Präv Gesundheitsf 2021 · 16:344–353
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5>
 Eingegangen: 31. August 2020
 Angenommen: 20. Dezember 2020
 Online publiziert: 19. Januar 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Patrick Janson^{1,2} · Katharina Rathmann²

¹ Institut für Kurortmedizin und Gesundheitsförderung, Landesinstitut für Gesundheit, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Bad Kissingen, Deutschland

² Fachbereich Pflege und Gesundheit, Public Health Zentrum Fulda (PHZF), Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten

Altenpflegekräfte sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen erheblichen beruflichen Belastungen ausgesetzt. Dies zeigt sich in überdurchschnittlich hohen Krankenständen [15] und der kurzen Verweildauer im Beruf [7]. In der Forschung ist der Zusammenhang zwischen Belastung und psychischer Beanspruchungen bei Altenpflegekräften, insbesondere bei ambulanten (Alten-)Pflegekräften, unterrepräsentiert und Erkenntnisse beziehen sich primär auf den stationären Bereich [5, 20]. Welche Rolle dabei die Gesundheitskompetenz (GK) der ambulanten Pflegekräfte für die psychische Beanspruchung spielt, ist bisher noch nicht erforscht. Daher werden in diesem Beitrag empirische Daten einer bayernweiten Online-Befragung zur Assoziation zwischen beruflicher Belastung und psychischer Beanspruchung sowie der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Beanspruchung

ausgewertet.

Hintergrund und Fragestellung

Einschlägige Studien der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass die objektive Arbeitsbelastung und das subjektive Belastungserleben im Pflegesektor überdurchschnittlich hoch ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen [11]. Zu den Belastungsfaktoren gehören u. a.: hohe Arbeitsintensität, Zeitdruck, Arbeitsverdichtung, geringe Entlohnung sowie anspruchsvolle Emotionsarbeit aufgrund der Konfrontation mit schweren Krankheiten, Leid und Sterben [12].

Die Belastung, die das Arbeiten in der Altenpflege mit sich bringt, zeigt sich schon jetzt durch hohe Jobabbruchraten, kurze Verweildauern im Beruf [6] und häufigen Kündigungsabsichten [8] sowie durch hohe Fehlzeiten der Mitarbeitenden. So zeigen Altenpflegekräfte überdurchschnittlich hohe AU-Tage, jede 5. Pflegekraft fühlt sich durch die Arbeit physisch und psychisch gefährdet, zu diesem Ergebnis kam der BKK-Gesundheitsatlas 2017 [15]. Beschäftigte in

der Altenpflege fallen mit durchschnittlich 24,1 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU) am häufigsten krankheitsbedingt aus – der Durchschnitt aller Berufsgruppen liegt bei 16,1 AU-Tagen [15]. Auch bei psychisch bedingten Erkrankungen liegen Mitarbeitende in der Altenpflege vorne: Mit 4,7 AU-Tagen fallen Altenpfleger*innen deutlich häufiger aufgrund von psychischen Störungen aus als der Durchschnitt aller Berufsgruppen mit 3,0 AU-Tagen [15].

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept von Rohmert und Rutenfranz proklamiert eine kausale Verknüpfung von Anforderungen bei der Arbeit, die sich aus den Aufgaben, der Tätigkeit sowie den Arbeitsinhalten ergeben (berufliche Belastungen) und den Auswirkungen auf das Individuum (psychische Beanspruchung) in Abhängigkeit individueller Motivation, Eigenschaften und Fähigkeiten [22]. Beanspruchung hängt somit von den persönlichen Ressourcen des Individuums ab [18].

Der Begriff „health literacy“ wurde erstmals in den 1970er-Jahren geprägt und wird im deutschsprachigen Raum

mit „Gesundheitskompetenz“ übersetzt. Seither haben sich zahlreiche Definitionen und Konzepte mit unterschiedlichen Schwerpunkten etabliert [25]. So umfasst „health literacy“ nicht nur die Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu beurteilen und zu verstehen, sondern umfasst auch die Kompetenz Entscheidungen im täglichen Leben zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken können – in der Gesellschaft, im Gesundheitssystem, zuhause und am Arbeitsplatz [14]. DeWalt et al. konnten im Rahmen eines systematischen Reviews aufzeigen, dass Patient*innen mit niedriger GK ein um das 1,5- bis 3-fach erhöhtes Risiko haben, negative Gesundheitsoutcomes, z. B. Depression (OR: 2,70; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 2,20–3,40), zu entwickeln im Vergleich zu Patient*innen mit angemessener Gesundheitskompetenz [3]. GK kann als personale Ressource bzw. als protektiver Faktor angesehen werden und ist mit dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (d. h. subjektive Gewissheit Herausforderungen aufgrund persönlicher Kompetenz zu bewältigen) der sozialkognitiven Theorie nach Bandura verbunden [17].

Bisherige Studien im Setting der Pflege, die berufliche Belastung und psychische Beanspruchung der Pflegekräfte erforschten, stellten meist Vergleiche zu anderen Berufsgruppen auf [20], differenzierten zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen [26, 28] oder zwischen somatischen und psychiatrischen Tätigkeitsbereichen [5]. Weiterhin wurden der Einfluss des Settings (ambulant und stationär) sowie der Einfluss des Trägers (freigemeinnützig und privat) auf die Kündigungsabsichten der Pflegekräfte analysiert [27].

Ob häufige Gedanken an einen Berufswechsel als ein Aspekt der psychischen Beanspruchung bei ambulanten Pflegekräften mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert sind, stand jedoch noch nicht im Fokus bisheriger Studien.

Das Ziel dieser Studie ist daher, den Forschungsstand zu beruflicher Belastung und psychischer Beanspruchung von ambulanten Pflegekräften in Bayern zu erweitern sowie Assoziationen zwischen der selbstberichteten GK und

psychischer Beanspruchung aufzuzeigen.

Folgende Fragestellungen standen im Fokus der Studie:

1. Wie hoch ist der Anteil an beruflicher Belastung, psychischer Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei ambulanten Pflegekräften in ausgewählten bayerischen Großstädten?
2. Welcher Zusammenhang zeigt sich zwischen den beruflichen Belastungsfaktoren und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel?
3. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Gesundheitskompetenz und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel von ambulant tätigen Pflegekräften in ausgewählten bayerischen Großstädten?

Datenbasis und Methodik

Feldzugang und Datenbasis

In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantitative Primärerhebung, die mittels Online-Befragung in Form eines Survey-Designs bei ambulanten Pflegekräften in Bayern durchgeführt wurde. Da keine Liste mit allen ambulant tätigen Pflegekräften existiert, bietet sich als Auswahlverfahren eine Klumpenstichprobe an, bei der auf eine Liste der zusammengefassten Elemente zurückgegriffen wird [24]. Die zusammengefassten Elemente stehen für die ambulanten Pflegedienste. Diese benötigen, um eine Zulassung zu erhalten, einen sog. Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse gemäß §72 SGB XI, wodurch alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste in den entsprechenden Städten gelistet sind. Um eine möglichst große Anzahl an Teilnehmenden zu rekrutieren, wurde für jeden der sieben bayerischen Regierungsbezirke die größte Stadt ausgewählt und alle gelisteten ambulanten Pflegedienste ($n = 415$) der Städte München, Landshut, Regensburg, Bamberg, Nürnberg, Würzburg und Augsburg vorab per E-Mail über die Online-Befragung informiert.

Das Erhebungsinstrument wurde aus drei verschiedenen Fragebögen zusammengestellt, dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ, [19]), der

Kurzform des European Health Literacy Questionnaire (HLS-Q-16, [21]) und dem Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10; [16]), welche lediglich dem Wording angepasst wurden, ansonsten jedoch unverändert übernommen wurden. Hierbei wurden insgesamt 37 Variablen zu beruflichen Belastungen ($n = 24$), psychischen Beanspruchungen ($n = 7$), GK ($n = 1$), organisationaler GK ($n = 1$) und subjektivem Sozialstatus [4] (SSS; $n = 1$) sowie Alter, Geschlecht und Qualifikation abgefragt.

Variablenbeschreibung

Die Operationalisierung der Belastungsfolgen, also die Beanspruchung wurde im Sinne eines Outcomes mittels vielfach validierten Fragebogens zur psychosozialen Arbeitsbelastung, dem COPSOQ [19] gemessen. Dieser wurde bereits iterativ im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege [5], sowie in der Altenpflege [28] erfolgreich eingesetzt. Folgende übergeordnete Skalen wurden als abhängige Variablen (AV) unverändert übernommen: Gedanken an Berufswechsel, Arbeitszufriedenheit, allgemeiner Gesundheitszustand und Präsentismus. Alle Skalen setzen sich aus mindestens einer, maximal aus sechs Fragen zusammen, welche mittels 5-stufiger Likert-Skala abgefragt wurden. Diese wurden mit den möglichen Ausprägungen 0, 25, 50, 75 oder 100 Punkten kodiert. Niedrige Werte stehen dabei für eine geringe Ausprägung der entsprechenden Variablen und umgekehrt [19]. Zur Auswertung wurden die Ergebnisse der Befragten an den entsprechenden Mittelwerten (MW), welche auf Grundlage von ca. 10.000 Befragten ermittelt wurden und in der COPSOQ-Datenbank hinterlegt sind [20], dichotomisiert.

Als Kontrollvariablen wurde das Alter, Geschlecht und SSS abgefragt. Der SSS wurde mit der deutschen Version der 10-stufigen MacArthur-Skala [4] ermittelt, deren Reliabilität und Konstruktvalidität in mehreren Studien nachgewiesen wurde [10]. Die Auswertung wurde wie folgt vorgenommen: niedriger SSS (Skalenwert 1–4), mittlerer SSS (Skalenwerte 5–6) und hoher SSS (Skalenwert 7–10;

P. Janson · K. Rathmann

Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten

Zusammenfassung

Hintergrund. In ihrer täglichen Arbeit sind Altenpflegekräfte einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt. Gesundheitskompetenz (GK) kann hierbei als protektiver Faktor aufgefasst werden.

Ziel der Arbeit. Ziele der Befragung sind berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und GK von ambulanten Pflegekräften zu erfassen. Darüber hinaus werden die Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel sowie zwischen der GK und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel analysiert.

Material und Methode. Berufliche Belastungen und psychische Beanspruchung wurden mit dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) und die GK mit

der Kurzform des European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) im Rahmen einer Online-Befragung in sieben bayerischen Großstädten erfasst. Neben uni- und bivariaten Auswertungen wurden auch multivariate statistische Analysen durchgeführt.

Ergebnisse. Von den 261 befragten Pflegekräften werden innerhalb der beruflichen Belastungen v. a. Work-Privacy-Konflikte (87,4 %) genannt, bei den psychischen Beanspruchungen sind es mit 58,5 % häufige Gedanken an einen Berufswechsel. Ein Großteil der Befragten (51,0 %) berichtet über Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen. Befragte, die über hohe physische Anforderungen (Odds Ratio [OR]: 6,89; $p < 0,001$; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 2,75–17,23) und Work-Privacy-Konflikte

(OR: 4,45; $p < 0,01$; 95 %-KI: 1,61–12,26) berichten, sowie Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen (OR: 13,48; $p < 0,001$; 95 %-KI: 6,55–27,76) besitzen, weisen ein erhöhtes Risiko auf häufige Gedanken an einen Berufswechsel zu verspüren.

Schlussfolgerungen. Die Reduktion von beruflichen Belastungen und die Förderung der GK kann eine wirksame Maßnahme darstellen, um Gedanken an einen Berufswechsel zu reduzieren.

Schlüsselwörter

Psychische Belastung · Psychische Gesundheit · COPSOQ · Psychosoziale Arbeitsbedingungen · Querschnittsstudie

Occupational stress, mental strain and health literacy of outpatient nurses for the elderly: a quantitative online survey in selected large Bavarian cities

Abstract

Background. In their daily work, geriatric nurses are exposed to a variety of stress factors that influence their health over a longer period. Health literacy (HL) can be understood as a protective factor for health.

Objectives. The aim of the study is to measure outpatient nurses' occupational stress, mental strain and HL. Furthermore, correlations between occupational stress and common thoughts of changing occupations as well as correlation between HL and common thoughts of changing occupations were analyzed.

Materials and methods. Psychosocial workload and strain were assessed by the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) and HL was measured by the

short form of the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) within the framework of an online survey in seven large Bavarian cities. Apart from uni- and bivariate evaluations multivariate statistic analysis were conducted.

Results. Of the 261 surveyed outpatient nurses work privacy conflicts (87.4%) were the most commonly mentioned psychosocial workload, whereby mental strain is mentioned by 58.5% as being associated with thoughts of changing occupations. A majority of respondents report difficulties in dealing with health-related information. Respondents who reported on heavy psychosocial workload associated with high physical demands (odds ratio [OR]: 6.89; $p < 0.001$; 95% confidence interval [CI]:

2.75–17.23) and work privacy conflicts (OR: 4.45; $p < 0.01$; 95% CI: 1.61–12.26) as well as respondents who showed inadequate or problematic HL are at increased risk of frequent thoughts of changing occupations (OR: 13.48; $p < 0.001$; 95% CI: 6.55–27.76).

Conclusions. The reduction of occupational stress and the promotion of HL of outpatient nurses may be an effective intervention to reduce thoughts of career change.

Keywords

Psychological stress · Psychological health · COPSOQ · Psychosocial working conditions · Cross-sectional study

[9]). Die unabhängigen Variablen bestehen aus den Variablen zur beruflichen Belastung und den Ressourcen in Form von GK. Für die Erfassung der beruflichen Belastungen im Sinne einer Exposition werden die übergeordneten Skalen des COPSOQ zu Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten sowie weitere Belastungen abgefragt. Die Skala zu den Anforderungen setzt sich aus

den Subskalen quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen, verbergen von Emotionen und Work-Privacy-Konflikten zusammen. Die übergeordnete Skala Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet Fragen zum Einfluss auf die Pausen, Spielraum bei den Pausen, Entwicklungsmöglichkeiten, Bedeutung der Arbeit und Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz. Die Skala zu weiteren Belas-

tungen setzt sich aus Fragen zu Vertrauen und Gerechtigkeit und zur Arbeitsumgebung zusammen. Die Antwortkategorien der entsprechenden Items lauten dabei „immer“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“ bzw. „in sehr hohem Maß“, „in hohem Maß“, „zum Teil“, „in geringem Maß“ und „in sehr geringem Maß“. Die Kodierung und Dichotomisierung ist entsprechend der AV.

Tab. 1 Stichprobenverteilung (absolute und relative Häufigkeiten)

	Häufigkeiten in	
	n	%
Arbeitgeber (n = 247)		
Arbeiterwohlfahrt (AWO)	17	6,9
Bayerisches Rotes Kreuz (BRK)	19	7,7
Caritas	27	10,9
Diakonie	43	17,4
Paritätischer Wohlfahrtsverband (z. B.: ASB)	29	11,7
Privater oder gewerblicher Pflegedienst	93	37,7
Städtisch	17	6,9
Sonstiger	2	0,8
Fehlend	14	–
Arbeitsort (n = 247)		
Augsburg	28	11,3
Bamberg	37	15,0
Landshut	20	8,1
München	39	15,8
Nürnberg	59	23,9
Regensburg	33	13,4
Würzburg	31	12,6
Fehlend	14	–
Geschlecht (n = 247)		
Männlich	75	30,4
Weiblich	171	69,2
Divers	1	0,4
Fehlend	14	–
Alter (Jahre, n = 261)		
18–29	79	30,3
30–39	75	28,7
40–49	49	18,8
50–59	37	14,2
60+	21	8,0
Fehlend	0	–
Berufsgruppe (n = 247)		
Fachkraft (3-jährige Ausbildung)	127	51,4
Helfer (mindestens einjährige Ausbildung)	60	24,3
Helfer (ohne Ausbildung)	29	11,7
Akademiker (Diplom/Bachelor/Master)	23	9,3
Keine Angabe	8	3,2
Fehlend	14	–
Vorgesetzter (n = 247)		
Ja	65	26,3
Nein	182	73,7
Fehlend	14	–
Arbeitsbefristung (n = 247)		
Ja	12	4,9
Nein	235	95,1
Fehlend	14	–

Die Gesundheitskompetenz wird mit einer validierten und als reliabel bewerteten Kurzversion des „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU-Q) abgefragt, dem HLS-EU-Q16 [21]. Dieser besteht aus 16 Fragen, mit den Antwortmöglichkeiten „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“. Um den Gesamtscore zu berechnen, werden die Antwortmöglichkeiten „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ zusammengefasst und mit einem Punkt bewertet, die anderen beiden Antwortmöglichkeiten werden ebenfalls zusammengefasst und erhalten keine Punkte. Die Punkte aller Fragen werden addiert, somit kann ein Summenscore von minimal 0 bis maximal 16 Punkten erreicht werden. Entsprechend der erzielten Punkte lassen sich folgende GK zuordnen: 16–13 Punkte ausreichende GK, 12–9 Punkte problematische GK und bei ≤8 Punkten Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen [23].

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenverteilung ist in **Tab. 1** dargestellt und weist folgende soziodemografische Merkmale und Häufigkeitsverteilungen auf. Es nahmen 261 ambulante Pflegekräfte an der Befragung teil. Die Anzahl variiert von Frage zu Frage, da ungültige und fehlende Angaben nicht berücksichtigt wurden. Die meisten Befragten geben mit 37,7 % an, bei privaten oder gewerblichen Pflegediensten beschäftigt zu sein und in Nürnberg (23,9 %) zu arbeiten. Bei der Betrachtung des Geschlechts lässt sich feststellen, dass 69,2 % weiblich, 30,4 % männlich und 0,4 % divers angeben. Die jüngsten Teilnehmenden bei der Befragung sind 19 Jahre, die ältesten 64 Jahre. Die Gruppe der bis 29-Jährigen stellt mit 30,3 % den größten Anteil dar und die Gruppe der Befragten, die älter als 60 Jahre mit 8 % den kleinsten. Bezogen auf die Berufsgruppen bilden Fachkräfte mit 51,4 % die größte Gruppe, die kleinste besteht mit 9,3 % aus Akademikern. Lediglich 26,3 % der Teilnehmer sind Vorgesetzte. In der befragten Stichprobe haben die meisten Pflegekräfte (95,1 %) einen unbefristeten Arbeitsver-

Tab. 1 (Fortsetzung)

	Häufigkeiten in	
	n	%
Vollzeittätigkeit (n = 247)		
Ja	137	55,5
Nein	110	44,5
Fehlend	14	–
Arbeit am Wochenende oder Feiertag mindestens einmal pro Monat (n = 247)		
Ja	208	84,2
Nein	39	15,8
Fehlend	14	–
Arbeit mindestens einmal pro Woche abends (nach 18:30 Uhr) oder nachts (vor 5 Uhr) (n = 247)		
Ja	202	81,8
Nein	45	18,2
Fehlend	14	–
SSS (n = 232)		
Niedrig	85	36,6
Mittel	116	50,0
Hoch	31	13,4
Fehlend	29	–

Quelle: Eigene Darstellung
SSS subjektiver Sozialstatus

Tab. 2 Häufigkeiten der beruflichen Belastungen und psychischen Beanspruchungen (absolute und relative Häufigkeiten)

	Häufigkeiten	
	n	%
Berufliche Belastungen		
<i>Quantitative Anforderungen (n = 239)</i>		
Geringe quantitative Anforderungen	42	17,6
Hohe quantitative Anforderungen	197	82,4
Fehlend	22	–
<i>Emotionale Anforderungen (n = 239)</i>		
Geringe emotionale Anforderungen	33	13,8
Hohe emotionale Anforderungen	206	86,2
Fehlend	22	–
<i>Verbergen von Emotionen (n = 239)</i>		
Geringe Belastung durch Verbergen von Emotionen	38	15,9
Hohe Belastung durch Verbergen von Emotionen	201	84,1
Fehlend	22	–
<i>Work-Privacy-Konflikte (n = 239)</i>		
Geringe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte	30	12,6
Hohe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte	209	87,4
Fehlend	22	–
<i>Einfluss auf die Arbeit (n = 236)</i>		
Geringen Einfluss auf die Arbeit	135	57,2
Viel Einfluss auf die Arbeit	101	42,8
Fehlend	25	–
<i>Spielraum bei den Pausen (n = 236)</i>		
Geringer Spielraum bei den Pausen	166	70,3
Viel Spielraum bei den Pausen	70	29,7
Fehlend	25	–

trag, 55,5 % arbeiten in Vollzeit, 84,2 % mindestens einmal pro Monat an einem Wochenende oder Feiertag und 81,8 % mindestens einmal pro Woche abends (nach 18:30 Uhr) oder nachts (vor 5 Uhr). Den subjektiven Sozialstatus schätzten 50 % der teilnehmenden Pflegekräfte mit „mittel“ und 36,6 % mit „niedrig“ ein.

Statistische Auswertung

Im Rahmen der Analysestrategie stellen die beruflichen Belastungen und die GK der ambulanten Pflegekräfte die unabhängigen Variablen (UV) dar und die psychischen Beanspruchungen die abhängige Variable (AV). Diese Annahme basiert auf verschiedenen theoretischen Modellen: dem Belastungs- und Beanspruchungsmodell nach Rohmert und Rutenfranz [22] sowie dem Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek [13]. Im Rahmen der univariaten Auswertung werden absolute und relative Häufigkeiten der beruflichen Belastungen sowie der psychischen Beanspruchung nachstehend dargelegt (■ Tab. 2). Bei der bivariaten Analyse werden Zusammenhänge zwischen den dichotomisierten Belastungsvariablen (UV) und den dichotomisierten Outcomes (AV) aufgezeigt. Mögliche Zusammenhänge werden mit dem χ^2 -Test nach Pearson und dem entsprechenden *p*-Wert angegeben. Häufigkeiten werden mit 95 %-KI ausgewiesen. Anschließend werden die OR für die Outcomes (AV) durch binärlogistische Regressionsanalysen berechnet und mit 95 %-KI angegeben, innerhalb des errechneten Modells wird für die Variablen Alter, Geschlecht und SSS kontrolliert.

Ergebnisse

Im Zuge der Quantifizierung der beruflichen Belastungen, psychische Beanspruchung und der GK wurde mittels univariaten Häufigkeitsauswertungen (■ Tab. 2) deutlich, dass 82,4 % (*n* = 197) der befragten Pflegekräfte hohe quantitative Anforderungen (z. B. sehr schnelles Arbeiten, nicht genügend Zeit um alle Aufgaben zu erledigen, Überstunden) und 86,2 % (*n* = 206) hohe emotionale Anforderungen (z. B. die Arbeit verlangt

Tab. 2 (Fortsetzung)

	Häufigkeiten	
	n	%
<i>Entwicklungsmöglichkeiten (n = 236)</i>		
Geringe Entwicklungsmöglichkeiten	193	81,8
Viel Entwicklungsmöglichkeiten	43	18,2
Fehlend	25	–
<i>Bedeutung der Arbeit (n = 236)</i>		
Geringe Bedeutung der Arbeit	47	19,9
Hohe Bedeutung der Arbeit	189	80,1
Fehlend	25	–
<i>Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz (n = 236)</i>		
Geringe Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	182	77,1
Hohe Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	54	22,9
Fehlend	25	–
<i>Physische Anforderungen (n = 234)</i>		
Geringe physische Anforderungen	55	23,5
Hohe physische Anforderungen	179	76,5
Fehlend	27	–
Psychische Beanspruchungen		
<i>Gedanken an Berufswechsel (n = 234)</i>		
Wenig Gedanken an Berufswechsel	97	41,5
Häufige Gedanken an Berufswechsel	137	58,5
Fehlende	27	–
<i>Allgemeiner Gesundheitszustand (n = 233)</i>		
Niedriger Allgemeiner Gesundheitszustand	122	52,4
Hoher Allgemeiner Gesundheitszustand	111	47,6
Fehlend	28	–
<i>Präsentismus (n = 229)</i>		
Kein Präsentismus	101	44,1
Häufiger Präsentismus	128	55,9
Fehlend	32	–
Ressource		
<i>Personale Gesundheitskompetenz (n = 232)</i>		
Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen	88	38,0
Problematische Gesundheitskompetenz	31	13,0
Ausreichende Gesundheitskompetenz	113	49,0
Fehlend	29	–

Quelle: Eigene Darstellung

es, die eigenen Gefühle zu verbergen; mit der eigenen Meinung zurückhalten) angeben. Knapp 85 % ($n = 201$) empfinden hohe Anforderungen durch das Verbergen von Emotionen bei der Arbeit, 87,4 % ($n = 209$) geben Work-Privacy-Konflikte an. Geringen Einfluss auf die Arbeit empfinden 57,2 % ($n = 135$), geringen Spielraum bei den Pausen 70,3 % ($n = 166$) der Befragten. Rund 80 % schätzen ihre Entwicklungsmöglichkeiten ($n = 193$) als gering, die Bedeutung der Arbeit

($n = 189$) jedoch als hoch ein. Geringe Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz wird von 77,1 % ($n = 182$) der befragten Pflegekräfte angegeben, hohe physische Anforderungen wiederum von 76,5 % ($n = 179$). Als häufigste Beanspruchung wird häufige Gedanken an einen Berufswechsel genannt (58,5 %), mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegekräfte schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als niedrig ein (52,4 %) und geben häufigen Präsentismus (trotz

bestehender Erkrankung anwesend auf der Arbeit zu sein; [12]) an (55,9 %). Fast 40 % der Teilnehmenden berichten über Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen, 13 % weisen eine problematische GK und 49 % eine ausreichende GK auf.

Hinsichtlich Fragestellung 2 wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen den einzelnen Belastungsaspekten und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel mittels bivariater Analyse aufgezeigt (■ Tab. 3). Ambulante Pflegekräfte, die hohe quantitative Anforderungen (59,8 %), hohe emotionale Anforderungen (56,4 %), hohe Belastungen durch das Verbergen von Emotionen (56,6 %) und hohe Belastungen durch Work-Privacy-Konflikte (61,5 %) angeben, berichten häufiger Gedanken an einen Berufswechsel im Vergleich zu den Pflegekräften, die nicht exponiert sind. Knapp 70 % der Befragten, die wenig Einfluss und Spielraum bei den Pausen angeben, 62,3 % derer, die wenig Entwicklungsmöglichkeiten empfinden und 78,7 % derjenigen, die ihrer Arbeit wenig Bedeutung zuschreiben berichten ebenfalls über häufige Gedanken an einen Berufswechsel. Altenpflegekräfte, die eine geringe Verbundenheit mit der Arbeit (60,0 %) und hohe physische Anforderungen (67,0 %) angeben, verspüren häufige Gedanken an einen Berufswechsel. Befragte, die über Schwierigkeit beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen verfügen (85,7 %), geben häufiger an, Gedanken an einen Berufswechsel zu verspüren, als diejenigen, die über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen.

In ■ Tab. 4 sind die multivariaten Ergebnisse des binärlogistischen Regressionsmodells dargestellt. Das Modell stellt den Zusammenhang zwischen den Belastungsvariablen und der Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen dar. Befragte, die hohe Belastungen durch Work-Privacy-Konflikte angeben, weisen ein 4,45-fach erhöhtes Risiko für häufige Gedanken an einen Berufswechsel auf (95 %-KI: 1,61–12,26; $p < 0,01$). Ambulante Pflegekräfte, die wenig Einfluss auf die Arbeit angeben, besitzen eine 2,47-fach erhöhte Chance für häufige Gedan-

Tab. 3 Häufige Gedanken an einen Berufswechsel, differenziert nach Belastungen und Gesundheitskompetenz (in % und *n* in Klammern, χ^2 -Signifikanzprüfung)

	Häufige Gedanken an Berufswechsel	
		Gesamt
Anforderungen		
Quantitative Anforderungen (n = 233)	p = 0,394	–
Geringe quantitative Anforderungen	52,5 (21)	17,1 (40)
Hohe quantitative Anforderungen	59,8 (116)	82,9 (194)
Emotionale Anforderungen (n = 233)	p = 0,100	–
Geringe emotionale Anforderungen	71,9 (23)	13,7 (32)
Hohe emotionale Anforderungen	56,4 (114)	86,3 (202)
Verbergen von Emotionen (n = 233)	p = 0,149	–
Geringe Belastung durch Verbergen von Emotionen	69,4 (25)	15,4 (36)
Hohe Belastung durch Verbergen von Emotionen	56,6 (112)	84,6 (198)
Work-Privacy-Konflikte (n = 233)	p = 0,016*	–
Geringe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte	37,9 (11)	12,4 (29)
Hohe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte	61,5 (126)	87,6 (205)
Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten		
Einfluss auf die Arbeit (n = 233)	p = 0,001***	–
Wenig Einfluss	67,7 (90)	56,8 (133)
Viel Einfluss	46,5 (47)	43,2 (101)
Spielraum bei Pausen und Urlaub (n = 233)	p < 0,001***	–
Wenig Spielraum	67,9 (112)	70,5 (165)
Viel Spielraum	36,2 (25)	29,5 (69)
Entwicklungsmöglichkeiten (n = 233)	p = 0,014*	–
Wenig Entwicklungsmöglichkeiten	62,3 (119)	81,6 (191)
Viel Entwicklungsmöglichkeiten	41,9 (18)	18,4 (43)
Bedeutung der Arbeit (n = 233)	p = 0,002**	–
Wenig Bedeutung	78,7 (37)	20,1 (47)
Viel Bedeutung	53,5 (100)	79,9 (187)
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz (n = 233)	p = 0,410	–
Geringe Verbundenheit mit der Arbeit	60,0 (108)	76,9 (180)
Hohe Verbundenheit mit der Arbeit	53,7 (29)	23,1 (54)
Weitere Belastungen		
Arbeitsumgebung (n = 233)	p < 0,001***	–
Geringe physische Anforderungen	30,9 (17)	23,5 (55)
Hohe physische Anforderungen	67,0 (120)	76,5 (179)
Ressource		
Gesundheitskompetenz (n = 232)	p < 0,001***	–
Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen/problematische Gesundheitskompetenz	85,7 (102)	51,3 (119)
Ausreichende Gesundheitskompetenz	31,0 (35)	48,7 (113)

Quelle: Eigene Darstellung

p = Signifikanzniveau: **p* < 0,05, ***p* < 0,01, ****p* < 0,001

ken an einen Berufswechsel ($p < 0,01$; 95 %-KI: 1,32–4,65). Mitarbeitende in der ambulanten Pflege, die über wenig Spielraum bei den Pausen berichten, weisen eine 3,99-fach erhöhte Chance für häufige Gedanken an einen Berufswechsel auf ($p < 0,001$; 95 %-KI: 1,97–8,07),

diejenigen, die wenig Entwicklungsmöglichkeiten angeben, verfügen über eine 2,70-fach erhöhte Chance häufige Gedanken an einen Berufswechsel zu verspüren ($p < 0,05$; 95 %-KI: 1,18–6,20). Bei Befragten, die ihrer Arbeit wenig Bedeutung zuschreiben, ist die Chance für

häufige Gedanken an einen Berufswechsel um den Faktor 2,65 erhöht ($p < 0,05$; 95 %-KI: 1,18–5,98). Pflegekräfte, die ihre physischen Anforderungen bei der Arbeit als hoch bewerten, weisen eine 6,89-fach erhöhte Chance für häufige Gedanken an einen Berufswechsel auf ($p < 0,001$; 95 %-KI: 2,75–17,23). Befragte mit Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen (0–8 Punkte)/problematischer GK (9–12 Punkte) [23] weisen eine 13,48-fach erhöhte Chance auf, häufige Gedanken an einen Berufswechsel zu verspüren ($p < 0,001$; 95 %-KI: 6,55–27,76).

Diskussion

Ziel der Studie war es, die beruflichen Belastungen, die psychische Beanspruchung und die GK von ambulanten Pflegekräften in bayerischen Großstädten zu quantifizieren. Anschließend sollten mittels bi- und multivariater Analysen die Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen (Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, weitere Belastungen) und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel sowie zwischen der GK und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel aufgezeigt werden. Bezüglich Fragestellung 1 wird deutlich, dass berufliche Belastung der Befragten am häufigsten durch Work-Privacy-Konflikte, hohe emotionale Anforderungen, hohe Belastungen durch das Verbergen von Emotionen und hohe quantitative Anforderungen bestehen. Häufige Gedanken an einen Berufswechsel werden von den meisten Befragten innerhalb der psychischen Beanspruchungen genannt. Diese Beobachtung decken sich mit den Erkenntnissen von Wirth et al., die psychosoziale Arbeitsbelastung mittels COPSOQ bei ambulanten und stationären Altenpflegekräften messen. Sie konstatieren der Arbeit in der Altenpflege besonders hohe emotionale Anforderungen, überdurchschnittlich hohe Work-Privacy-Konflikte und häufige Gedanken an eine Berufsaufgabe, im branchenübergreifenden Vergleich mit anderen Berufsgruppen [28].

Hinsichtlich der Fragestellung 2 wird der Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und häufigen Gedan-

Tab. 4 Binär-logistisches Regressionsmodell für häufige Gedanken an Berufswechsel und Belastungen (Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, weitere Belastungen) sowie Gesundheitskompetenz ($n = 232$ [fehlende Angaben: 29]; Odds Ratio [OR] und 95 %-Konfidenzintervall [-KI])

	Häufige Gedanken an Berufswechsel OR (95 %-KI) ^{Sig}
Anforderungen	
Hohe quantitative Anforderungen ^{RF}	2,35 (0,95–5,83)
Hohe emotionale Anforderungen ^{RF}	0,70 (0,26–1,92)
Hohe Belastungen durch Verbergen von Emotion ^{RF}	0,87 (0,33–2,45)
Hohe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte ^{RF}	4,45 (1,61–12,26)**
Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten	
Wenig Einfluss auf die Arbeit ^{RF}	2,47 (1,32–4,65)**
Wenig Spielraum bei den Pausen und Urlaub ^{RF}	3,99 (1,97–8,07)***
Wenig Entwicklungsmöglichkeiten ^{RF}	2,70 (1,18–6,20)*
Wenig Bedeutung der Arbeit ^{RF}	2,65 (1,18–5,98)*
Wenig Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz ^{RF}	1,77 (0,84–3,76)
Weitere Belastungen	
Hohe physische Anforderungen ^{RF}	6,89 (2,75–17,23)***
Gesundheitskompetenz	
Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen/problematische Gesundheitskompetenz ^{RF}	13,48 (6,55–27,76)***

Quelle: Eigene Darstellung

Model: Einzelne Belastungsvariablen (Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, weitere Belastungen) und Gesundheitskompetenz unter den Kontrollvariablen von Alter, Geschlecht und Subjektiver Sozialstatus

^{RF} Referenzkategorien: geringe quantitative Anforderungen, geringe emotionale Anforderungen, geringe Belastung durch Verbergen von Emotionen, geringe Belastung durch Work-Privacy-Konflikte, viel Einfluss auf die Arbeit, viel Spielraum bei Pausen und Urlaub, viele Entwicklungsmöglichkeiten, viel Bedeutung der Arbeit, viel Verbundenheit mit der Arbeit, niedrige physische Belastung durch Arbeitsumgebung, ausreichende Gesundheitskompetenz

p = Signifikanzniveau: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ken an einen Berufswechsel deutlich. Vor allem hohe physische Anforderungen ($p < 0,001$), hohe Belastungen durch Work-Privacy-Konflikte ($p < 0,001$) und wenig Spielraum bei den Pausen und Urlaub ($p < 0,001$) sind mit häufigen Gedanken an einen Berufswechsel assoziiert. Es konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen hohen emotionalen Anforderungen und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel sowie zwischen hohen Belastungen durch das Verbergen von Emotionen und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel aufgezeigt werden.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Erkenntnissen, die Ulusoy und Wirth in ihrem Projektbericht proklamieren [26]. Dort geben sie an, dass u. a. geringe Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten Gründe für einen Berufswechsel bei stationären und am-

bulanten Pflegekräften sind. Weiterhin werden schwere, belastende Tätigkeiten als Faktoren genannt, die einen Arbeitsplatzwechsel beeinflussen [26]. Diese Assoziation kann ebenfalls in der durchgeführten Befragung bestätigt werden.

Der Zusammenhang zwischen Kündigungsabsichten und mangelnder Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit sowie hohen physischen Anforderungen wird ebenfalls von Clausen et al. [2] beschrieben. Auch Wendsche et al. [27] kamen zu dem Ergebnis, dass eine geringe Jobkontrolle bei Altenpflegekräften mit häufigen Kündigungsabsichten zusammenhängt. Die von Wendsche et al. [27] aufgezeigte Assoziation zwischen hohen Anforderungen und häufigen Kündigungsabsichten kann ebenfalls bei den Befragten der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Weiterhin besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Schwierigkeiten beim Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen und häufigen Gedanken an einen Berufswechsel ($p < 0,001$) innerhalb der Befragten. Das Thema GK als Ressource bei ambulant tätigen Pflegekräften findet in der aktuellen Studienlage bisher noch keine Berücksichtigung. So wurde GK häufig im Zusammenhang mit Patienten chronischer Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Asthma, Krebs oder HIV/AIDS) erforscht [25] und aktuell im Zusammenhang mit dem Belastungserleben von Pflegekräften in einem staatlichen Krankenhaus [1]. Baructu befragte hierzu 219 Krankenpflegekräfte in einem staatlichen Krankenhaus in der Türkei und konnte einen negativen Zusammenhang zwischen Belastungserleben und GK aufzeigen. Weiterhin konnte aufgezeigt werden, dass bei den Pflegekräften deren GK sich verbesserte die individuelle Belastung abnahm [1].

Die theoretische Grundlage für das Forschungsmodell basiert auf den Annahmen des Belastungs- und Beanspruchungsmodell nach Rohmert und Rutenfranz sowie dem Anforderungskontroll-Modell von Karasek. Innerhalb der theoretischen Annahme des Belastungs- und Beanspruchungsmodells wird davon ausgegangen, dass eine kausale Verknüpfung zwischen beruflicher Belastung und psychischer Beanspruchung besteht, die durch spezifisches subjektbezogenes Verhalten und Fähigkeiten beeinflusst wird [22]. Diese individuelle Fähigkeit wurde in der vorliegenden Studie mittels GK operationalisiert. Im Rahmen der multivariaten Analysen konnte ein signifikant ($p < 0,001$) negativer Zusammenhang zwischen der GK und Gedanken an einen Berufswechsel aufgezeigt werden. Das Anforderungskontroll-Modell postuliert, dass Belastungen nicht durch Aspekte des Arbeitsumfelds allein, sondern durch das Zusammenspiel von Arbeitsanforderungen und vorhandenen Entscheidungsspielräumen resultieren [13]. Diese Annahme konnte ebenfalls im Rahmen der multivariaten Analysen bestätigt werden, denn wenig Entscheidungsspielraum bei den Pausen und Urlaub sind signifi-

kant ($p < 0,001$) mit Gedanken an einen Berufswechsel assoziiert.

Limitationen der Studie

Für das Auswahlverfahren der Befragten wurde eine Klumpenstichprobe genutzt. Hierbei wird eine einfache Stichprobe aus natürlichen Gruppen von Elementen (Klumpen) gezogen [24]. Kritisch an diesem Vorgehen anzumerken ist der sog. Designeffekt. Dieser besagt, dass wenn sich die Cluster, also die Städte, stark unterscheiden, sich die Elemente, also die ambulanten Pflegedienste, innerhalb dieses Clusters ähnlicher sind als die Elemente einer einfachen Zufallsstichprobe. Dies hat zur Folge, dass der Schätzer ungenauer und somit die Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit eingeschränkt wird [24]. Dies zeigt sich in der vorliegenden Arbeit in den teilweise breiten Konfidenzintervallen, die wiederum aus hohen Standardfehlern resultieren. Aufgrund des Rekrutierungsverfahrens ist die Datenbasis nicht repräsentativ für ganz Bayern, sondern spiegelt die beruflichen Belastungen, psychische Beanspruchung sowie die Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden in der ambulanten Pflege in größeren bayerischen Städten wieder. Entsprechend dem Querschnittsdesign können keine kausalen Aussagen getätigt werden. Weiterhin ist zu erwähnen, dass der Fragebogen zwar aus verschiedenen, validierten Fragebögen zusammengestellt wurde, dieser aber in seiner Gesamtheit nicht extern validiert wurde. Die erfassten Daten basieren auf Selbstangaben, wodurch eine Verzerrung aufgrund von Informationsbias nicht ausgeschlossen werden kann.

Schlussfolgerungen

Es wird deutlich, dass die Wahrnehmung beruflicher Belastungen von ambulanten Pflegekräften v. a. in den Bereichen hohe physische Arbeitsanforderungen, Work-Privacy-Konflikte und wenig Spielraum bei den Pausen und Urlaub mit Gedanken an einen Berufswechsel assoziiert sind. Eine Reduktion der physischen Arbeitsbelastung, Vermeidung von Work-Privacy-Konflikten, Steigerung der Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten

bei der Arbeit sowie die Förderung der individuellen GK könnten Gedanken an einen Berufswechsel entgegenwirken. Die Förderung der GK bietet einen vielversprechenden Ansatz bei Pflegekräften, um selbstpflegendes Verhalten zu entwickeln und auszubauen, sodass deren Gesundheit erhalten und gefördert werden kann. Dies kann im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Fortbildungen, Schulungen oder Workshops geschehen.

Fazit für die Praxis

- Hohe physische Arbeitsanforderungen ergeben sich in der ambulanten Pflege häufig durch schlechte räumliche Gegebenheiten in der Wohnung des Pflegebedürftigen, welche jedoch ggf. durch Pflegehilfsmittel (z. B. höhenverstellbares Bett, Lifter) ausgeglichen werden können.
- Die Arbeitsorganisation sollte so gestaltet sein, dass Work-Privacy-Konflikte verringert werden, die Abdeckung der verpflichtenden Rufbereitschaft für ambulante Pflegedienste stellt hierbei eine dauerhafte Quelle der Belastung dar.
- Hohen Belastungen, die z. B. durch Einspringen, Übernahme von Rufbereitschaft oder ähnlichem entstehen, sollte durch Handlungsspielraum entgegengewirkt werden.
- Der Einfluss auf die Arbeit und der Spielraum bei der Pausengestaltung sollte u. a. durch Partizipation erhöht werden, um die psychische Beanspruchung gering zu halten.
- Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) kann die Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden durch Fortbildungen oder durch Workshops erhöht werden.

Korrespondenzadresse

Patrick Janson

Institut für Kurortmedizin und Gesundheitsförderung, Landesinstitut für Gesundheit, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Bad Kissingen, Deutschland
Patrick.janson@lgl.bayern.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Janson und K. Rathmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

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

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Barutcu CD (2019) Relationship between Caregiver health literacy and Caregiver burden. Puerto Rico Health Sci J 38:163–169
2. Clausen T, Tufte P, Borg V (2014) Why are they leaving? Causes of actual turnover in the Danish eldercare services. J Nurs Manag 22(5):583–592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01484.x>
3. DeWalt D, Berkman ND, Sheridan S, Lohr K, Pignone MP (2004) Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. J Gen Intern Med 19:1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
4. Euteneuer F, Süßenbach P, Schäfer SJ, Rief W (2015) Subjektiver sozialer Status. MacArthur-Skalen zur Erfassung des wahrgenommenen sozialen Status im sozialen Umfeld (SSS-U) und in Deutschland (SSS-D). Verhaltenstherapie 25(3):229–232. <https://doi.org/10.1159/000371558>
5. Fischer L, Dadaczynski K, Rathmann K (2020) Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Pflege 33(2):93–104. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000720>
6. Hackmann T (2010) Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Soz

- Fortschr 59(9):235–244. <https://doi.org/10.3790/sfo.59.9.235>
7. Hackmann T, Moog S (2010) Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Z Sozialreform. <https://doi.org/10.1515/zsr-2010-0106>
 8. Hasselhorn H-M (2005) Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü, Übersetzung, Bd. 15. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss, Dortmund, Bremerhaven
 9. Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Lampert T (2013) Subjektiver Sozialstatus und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS 2010). Gesundheitswesen 75(10):643–651. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333211>
 10. Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015) Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58(7):749–757. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2166-x>
 11. Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) (2016) Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart
 12. Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) (2020) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg
 13. Karasek R, Theorell T (1990) Healthy work – stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York
 14. Kickbusch I, Maag D, Saan H (2005) Enabling healthy choices in modern health societies. European Health Forum, Bad Gastein
 15. Kliner K, Rennert D, Richter M, Bogai D (Hrsg) (2017) Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
 16. Kowalski C, S-YD L, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, Ernstmann N (2015) The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. BMC Health Serv Res 15:47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>
 17. Mozygemba K, Mümken S, Krause U, Zündel M, Rehm M, Höfling-Engels N, Lüdecke D, Qurban B (Hrsg) (2009) Nutzenorientierung ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung 2008.doc. Huber, Bern
 18. Neuner R (2019) Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Springer, Wiesbaden
 19. Nübling M (2005) Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ) ; Abschlussbericht zum Projekt „Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)“ – Projekt F 1885. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung, Bd. 1058. Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss, Bremerhaven
 20. Nübling M, Vomstein M, Nübling T, Stöbel U, Hasselhorn H-M, Hofmann F (2011) Erfassung psychischer Belastungen anhand eines erprobten Fragebogens-Aufbau der COPSOQ-Datenbank. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
 21. Pelikan JM, Ganahl K (2016) Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg) Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe, Bern, S93–125
 22. Rohmert W, Rutenfranz J (1975) Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Bonn
 23. Röthlin F, Pelikan J, Ganahl K (2013) Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)
 24. Schnell R, Hill PB, Esser E (2005) Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Aufl. Oldenbourg, München
 25. Soellner R, Huber S, Lenartz N, Rudinger G (2009) Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. Z Gesundheitspsychol 17(3):105–113. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.3.105>
 26. Ulusoy N, Wirth T (2016) Neue Wege bis 67. In der Dienstleistung bis zur Rente. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg-Eppendorf
 27. Wendsche J, Hacker W, Wegge J, Rudolf M (2016) High job demands and low job control increase nurses' professional leaving intentions: the role of care setting and profit orientation. Res Nurs Health 39(5):353–363. <https://doi.org/10.1002/nur.21729>
 28. Wirth T, Ulusoy N, Lincke H-J, Nienhaus A, Schablon A (2017) Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 52:662–669. <https://doi.org/10.17147/ASU2017-09-01-01>