten: persönliche und schulungsfähige
Bestimmte Kompetenzen sind schwer zu schulen, z.B. Haltung
Fortbildung: Schwierig, Themen ans ganze Team zu vermitteln
Hohe Erwartungen an Kompetenz, aber immer weniger Dürfen
Lebenserfahrung ist wichtig; Können umfasst nicht nur Berufswissen
Man kann einen Schnitt ziehen durch alle Mitarbeiter*innen, aber manche Kompetenzen muss jeder haben (Kommunikation), manche nur einige (spezielle Kompetenzen)
Problem der Schulung: Weiterentwickeln ja, aber ist Schulung das richtige Instrument?
Schulung führt zu Widerstand
Schulung ist gefordert, verursacht aber Kosten
Unterschiedliche Kompetenzen der Mitarbeiter*innen im Team
Verantwortungsübernahme von Anderen, z.B. palliative Sedierung, aber Tragen muss dies kompetent das Team/andere
Vernetzungskompetenz ist deutlich gefordert – spielen alle Akteure gut zusammen?
Was kann Hauptamt, was kann Ehrenamt/Grenzen
Wirtschaftliche Bedeutung von Schulung

7.4. Anhang 4: Fragebogen 2019

Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?

		gar nicht	leicht	stark	sehr stark	trifft nicht zu
1	zu hohe Anzahl an Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
2	zu niedrige Anzahl an Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
3	Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit	☐	☐	☐	☐	☐
4	keine Zeit, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
5	zu kurze Begleitungszeiten (weniger als 3 Tage) bis zum Versterben	☐	☐	☐	☐	☐
6	unerwartetes Versterben von Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
7	Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld	☐	☐	☐	☐	☐
8	Patient*innen nicht bis zum Versterben begleiten zu können	☐	☐	☐	☐	☐
9	Schuldgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
10	Belastungen durch Leid von Kolleg*innen	☐	☐	☐	☐	☐
11	Belastungen durch eigenes Leid	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ablehnung von Therapien bei guter Prognose	☐	☐	☐	☐	☐
13	zu wenig Personal (inkl. unbesetzte Stellen)	☐	☐	☐	☐	☐
14	zu wenig Zeit für Rituale (Gedenken/ Abschied nehmen)	☐	☐	☐	☐	☐
15	hoher Dokumentationsaufwand	☐	☐	☐	☐	☐
16	widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz	☐	☐	☐	☐	☐
17	nicht gelungene Symptombehandlung	☐	☐	☐	☐	☐
18	Beginn oder Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose	☐	☐	☐	☐	☐
19	Sonstiges, bitte maximal drei Aspekte angeben					
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

Wie viele Sterbefälle im Rahmen Ihrer Arbeit halten Sie persönlich aus, ohne dass es zu einer Überlastung führt?

Für alle Einrichtungen/Dienste außer ambulanter Hospizdienst_____ Patient*innen pro Woche

Für ambulante Hospizdienste_____ Patient*innen pro Monat

Bemerkungen:

Wenn Sie an Patient*innen oder Zugehörige denken, welche Faktoren belasten Sie?

		gar nicht	leicht	stark	sehr stark
1	Ähnlichkeiten mit mir oder mir nahe stehenden Personen	☐	☐	☐	☐
2	besonders nahe Beziehung zu Patient*innen	☐	☐	☐	☐
3	besonders schwierige Beziehung zu Patient*innen	☐	☐	☐	☐
4	zu hohe Ansprüche anderer an meine Begleitung	☐	☐	☐	☐
5	anderer kultureller Hintergrund (Herkunft und Religion)	☐	☐	☐	☐
6	geringe/fehlende familiäre Unterstützung	☐	☐	☐	☐
7	Zerrissenheit / kein Zusammenhalt in der Familie	☐	☐	☐	☐
8	sozial isolierte Patient*innen	☐	☐	☐	☐
9	besonders nahe Beziehung zu Zugehörigen	☐	☐	☐	☐
10	besonders schwierige Beziehung zu Zugehörigen	☐	☐	☐	☐
11	Kommunikationsschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐
12	Zu hoher eigener Anspruch an meine Begleitung	☐	☐	☐	☐
13	Begleitung bei bestimmten Erkrankungen (bitte maximal drei angeben)				
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Haben sich Ihrer Einschätzung nach die Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz/in Ihrem Ehrenamtlichen-Dienst seit Ihrer Anstellung/Ihrem Eintritt verbessert oder verschlechtert?

stark verbessert	verbessert	gleich geblieben	verschlechtert	stark verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Wie lange, schätzen Sie, kann das Team, in dem Sie tätig sind, so wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?

einige Wochen	einige Monate	einige Jahre	viele Jahre
☐	☐	☐	☐

Bemerkungen:

Welche Symptome zeigt Ihr Team, wenn es durch Tod belastet wird?

		gar nicht	leicht	stark	sehr stark	trifft nicht zu
1	Sprachlosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
2	Reizbarkeit	☐	☐	☐	☐	☐
3	vermehrte Streitigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
4	Vorwürfe	☐	☐	☐	☐	☐
5	Rückzug	☐	☐	☐	☐	☐
6	Über-Redseligkeit (alles besprechen müssen)	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ablehnung sonst üblicher Rituale	☐	☐	☐	☐	☐
8	Kein Einlassen auf andere oder neue Patient*innen	☐	☐	☐	☐	☐
9	Zynismus	☐	☐	☐	☐	☐
10	Dienst nach Vorschrift	☐	☐	☐	☐	☐
11	keine Unterstützungsangebote annehmen	☐	☐	☐	☐	☐
12	Verweigerung von Neuaufnahmen	☐	☐	☐	☐	☐
13	erhöhte Spannungen zwischen den Berufsgruppen	☐	☐	☐	☐	☐
14	Weinen	☐	☐	☐	☐	☐
15	Sonstiges, bitte maximal drei Aspekte angeben					
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

Hat sich die palliative/hospizliche Haltung, seit Sie in diesem Team/Dienst tätig sind, verändert?

ja	nein	weiß nicht
☐	☐	☐

Wenn ja, welche Veränderungen sind das?

(Bitte maximal drei Aspekte eintragen)	ist viel schlechter geworden	ist schlechter geworden	ist besser geworden	ist viel besser geworden
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren, die Ihnen helfen sollen, mit dem Tod umzugehen?

		Überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
1	Supervision	☐	☐	☐	☐
2	Rituale	☐	☐	☐	☐
3	Team	☐	☐	☐	☐
4	Familie	☐	☐	☐	☐
5	Privatleben	☐	☐	☐	☐
6	Sport	☐	☐	☐	☐
7	Ablenkung	☐	☐	☐	☐
8	Humor	☐	☐	☐	☐
9	Weltanschauung/Glaube	☐	☐	☐	☐
10	Mitgefühl anderer	☐	☐	☐	☐
11	Naturerleben, Spaziergänge, Wanderungen	☐	☐	☐	☐
12	Freunde treffen	☐	☐	☐	☐
13	Angebote für Self-Care	☐	☐	☐	☐
14	Teamaktivitäten wie Ausflüge, Feiern, gemeinsames Essen, Teamsport etc.	☐	☐	☐	☐
15	Sonstiges, bitte maximal drei Aspekte angeben				
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Wie ging es Ihnen in den letzten vier Wochen körperlich und seelisch?
Bitte antworten Sie, wie häufig es in dieser Zeit vorkam,

		nie	selten	häufig	sehr häufig
1	dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten.	☐	☐	☐	☐
2	dass Sie sich niedergeschlagen fühlten.	☐	☐	☐	☐
3	dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten.	☐	☐	☐	☐
4	dass Sie jede Menge Energie verspürten.	☐	☐	☐	☐
5	dass Sie körperliche Schmerzen hatten.	☐	☐	☐	☐
6	dass Sie sich nach der Arbeit völlig erschöpft fühlten.	☐	☐	☐	☐
7	dass Sie Schlafstörungen hatten.	☐	☐	☐	☐

Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen zutreffen:

		nie	selten	manch-mal	häufig	immer
1	Ich habe das Gefühl, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Arbeitsaufteilung und Arbeitsabläufe sind so klar und eindeutig geregelt, wie ich mir das wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich habe das Gefühl, ich habe so viel Arbeit, dass ich nie damit fertig werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ich empfinde meine Arbeit als befriedigend.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die multiprofessionelle Zusammenarbeit klappt so, wie ich mir das wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Wichtige Informationen werden mir gegeben.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ich möchte mehr Verantwortung haben als mir zugestanden wird.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ich muss mich an Vorschriften halten, die meiner Ansicht nach keinen Sinn ergeben.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Ich habe das Gefühl, dass die anderen Mitarbeiter*innen meine Vorschläge und Wünsche berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ich kann wegen Ressourcenmangel (Personal, Zeit, Geld) nicht an Fort- und Weiterbildungsangeboten teilnehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ich muss wegen häufiger Arbeitsausfälle von Kolleg*innen mehr Arbeit bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ich werde von meinen Kolleg*innen sehr wertgeschätzt.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ich kann positive Veränderungen in der Arbeit bewirken.	☐	☐	☐	☐	☐

Nun noch ein paar Fragen zu Ihnen:

Wie viele Jahre sind Sie in der Hospizarbeit / Palliative Care tätig? _____Jahre

Geschlecht

weiblich	männlich	divers
☐	☐	☐

Wie alt sind Sie? _____Alter in Jahren

Welches Herkunftsland haben Sie? _____

Welches Herkunftsland haben Ihre Eltern? _____ **Mutter**

_____ **Vater**

In welchem Umfang sind Sie derzeitig im hier befragten Dienst beschäftigt?

Bezahlte Kräfte: Vollzeit ☐ _____Stunden pro Woche

Bezahlte Kräfte: Teilzeit ☐ _____Stunden pro Woche

Ehrenamtliche Kräfte: ☐ _____Stunden pro Woche

Wenn Sie regelmäßig Überstunden machen, wie viele Stunden sind das durchschnittlich pro Woche? _____Stunden pro Woche

Üben Sie derzeit darüber hinaus eine oder mehrere weitere Beschäftigungen aus?

Nein	Ja, eine bezahlte Nebentätigkeit	Ja, eine (weitere) ehrenamtliche Tätigkeit	Ja, eine selbstständige Tätigkeit	Ja, eine (weitere) hauptberufliche Tätigkeit
☐	☐	☐	☐	☐

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

Pflege	Arzt / Ärztin	Soziale Arbeit	Seelsorge	Physiotherapie
☐	☐	☐	☐	☐

Psychologie	Andere (Bitte eintragen)
☐	_____

Welche Dienste übernehmen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Schichtdienst	Nachtdienste	Tagesschichten	Wochenend-dienst	Rufbereitschaft
☐	☐	☐	☐	☐

Andere (Bitte eintragen)	Trifft nicht zu
_____	☐

Wohnen Sie alleine?

Ja	**Nein**
☐	☐

Haben Sie einen oder mehrere Familienangehörige oder Ihnen nahestehende Personen, die im Alltag auf Sie angewiesen sind (Pflege, Unterstützung etc.)?

Ja	**Nein**
☐	☐

Möchten Sie uns zu dieser Befragung noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

7.5. Anhang 5: Fragebogen Müller/Pfister 2009

ALPHA Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Wie viel Tod verträgt das Team?

1. Wie stark fühlen Sie sich durch folgende Faktoren belastet?	gar nicht	leicht	stark	sehr stark
Besondere Beziehung zum Patienten Welche? ……	❑	❑	❑	❑
Anspruch der Palliativmedizin nicht erfüllt (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell) Welcher? ……	❑	❑	❑	❑
Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit	❑	❑	❑	❑
Besondere Beziehung zu Angehörigen	❑	❑	❑	❑
Unerwartetes Versterben	❑	❑	❑	❑
Kurze Begleitungsdauer (weniger als 3 Tage)	❑	❑	❑	❑
Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld	❑	❑	❑	❑
Schuldgefühle	❑	❑	❑	❑
Zeitdauer der eigenen Arbeit im Bereich Hospiz / Palliative Care	❑	❑	❑	❑
Stress durch Kollegen	❑	❑	❑	❑
Belastungen durch das Leid von Kollegen	❑	❑	❑	❑
Lebenskrisen	❑	❑	❑	❑
Sonstiges: ……	❑	❑	❑	❑

2. Welche Symptome zeigt Ihr Team, wenn es durch Tod belastet wird?	gar nicht	leicht	stark	sehr stark
Sprachlosigkeit	❑	❑	❑	❑
Reizbarkeit	❑	❑	❑	❑
Vermehrte Streitigkeiten	❑	❑	❑	❑
Vorwürfe	❑	❑	❑	❑
Rückzug	❑	❑	❑	❑
Über- Redseligkeit (alles besprechen müssen)	❑	❑	❑	❑
Ablehnung sonst üblicher Rituale	❑	❑	❑	❑
Kein Einlassen auf andere oder neue Patienten	❑	❑	❑	❑
Zynismus	❑	❑	❑	❑
Dienst nach Vorschrift	❑	❑	❑	❑
Keine Unterstützungsangebote annehmen	❑	❑	❑	❑
Verweigerung von Neuaufnahmen	❑	❑	❑	❑
Erhöhte Spannungen zwischen den Berufsgruppen	❑	❑	❑	❑
Sonstiges: ……	❑	❑	❑	❑

Bitte wenden →

3. Wie wichtig sind Ihnen Faktoren, die Ihrem Team helfen, mit dem Tod umzugehen?				
	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig
Supervision	❑	❑	❑	❑
Rituale	❑	❑	❑	❑
Team	❑	❑	❑	❑
Familie	❑	❑	❑	❑
Privatleben	❑	❑	❑	❑
Mitgefühl	❑	❑	❑	❑
Ablenkung	❑	❑	❑	❑
Humor	❑	❑	❑	❑
Weltanschauung / Glaube	❑	❑	❑	❑
Sonstiges:	❑	❑	❑	❑

4. Falls es eine kritische Zahl von Todesfällen gäbe, die eine Überlastung eines Hospizteams zur Folge hätte, wie viele Sterbefälle pro Woche, schätzen Sie, hält ein Team aus?

_____ Patienten / Woche

5. Welche Abfolge von Todesfällen in einer Woche würden Sie als belastender empfinden?
X = Tag ohne Todesfall T = Tag mit Todesfall

❑ XXTTTXX ❑ XTXTXTX

6. Schätzen Sie ein, wie viele Tote hat Ihr Team in den letzten 12 Monaten erlebt?

_____ Patienten

7. Wie lange, schätzen Sie, *kann* Ihr Team, so wie es jetzt besteht, diese Arbeit noch machen?

❑ einige Wochen ❑ einige Monate ❑ einige Jahre ❑ viele Jahre

8. Berufsgruppe

Pflege	Arzt / Ärztin	Sozialarbeit	Seelsorge	Physiotherapie	Andere
❑	❑	❑	❑	❑	❑

9. Geschlecht

❑ weiblich ❑ männlich

10. Wie lange sind Sie in der Hospizarbeit / Palliative Care tätig?

_____ Jahre

11. Freie Äußerungen

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

© Monika Müller / David Pfister

7.6. Anhang 6: Tabellenanhang Umfrage 2019

Tabelle 11: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 1)

zu kurze Begleitungszeiten (weniger als 3 Tage) bis zum Versterben				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=166)	30%	47%	20%	4%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	21		6	
Palliativstationen	23		18	
Stationäre Hospize	37		<=5	
Ambulante Hospizdienste	23		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	77%		23%	
unerwartetes Versterben vom Patient*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=173)	27%	56%	12%	5%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	22		<=5	
Palliativstationen	32		10	
Stationäre Hospize	36		<=5	
Ambulante Hospizdienste	24		6	
Ambulante Palliativpflegedienste	16		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	87%		13%	
Patient*innen nicht bis zum Versterben begleiten zu können				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=171)	40%	44%	11%	5%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	22		<=5	
Palliativstationen	36		<=5	
Stationäre Hospize	34		7	
Ambulante Hospizdienste	24		6	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	84%		16%	
Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit (n=168)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=168)	22%	52%	21%	4%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	18		11	
Palliativstationen	28		12	
Stationäre Hospize	33		11	
Ambulante Hospizdienste	19		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	
Gesamt in %	74%		26%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 12: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 2)

Belastungen durch Leid von Kolleg*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=170)	25%	56%	18%	1%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	22		6	
Palliativstationen	30		7	
Stationäre Hospize	33		10	
Ambulante Hospizdienste	24		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	19		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	9		<=5	
Gesamt in %	81%		19%	
Belastungen durch eigenes Leid				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=179)	27%	55%	16%	2%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	24		<=5	
Palliativstationen	29		8	
Stationäre Hospize	38		7	
Ambulante Hospizdienste	25		8	
Ambulante Palliativpflegedienste	18		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	82%		18%	
Erinnerungen an Todesfälle im eigenen Umfeld				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=181)	30%	46%	20%	5%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV	18		10	
Palliativstation	31		8	
Stationäres Hospiz	37		7	
Ambulante Hospizdienste	23		11	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	14		<=5	
Gesamt in %	82%		18%	
Schuldgefühle				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=155)	70%	24%	5%	1%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	23		<=5	
Palliativstationen	33		<=5	
Stationäre Hospize	32		<=5	
Ambulante Hospizdienste	28		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	19		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	
Gesamt in %	86%		14%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 13: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 3)

Ablehnung von Therapien bei guter Prognose				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=148)	47%	40%	10%	3%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	25		<=5	
Palliativstationen	27		8	
Stationäre Hospize	36		<=5	
Ambulante Hospizdienste	19		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	11		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	87%		13%	
Widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=154)	23%	33%	34%	10%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		11	
Palliativstationen	15		22	
Stationäre Hospize	22		16	
Ambulante Hospizdienste	14		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	9		11	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	56%		44%	
Beginn oder Fortführung von Therapien bei schlechter Prognose				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=167)	16%	40%	28%	17%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	13		16	
Palliativstationen	15		23	
Stationäre Hospize	21		15	
Ambulante Hospizdienste	21		8	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	8		6	
Gesamt in %	56%		44%	
nicht gelungene Symptombehandlung				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=168)	14%	39%	30%	17%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	9		19	
Palliativstationen	21		16	
Stationäre Hospize	24		20	
Ambulante Hospizdienste	18		10	
Ambulante Palliativpflegedienste	10		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	8		7	
Gesamt in %	54%		46%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 14: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019, Teil 4)

keine Zeit, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=164)	24%	37%	28%	11%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	8		19	
Palliativstationen	19		17	
Stationäre Hospize	27		14	
Ambulante Hospizdienste	22		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	9		6	
Gesamt in %	60%		40%	
zu wenig Zeit für Rituale (Gedenken/ Abschied nehmen)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=161)	30%	48%	16%	6%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	19		7	
Palliativstationen	26		11	
Stationäre Hospize	34		6	
Ambulante Hospizdienste	21		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	78%		21%	
zu wenig Personal (inkl. unbesetzte Stellen)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=165)	16%	28%	39%	17%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	9		20	
Palliativstationen	10		31	
Stationäre Hospize	27		10	
Ambulante Hospizdienste	13		8	
Ambulante Palliativpflegedienste	9		11	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		13	
Gesamt in %	44%		56%	
hoher Dokumentationsaufwand				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=169)	13%	34%	35%	18%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	13		28	
Stationäre Hospize	20		21	
Ambulante Hospizdienste	16		6	
Ambulante Palliativpflegedienste	9		10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	6		10	
Gesamt in %	47%		53%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 15: Unterschiedliche Belastungsfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Belastungsfaktor: Ähnlichkeiten mit mir oder mir nahe stehenden Personen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=192)	21%	50%	26%	4%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	17		13	
Palliativstationen	24		19	
Stationäre Hospize	36		9	
Ambulante Hospizdienste	30		7	
Ambulante Palliativpflegedienste	18		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		6	
Gesamt in %	70%		30%	
Belastungsfaktor: besonders nahe Beziehung zu Patient*innen'				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=191)	17%	50%	30%	3%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	18		12	
Palliativstationen	26		17	
Stationäre Hospize	31		13	
Ambulante Hospizdienste	22		13	
Ambulante Palliativpflegedienste	17		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	14		<=5	
Gesamt in %	67%		33%	
Belastungsfaktor: besonders schwierige Beziehung zu Patient*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=190)	12%	43%	40%	6%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	18		24	
Stationäre Hospize	28		16	
Ambulante Hospizdienste	21		15	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		9	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		7	
Gesamt in %	55%		45%	
Belastungsfaktor: zu hohe Ansprüche anderer an meine Begleitung'				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=192)	20%	44%	27%	9%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	24		19	
Stationäre Hospize	29		16	
Ambulante Hospizdienste	30		7	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		6	
Gesamt in %	64%		36%	

Belastungsfaktor: anderer kultureller Hintergrund (Herkunft und Religion)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=192)	41%	38%	16%	5%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	19		11	
Palliativstationen	29		14	
Stationäre Hospize	39		6	
Ambulante Hospizdienste	31		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	20		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	79%		21%	
Belastungsfaktor: geringe/fehlende familiäre Unterstützung				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=191)	16%	52%	28%	4%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	19		11	
Palliativstationen	31		10	
Stationäre Hospize	30		15	
Ambulante Hospizdienste	27		10	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		9	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		6	
Gesamt in %	68%		32%	
Belastungsfaktor: Zerrissenheit / kein Zusammenhalt in der Familie				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=190)	12%	49%	33%	7%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	18		12	
Palliativstationen	28		15	
Stationäre Hospize	31		14	
Ambulante Hospizdienste	21		15	
Ambulante Palliativpflegedienste	11		10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	6		9	
Gesamt in %	60%		40%	
Belastungsfaktor: sozial isolierte Patient*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=194)	9%	49%	35%	8%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	30		13	
Stationäre Hospize	27		18	
Ambulante Hospizdienste	19		19	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	9		7	
Gesamt in %	58%		42%	

Belastungsfaktor: besonders nahe Beziehung zu Zugehörigen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=189)	31%	46%	21%	2%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	17		13	
Palliativstationen	33		10	
Stationäre Hospize	40		<=5	
Ambulante Hospizdienste	25		10	
Ambulante Palliativpflegedienste	17		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	77%		23%	
Belastungsfaktor: besonders schwierige Beziehung zu Zugehörigen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=190)	17%	45%	31%	7%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	21		22	
Stationäre Hospize	32		12	
Ambulante Hospizdienste	23		13	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	
Gesamt in %	62%		38%	
Belastungsfaktor: Kommunikationsschwierigkeiten				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=192)	13%	40%	40%	8%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	13		17	
Palliativstationen	18		24	
Stationäre Hospize	20		25	
Ambulante Hospizdienste	26		11	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	52%		48%	
Belastungsfaktor: Zu hoher eigener Anspruch an meine Begleitung				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=191)	20%	45%	27%	8%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	16		14	
Palliativstationen	24		18	
Stationäre Hospize	32		13	
Ambulante Hospizdienste	27		10	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	20		6	
Gesamt in %	65%		35%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 16: Unterschiedliche Belastungssymptome im Team Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Belastungssymptom: Sprachlosigkeit				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=164)	47%	43%	9%	1%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	26		<=5	
Palliativstationen	33		<=5	
Stationäre Hospize	36		<=5	
Ambulante Hospizdienste	27		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	
Gesamt in %	90%		10%	
Belastungssymptom: Reizbarkeit				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=165)	41%	38%	19%	3%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	16		14	
Palliativstationen	29		9	
Stationäre Hospize	29		10	
Ambulante Hospizdienste	27		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	78%		22%	
Belastungssymptom: Vermehrte Streitigkeiten				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=158)	54%	34%	11%	1%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	20		9	
Palliativstationen	31		<=5	
Stationäre Hospize	35		<=5	
Ambulante Hospizdienste	27		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	13		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	88%		12%	
Belastungssymptom: Vorwürfe				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=160)	61%	28%	7%	4%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	25		<=5	
Palliativstationen	34		<=5	
Stationäre Hospize	31		7	
Ambulante Hospizdienste	23		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	16		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	14		<=5	
Gesamt in %	89%		11%	

Belastungssymptom: Rückzug				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=165)	41%	48%	8%	3%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	23		6	
Palliativstationen	36		<=5	
Stationäre Hospize	35		<=5	
Ambulante Hospizdienste	25		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	18		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		<=5	
Gesamt in %	89%		11%	
Belastungssymptom: Über-Redseligkeit (alles besprechen müssen)				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=172)	14%	46%	26%	14%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	14		14	
Palliativstationen	24		18	
Stationäre Hospize	25		17	
Ambulante Hospizdienste	18		9	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		6	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		<=5	
Gesamt in %	60%		40%	
Belastungssymptom: Ablehnung sonst üblicher Rituale				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=147)	77%	16%	5%	2%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	24		<=5	
Palliativstationen	30		<=5	
Stationäre Hospize	34		<=5	
Ambulante Hospizdienste	22		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	
Gesamt in %	93%		7%	
Belastungssymptom: Kein Einlassen auf andere oder neue Patient*innen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=157)	70%	22%	6%	3%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	23		<=5	
Palliativstationen	34		<=5	
Stationäre Hospize	36		<=5	
Ambulante Hospizdienste	22		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	16		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	
Gesamt in %	92%		8%	
Belastungssymptom: Zynismus				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=161)	53%	41%	3%	3%

	Gar nicht/leicht	Stark/sehr stark
SAPV-Teams	28	<=5
Palliativstationen	37	<=5
Stationäre Hospize	37	<=5
Ambulante Hospizdienste	22	<=5
Ambulante Palliativpflegedienste	15	<=5
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13	<=5
Gesamt in %	94%	6%

Belastungssymptom: Dienst nach Vorschrift

	Gar nicht	Leicht	Stark	Sehr stark
Gesamt in % (n=153)	66%	23%	9%	2%

	Gar nicht/leicht	Stark/sehr stark
SAPV-Teams	24	<=5
Palliativstationen	33	<=5
Stationäre Hospize	31	7
Ambulante Hospizdienste	21	<=5
Ambulante Palliativpflegedienste	15	<=5
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12	<=5
Gesamt in %	89%	11%

Belastungssymptom: Keine Unterstützungsangebote annehmen

	Gar nicht	Leicht	Stark	Sehr stark
Gesamt in % (n=150)	63%	28%	7%	2%

	Gar nicht/leicht	Stark/sehr stark
SAPV-Teams	22	<=5
Palliativstationen	30	<=5
Stationäre Hospize	35	<=5
Ambulante Hospizdienste	24	<=5
Ambulante Palliativpflegedienste	13	<=5
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12	<=5
Gesamt in %	91%	9%

Belastungssymptom: Verweigerung von Neuaufnahmen

	Gar nicht	Leicht	Stark	Sehr stark
Gesamt in % (n=141)	68%	23%	6%	3%

	Gar nicht/leicht	Stark/sehr stark
SAPV-Teams	24	<=5
Palliativstationen	26	8
Stationäre Hospize	32	<=5
Ambulante Hospizdienste	19	<=5
Ambulante Palliativpflegedienste	15	<=5
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13	<=5
Gesamt in %	92%	8%

Belastungssymptom: Erhöhte Spannungen zwischen den Berufsgruppen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=154)	40%	41%	15%	5%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	24		<=5	
Palliativstationen	27		12	
Stationäre Hospize	28		9	
Ambulante Hospizdienste	16		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	15		<=5	
Gesamt in %	81%		19%	
Belastungssymptom: Weinen				
	Gar nicht	**Leicht**	**Stark**	**Sehr stark**
Gesamt in % (n=169)	33%	62%	4%	2%
	Gar nicht/leicht		**Stark/sehr stark**	
SAPV-Teams	28		<=5	
Palliativstationen	35		<=5	
Stationäre Hospize	38		<=5	
Ambulante Hospizdienste	27		<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	16		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	16		<=5	
Gesamt in %	95%		5%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 17: Unterschiedliche Schutzfaktoren Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n

Schutzfaktor: Supervision				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=188)	4%	22%	37%	37%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	11		18	
Palliativstationen	<=5		39	
Stationäre Hospize	21		22	
Ambulante Hospizdienste	7		30	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		15	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		15	
Gesamt in %	26%		74%	
Schutzfaktor: Rituale				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=190)	6%	27%	44%	23%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	13		16	
Palliativstationen	9		34	
Stationäre Hospize	24		21	
Ambulante Hospizdienste	10		26	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		17	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		13	
Gesamt in %	%		%	

Schutzfaktor: Team				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=191)	1%	5%	39%	55%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	<=5		28	
Palliativstationen	<=5		42	
Stationäre Hospize	<=5		42	
Ambulante Hospizdienste	<=5		32	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		19	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		17	
Gesamt in %	6%		94%	

Schutzfaktor: Familie				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=189)	4%	10%	38%	48%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	<=5		25	
Palliativstationen	7		36	
Stationäre Hospize	<=5		41	
Ambulante Hospizdienste	10		25	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		22	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		14	
Gesamt in %	14%		86%	

Schutzfaktor: Privatleben				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=190)	2%	6%	34%	57%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	<=5		29	
Palliativstationen	<=5		38	
Stationäre Hospize	<=5		41	
Ambulante Hospizdienste	6		30	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		20	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		16	
Gesamt in %	8%		92%	

Schutzfaktor: Sport				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=190)	10%	28%	34%	28%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	7		23	
Palliativstationen	11		31	
Stationäre Hospize	17		28	
Ambulante Hospizdienste	21		15	
Ambulante Palliativpflegedienste	11		9	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		12	
Gesamt in %	38%		62%	

Schutzfaktor: Ablenkung				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=189)	6%	24%	42%	27%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	9		21	
Palliativstationen	11		31	
Stationäre Hospize	10		35	
Ambulante Hospizdienste	20		15	
Ambulante Palliativpflegedienste	7		13	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		16	
Gesamt in %	30%		69%	

Schutzfaktor: Humor				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=192)	2%	4%	37%	59%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	<=5		29	
Palliativstationen	<=5		41	
Stationäre Hospize	<=5		42	
Ambulante Hospizdienste	<=5		32	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		20	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		17	
Gesamt in %	6%		94%	

Schutzfaktor: Weltanschauung/ Glaube				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=191)	7%	23%	39%	31%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	10		20	
Palliativstationen	10		32	
Stationäre Hospize	13		32	
Ambulante Hospizdienste	10		26	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		17	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		7	
Gesamt in %	30%		70%	

Schutzfaktor: Mitgefühl anderer				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=191)	11%	28%	37%	25%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	14		16	
Palliativstationen	13		30	
Stationäre Hospize	28		15	
Ambulante Hospizdienste	12		25	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		19	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		12	
Gesamt in %	39%		61%	

Schutzfaktor: Naturerleben, Spaziergänge, Wanderungen				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=191)	5%	9%	39%	47%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	<=5		27	
Palliativstationen	<=5		38	
Stationäre Hospize	6		39	
Ambulante Hospizdienste	<=5		31	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		17	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		13	
Gesamt in %	14%		86%	
Schutzfaktor: Freund*innen treffen				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=192)	2%	12%	37%	49%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	6		24	
Palliativstationen	6		37	
Stationäre Hospize	<=5		40	
Ambulante Hospizdienste	8		29	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		20	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		15	
Gesamt in %	14%		86%	
Schutzfaktor: Angebote für Self Care				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=186)	13%	39%	33%	15%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	19		10	
Palliativstationen	16		26	
Stationäre Hospize	28		17	
Ambulante Hospizdienste	16		17	
Ambulante Palliativpflegedienste	8		12	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	10		7	
Gesamt in %	52%		48%	
Schutzfaktor: Teamaktivitäten wie Ausflüge, Feiern, gemeinsames Essen, Teamsport etc.				
	Überhaupt nicht wichtig	**Weniger wichtig**	**Wichtig**	**Sehr wichtig**
Gesamt in % (n=192)	7%	39%	35%	18%
	Überhaupt nicht wichtig/weniger wichtig		**Wichtig/sehr wichtig**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	17		26	
Stationäre Hospize	23		22	
Ambulante Hospizdienste	17		20	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		15	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	
Gesamt in %	46%		54%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 18: Körperliche und seelische Gesundheit Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Subjektive Belastungssymptome: dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	6%	49%	38%	6%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	14		16	
Palliativstationen	23		20	
Stationäre Hospize	33		12	
Ambulante Hospizdienste	21		14	
Ambulante Palliativpflegedienste	12		8	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		15	
Gesamt in %	55%		45%	
Subjektive Belastungssymptome: dass Sie sich niedergeschlagen fühlten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	19%	58%	21%	3%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	23		7	
Palliativstationen	32		11	
Stationäre Hospize	36		8	
Ambulante Hospizdienste	27		8	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		6	
Gesamt in %	76%		24%	
Subjektive Belastungssymptome: dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	1%	28%	60%	11%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	9		21	
Palliativstationen	11		31	
Stationäre Hospize	14		31	
Ambulante Hospizdienste	8		28	
Ambulante Palliativpflegedienste	6		14	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	8		9	
Gesamt in %	30%		70%	
Subjektive Belastungssymptome: dass Sie jede Menge Energie verspürten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	4%	43%	48%	5%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	14		16	
Palliativstationen	18		24	
Stationäre Hospize	18		27	
Ambulante Hospizdienste	14		20	
Ambulante Palliativpflegedienste	13		7	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		6	
Gesamt in %	47%		53%	

Subjektive Belastungssymptome: dass Sie körperliche Schmerzen hatten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	30%	47%	19%	4%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	24		6	
Palliativstationen	31		12	
Stationäre Hospize	35		10	
Ambulante Hospizdienste	27		7	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	15		<=5	
Gesamt in %	78%		22%	
Subjektive Belastungssymptome: dass Sie sich nach der Arbeit völlig erschöpft fühlten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	8%	50%	34%	9%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	15		15	
Palliativstationen	22		21	
Stationäre Hospize	29		16	
Ambulante Hospizdienste	26		6	
Ambulante Palliativpflegedienste	9		11	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	6		11	
Gesamt in %	57%		43%	
Subjektive Belastungssymptome: dass Sie Schlafstörungen hatten.				
	Nie	**Selten**	**Häufig**	**Sehr häufig**
Gesamt in % (n=)	29%	42%	20%	9%
	Nie/selten		**Häufig/sehr häufig**	
SAPV-Teams	23		7	
Palliativstationen	31		11	
Stationäre Hospize	29		16	
Ambulante Hospizdienste	27		8	
Ambulante Palliativpflegedienste	13		7	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		6	
Gesamt in %	71%		29%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

Tabelle 19: Arbeitsbelastung Gesamtanteile in % und nach Einrichtungsangebot in n (2019)

Ich habe das Gefühl, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=190)	19%	44%	28%	7%	2%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	17		10	<=5	
Palliativstationen	23		14	6	
Stationäre Hospize	32		10	<=5	
Ambulante Hospizdienste	22		11	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		<=5	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	<=5	
Gesamt in %	63%		28%	8%	

Arbeitsaufteilung und Arbeitsabläufe sind so klar und eindeutig geregelt, wie ich mir das wünsche.

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Gesamt in % (n=188)	3%	12%	20%	48%	17%
	Nie/selten		Manchmal	Häufig/immer	
SAPV-Teams	<=5		6	19	
Palliativstationen	<=5		9	29	
Stationäre Hospize	7		8	29	
Ambulante Hospizdienste	30		<=5	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	6		<=5	10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	10	
Gesamt in %	15%		20%	65%	

Ich habe das Gefühl, ich habe so viel Arbeit, dass ich nie damit fertig werden kann.

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Gesamt in % (n=190)	22%	46%	26%	5%	2%
	Nie/selten		Manchmal	Häufig/immer	
SAPV-Teams	16		12	<=5	
Palliativstationen	27		11	<=5	
Stationäre Hospize	38		6	<=5	
Ambulante Hospizdienste	<=5		2	36	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		6	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		11	<=5	
Gesamt in %	68%		26%	6%	

Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll.

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Gesamt in % (n=194)		1%	4%	28%	67%
	Nie/selten		Manchmal	Häufig/immer	
SAPV-Teams	<=5		<=5	28	
Palliativstationen	<=5		<=5	42	
Stationäre Hospize	<=5		<=5	43	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	36	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		<=5	19	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	17	
Gesamt in %	1%		4%	95%	

Ich empfinde meine Arbeit als befriedigend.

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Gesamt in % (n=193)	%	1%	7%	44%	48%
	Nie/selten		Manchmal	Häufig/immer	
SAPV-Teams	<=5		<=5	26	
Palliativstationen	<=5		<=5	41	
Stationäre Hospize	<=5		<=5	42	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	35	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		<=5	16	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	17	
Gesamt in %	1%		7%	92%	

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit klappt so, wie ich mir das wünsche.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=191)	1%	4%	18%	62%	15%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	<=5		<=5	25	
Palliativstationen	<=5		9	31	
Stationäre Hospize	<=5		8	35	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	30	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		8	10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	16	
Gesamt in %	5%		18%	77%	

Wichtige Informationen werden mir gegeben.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=192)	1%	2%	15%	55%	27%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	<=5		<=5	25	
Palliativstationen	<=5		<=5	38	
Stationäre Hospize	<=5		<=5	37	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	31	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		8	12	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	15	
Gesamt in %	3%		15%	82%	

Ich möchte mehr Verantwortung haben als mir zugestanden wird.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=187)	36%	37%	23%	4%	1%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	19		10	<=5	
Palliativstationen	32		9	<=5	
Stationäre Hospize	31		9	<=5	
Ambulante Hospizdienste	30		<=5	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	14		<=5	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	11		<=5	<=5	
Gesamt in %	73%		23%	4%	

Ich muss mich an Vorschriften halten, die meiner Ansicht nach keinen Sinn ergeben.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=191)	27%	45%	23%	5%	1%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	22		7	<=5	
Palliativstationen	28		11	<=5	
Stationäre Hospize	28		11	<=5	
Ambulante Hospizdienste	31		<=5	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	15		6	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	13		<=5	<=5	
Gesamt in %	72%		23%	6%	

Ich habe das Gefühl, dass die anderen Mitarbeiter*innen meine Vorschläge und Wünsche berücksichtigen.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=191)	1%	5%	14%	63%	18%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	<=5		<=5	24	
Palliativstationen	<=5		<=5	36	
Stationäre Hospize	<=5		7	35	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	29	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		<=5	18	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	13	
Gesamt in %	5%		14%	81%	

Ich kann wegen Ressourcenmangel (Personal, Zeit, Geld) nicht an Fort- und Weiterbildungsangeboten teilnehmen.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=191)	51%	25%	15%	7%	3%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	25		<=5	<=5	
Palliativstationen	29		6	8	
Stationäre Hospize	41		<=5	<=5	
Ambulante Hospizdienste	27		6	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	11		7	<=5	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	12		<=5	<=5	
Gesamt in %	76%		15%	9%	

Ich muss wegen häufiger Arbeitsausfälle von Kolleg*innen mehr Arbeit bewältigen.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=188)	23%	37%	25%	14%	2%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	20		<=5	<=5	
Palliativstationen	24		15	<=5	
Stationäre Hospize	29		11	<=5	
Ambulante Hospizdienste	29		<=5	<=5	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		9	7	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	6		<=5	9	
Gesamt in %	60%		25%	15%	

Ich werde von meinen Kolleg*innen sehr wertgeschätzt.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=188)	%	1%	12%	53%	35%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	<=5		<=5	24	
Palliativstationen	<=5		<=5	39	
Stationäre Hospize	<=5		6	39	
Ambulante Hospizdienste	<=5		<=5	30	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		16	19	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		<=5	16	
Gesamt in %	1%		12%	88%	

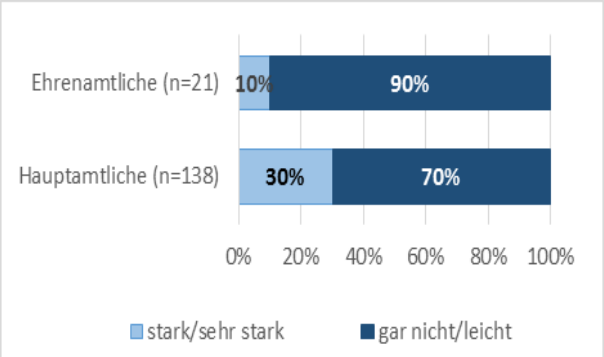
Ich kann positive Veränderungen in der Arbeit bewirken.					
	Nie	**Selten**	**Manchmal**	**Häufig**	**Immer**
Gesamt in % (n=187)	1%	8%	39%	40%	12%
	Nie/selten		**Manchmal**	**Häufig/immer**	
SAPV-Teams	<=5		10	18	
Palliativstationen	<=5		14	26	
Stationäre Hospize	7		16	20	
Ambulante Hospizdienste	<=5		14	17	
Ambulante Palliativpflegedienste	<=5		10	10	
Palliativnetzwerke bzw. Qualifizierte Palliativ-Ärzt*innen (QPA)	<=5		8	7	
Gesamt in %	9%		39%	52%	

Quelle: Ateş et al. 2019; eigene Daten, n=196.

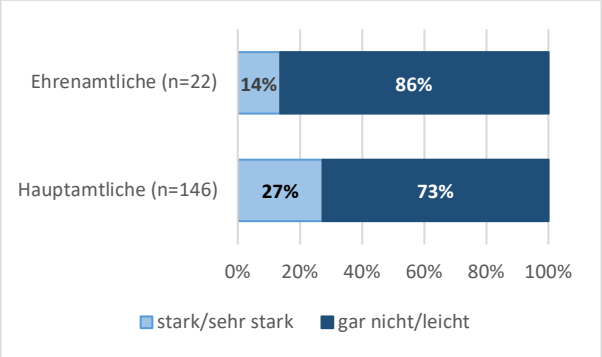
7.7. Anhang 7: Abbildungen von statistisch signifikanten Unterschieden im im Antwortverhalten von befragten Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen im Jahr 2019

Abbildung 26: Belastungsfaktoren mit signifikanten Unterschieden zwischen hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Befragten (Nichtparametrische Tests bei zwei unabhängigen Stichproben, 2019)

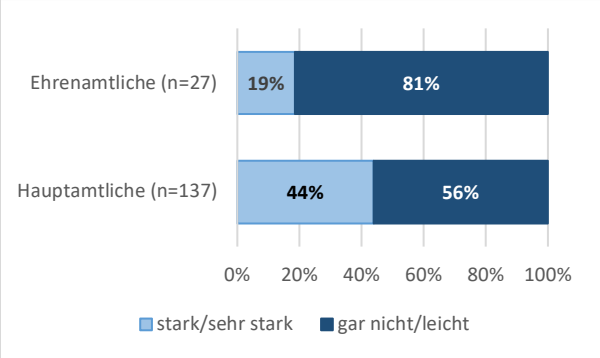
Zu hohe Anzahl an Patient*innen



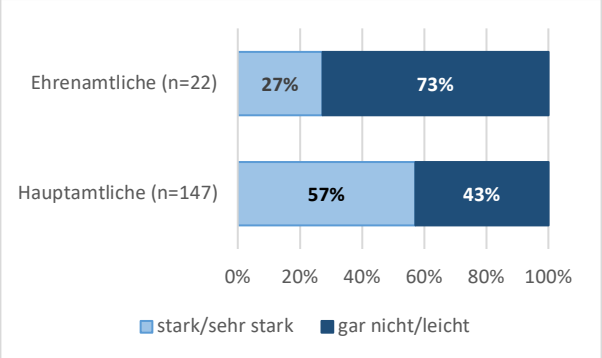
Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit



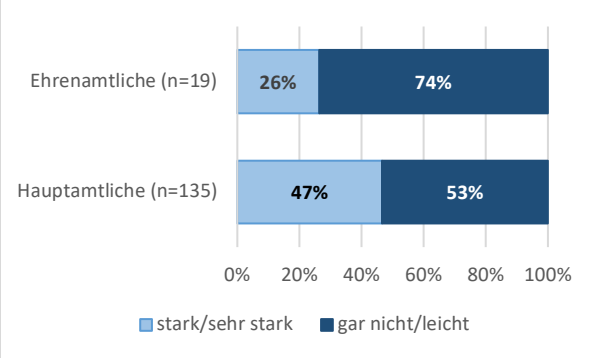
Keine Zeit, um auf Wünsche und Probleme von Betroffenen eingehen zu können



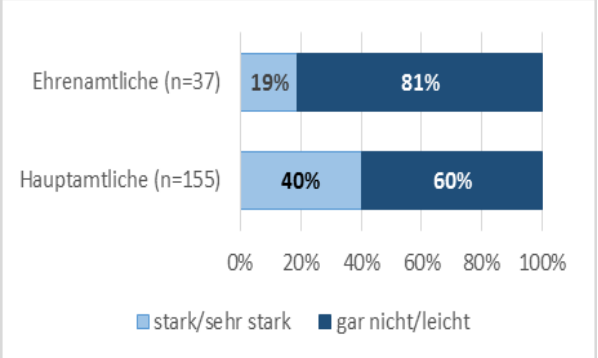
Hoher Dokumentationsaufwand



Widersprüchliche Behandlungspläne im Versorgungsnetz



Zu hohe Ansprüche anderer an meine Begleitung



Kommunikationsschwierigkeiten

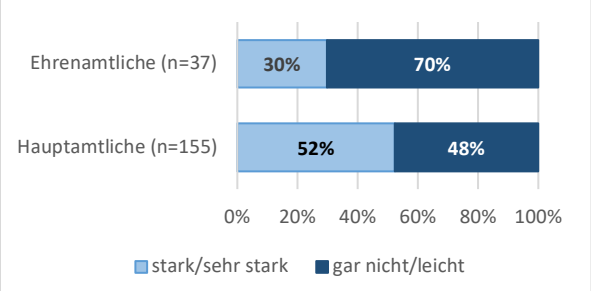
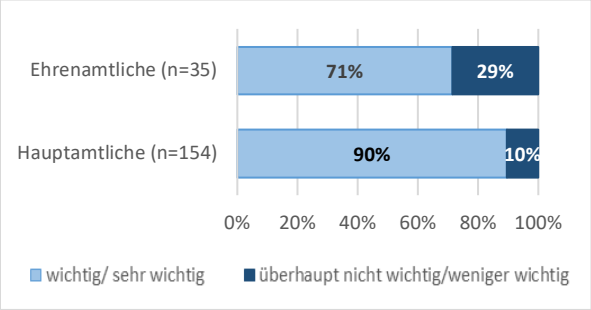
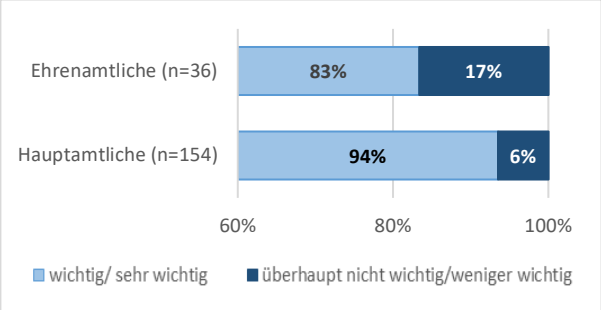


Abbildung 27: Schutzfaktoren mit signifikanten Unterschieden zwischen hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Befragten (Nichtparametrische Tests bei zwei unabhängigen Stichproben, 2019)

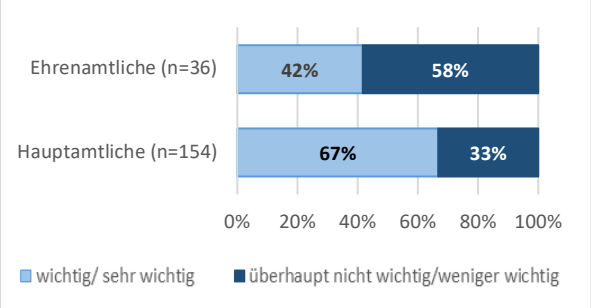
Schutzfaktor: Familie



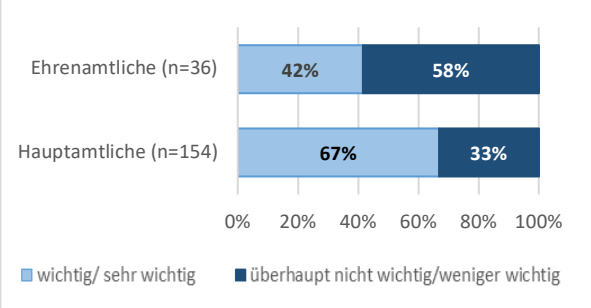
Schutzfaktor: Privatleben



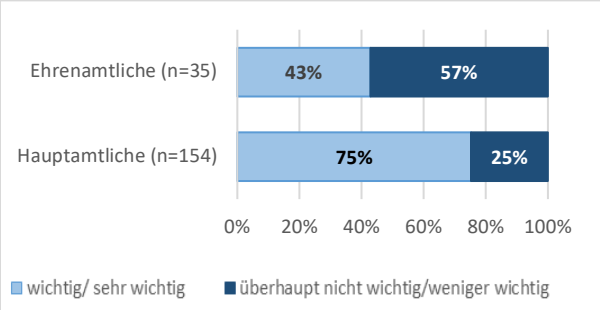
Schutzfaktor: Freund*innen treffen



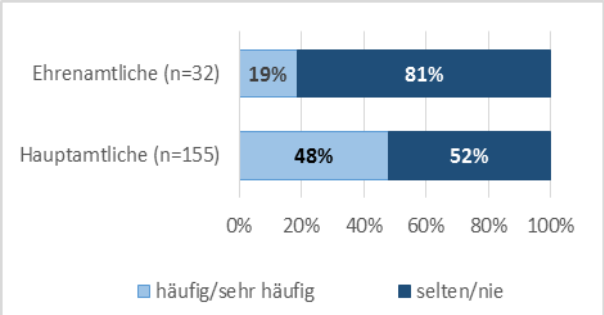
Schutzfaktor: Sport



Schutzfaktor: Ablenkung



Physisches Belastungssymptome: dass Sie sich nach der Arbeit völlig erschöpft fühlten



8. Literatur

Bartholomeyczik, E. (2014). **Arbeitsbelastung in der Krankenpflege**. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis32

Jaspers B. und Müller M. (2010). **Wie viel Tod verträgt das Team?** Die Schwester Der Pfleger 2010, 07: 632-636

Kern M., Münch U., Nauck F. und von Schmude A. (2020). **Multiprofessionelles Curriculum Palliative Care zur Qualifizierung von Mitarbeitenden in Einrichtungen im Gesundheitswesen Modul 1 (40 h).** Reihe Palliative Care. 2. komplett überarbeitete Auflage, Pallia Med Verlag, Bonn

Kern M., Müller M. und Aurnhammer K. (2020). **Basiscurriculum Palliative Care für Pflegefachkräfte. (Modul 1 und Modul 2 / 160 Unterrichtseinheiten**. 8. komplett überarbeitete Auflage, Pallia Med Verlag Bonn

Kreyer Ch. und Pleschberger S. (2018). **KOMMA – ein nutzerorientierter Ansatz zur Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung**. Z Palliativmed 2018, 19:299-304

Martin, M. O., Mullis, I. V. S., und Hooper, M. (2016). ***Methods and Procedures in TIMSS 2015***. Retrieved from Boston College, TIMSS & PIRLS International Study Center website: http://timssandpirls.bc.edu/publications/timss/2015-methods.html

Müller M., Pfister D., Markett S. und Jaspers B. (2009). **Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland**. In: Der Schmerz 2009, 23:600-608

Müller S., Pfister D. und Müller M. (2014). **2009 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**. https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2014/05/wieviel-tod-vertraegt-das-team.pdf

OECD (2012). **PISA 2009 Technical Report**, PISA, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264167872-en

Orellana C. und Schmidt St. (2015). **Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes**. Onkologische Pflege 2015, 1: 40–46

Orellana-Rios C.L., Radbruch L., Kern M., Regel Y. U., Anton A., Sinclair S. und Schmidt St. (2018). **Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an "on the job" program**. BMC Palliative Care 2018, 17:3

Porst R. (2009). **Fragebogen: Ein Arbeitsbuch**. In 2. Auflage edn. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Sturgis, P., Smith, P. & Hughes, G. (2006). **A Study of Suitable Methods for Raising Response Rates in School Surveys**

Terwey M. und Baltzer St. (2011). **ALLBUS 2010 - Variable Report Studien-Nr. 4610***,* Version: 1.1.0 GESIS Datenarchiv für Sozialwissenschaften, GESIS-Variable Reports Nr. 2011/02, doi: 10.4232/1.10760

Von Schmude-Trzebiatowski A (2017). **Quantitative Studie zur Analyse der Zufriedenheit von Mitarbeitenden in Hospizarbeit und Palliativversorgung**. Bachelorarbeit. Hamburger Fernhochschule. University of Applied Sciences

Von Schmude A. und Kern M. (2017). **Zufriedenheit von Mitarbeitenden in Hospizarbeit und Palliativversorgung – eine quantitative Studie.** Palliativmedizin 2017, 18(06): 305-309

Welter, F., Levering, B. und May-Strobl, E. (2016). **Mittelstandspolitik im Wandel**, IfM Bonn: IfM Materialien Nr. 247, Bonn https://www.econstor.eu/bitstream/10419/142238/1/861556585.pdf