

# Personalsituation Pflege

**Auswertung der Umfrage zur Pflegepersonalausstattung in hämatologischen und onkologischen Krankenhausbereichen**

Herausgegeben von:  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie – DGHO e. V.



# **Personalsituation Pflege**

**Auswertung der Umfrage zur Pflegepersonalausstattung in hämatologischen und onkologischen Krankenhausbereichen**

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO  
Band 18

**Personalsituation Pflege**

Auswertung der Umfrage zur Pflegepersonalausstattung in  
hämatologischen und onkologischen Krankenhausbereichen

Stand: August 2021  
ISBN 978-3-9821204-1-6

**Herausgeber\*innen:**

Prof. Dr. med. Lorenz Trümper  
Prof. Dr. med. Hermann Einsele  
Prof. Dr. med. Maike de Wit  
PD Dr. med. Ingo Tamm

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie  
und Medizinische Onkologie e. V.  
Alexanderplatz 1  
10178 Berlin  
[www.dgho.de](http://www.dgho.de)  
[info@dgho.de](mailto:info@dgho.de)

**Autor\*innen:**

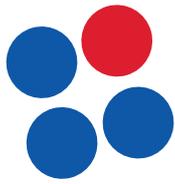
Ulrike Mößner  
Matthias Naegele  
Christoph Mußmann  
Judith Müller  
Michael Oldenburg  
Bernhard Wörmann

**Satz:**

PRINTCOUTURE®, Landshut

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>VORWORT VORSTAND .....</b>	<b>5</b>
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>2 HINTERGRUND .....</b>	<b>9</b>
<b>3 METHODE .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Setting / Sample .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Datenerhebung und Fragebogenentwicklung .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Datensammlung .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Datenanalyse: Deskriptive Auswertung .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Ethische Überlegungen / Datenschutz .....</b>	<b>18</b>
<b>4 ERGEBNISSE .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Teilnehmer*innen .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Arbeitsklima .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Dienste (früh, spät, nachts) .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Stationsbesetzung – NPR .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Pfl egetätigkeiten .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6 Überstunden .....</b>	<b>30</b>
<b>4.7 Versorgungsdefizite .....</b>	<b>30</b>
<b>4.8 Individuelle Kommentare .....</b>	<b>33</b>
4.8.1 Onkologische Qualifikation .....	33
4.8.2 Arbeitsverdichtung .....	33
4.8.3 Beeinträchtigung der Attraktivität des Pflegeberufes .....	34
<b>5 DISKUSSION .....</b>	<b>35</b>
<b>6 FAZIT .....</b>	<b>40</b>
<b>7 REFERENZEN .....</b>	<b>42</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>44</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>45</b>

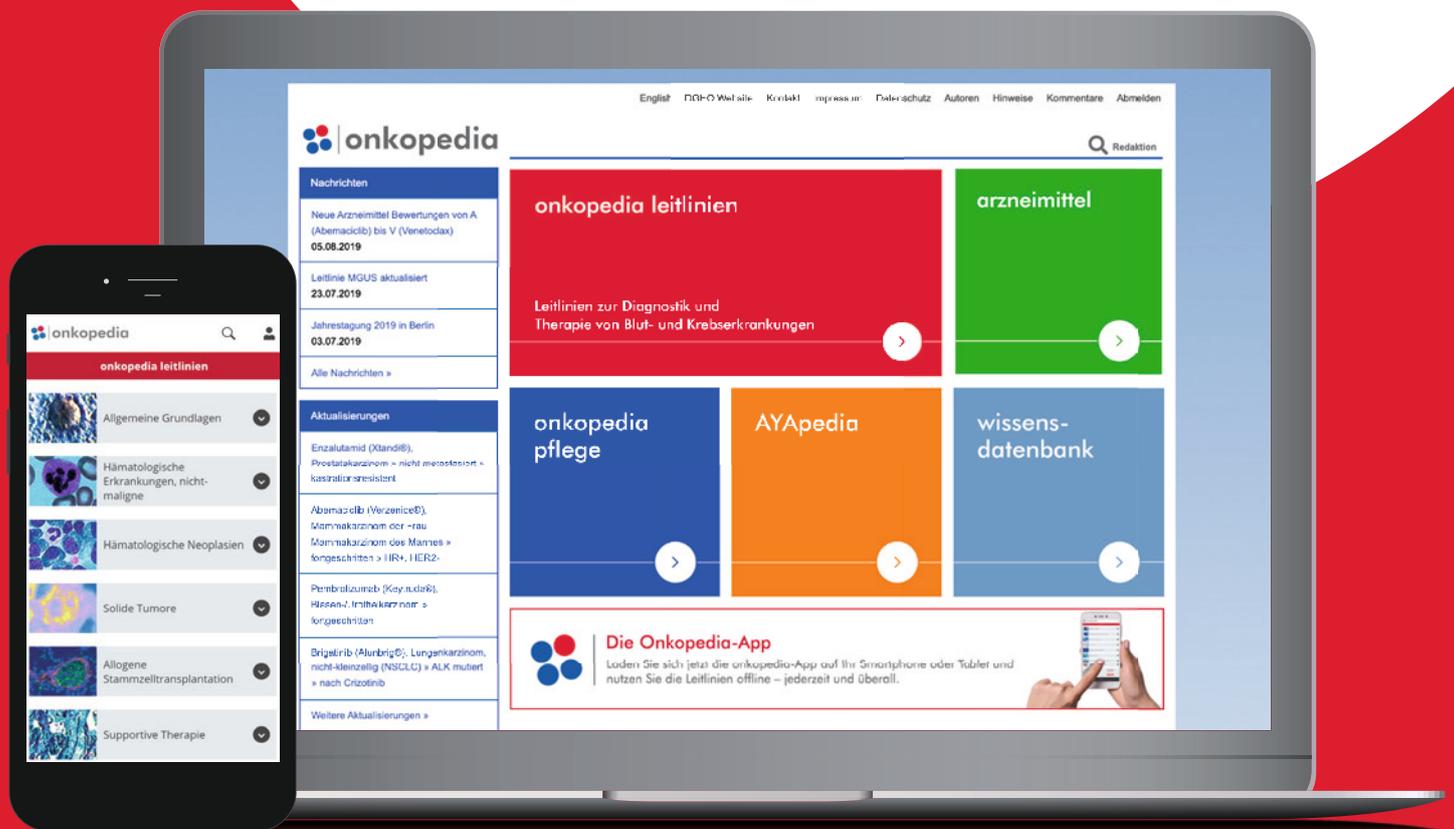


# onkopedia

## Das Leitlinienportal

Online und als App

kompakt · übersichtlich · aktuell · frei zugänglich



## VORWORT DES DGHO-VORSTANDS

Die Betreuung von Patient\*innen mit malignen Erkrankungen ist fachlich und psychisch herausfordernd. Hier hat insbesondere die Pflege eine herausragende Bedeutung. Dazu kommt, dass die Hämatologie und Onkologie eines der sich am schnellsten entwickelnden Fachgebiete in der gesamten Medizin ist. Der Innovationsdruck ist enorm. So finden sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie (bspw. durch die Zulassung neuer Arzneimittel) rasante Entwicklungen statt. Durch die in den vergangenen Jahren kontinuierlich zunehmende Komplexität in unserem Fachgebiet werden nicht nur an das ärztliche Personal, sondern auch an die Kolleg\*innen aus der Pflege hohe fachliche Herausforderungen gestellt, u. a. in Folge der Delegation ärztlicher Leistungen an die in der Pflege Tätigen. Das erfordert sowohl eine große fachliche Expertise als auch ein hohes Maß an Verantwortung in der pflegerischen Praxis. Eine daraus sich ableitende Entwicklung ist u. a. die zunehmende Akademisierung in der Pflege.

Eine der Kerntätigkeiten, die den Pflegeberuf neben allen medizinischen und technischen Anteilen ausmacht, ist die Betreuung und Pflege von Patient\*innen. Dabei kann, ebenso wie gute Medizin, gute Pflege nur dann funktionieren, wenn sie sich dem Menschen – im wahren Wortsinne – ganzheitlich nähert. Das macht das Berufsprofil von Pflegenden so breit: Es reicht von komplexen medizinischen Tätigkeiten bis hin zum empathischen Dasein für Patient\*innen bspw. in existenziellen Situationen wie der palliativen Betreuung am Lebensende.

Wie aber schaffen es Pflegende, einen solchen Spagat vor dem Hintergrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen zu realisieren? Welche strukturellen Faktoren wie Dienstzeiten oder Stationsbesetzung (Nurse-Patient-Ratio – NPR) haben einen Einfluss auf die Qualität von Pflege? Wie erleben die Kolleg\*innen aus der Pflege ihre individuelle Situation? Wie gehen Sie mit Druck um? Dies sind Fragen, mit denen sich der aktuelle Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. auseinandersetzt. Neben einer theoretischen Einordnung des Themas und einem internationalen Studienvergleich basiert die vorliegende Publikation auf einer Umfrage unter Pflegenden, die auf hämatologischen und/oder onkologischen Stationen in Universitätskliniken oder in kommunalen/kirchlichen Krankenhäusern tätig sind.

Die Umfrage wurde vom Arbeitskreis Pflege der DGHO initiiert. Aus diesem Grund gilt unserer besonderer Dank den Vorsitzenden des Arbeitskreises Ulrike Mößner und Matthias Naegele für die Initiative und das Verfassen des Manuskripts. Mit Unterstützung von Kolleg\*innen der DGHO Service GmbH und des DGHO. e. V wurden der Fragebogen erstellt, Ergebnisse erfasst und das Manuskript bis zu seiner Realisierung in der vorliegenden Form redaktionell betreut. Auch hierfür gilt unserer besonderer Dank.

Wir hoffen, mit der vorliegenden Publikation einen Beitrag zur gesundheitspolitischen Debatte leisten zu können und insbesondere der Frage nachzugehen, *was gute Pflege erst möglich macht, bzw. welche Faktoren gute Pflege erschweren.*

*Lorenz Trümper*

*Hermann Einsele*

*Maïke de Wit*

*Ingo Tamm*



DEUTSCHE STIFTUNG FÜR  
**JUNGE  
ERWACHSENE  
MIT KREBS**

**Erste eigene Wohnung,  
erste große Liebe,  
mitten in der Ausbildung ...  
und dann die Diagnose Krebs!**

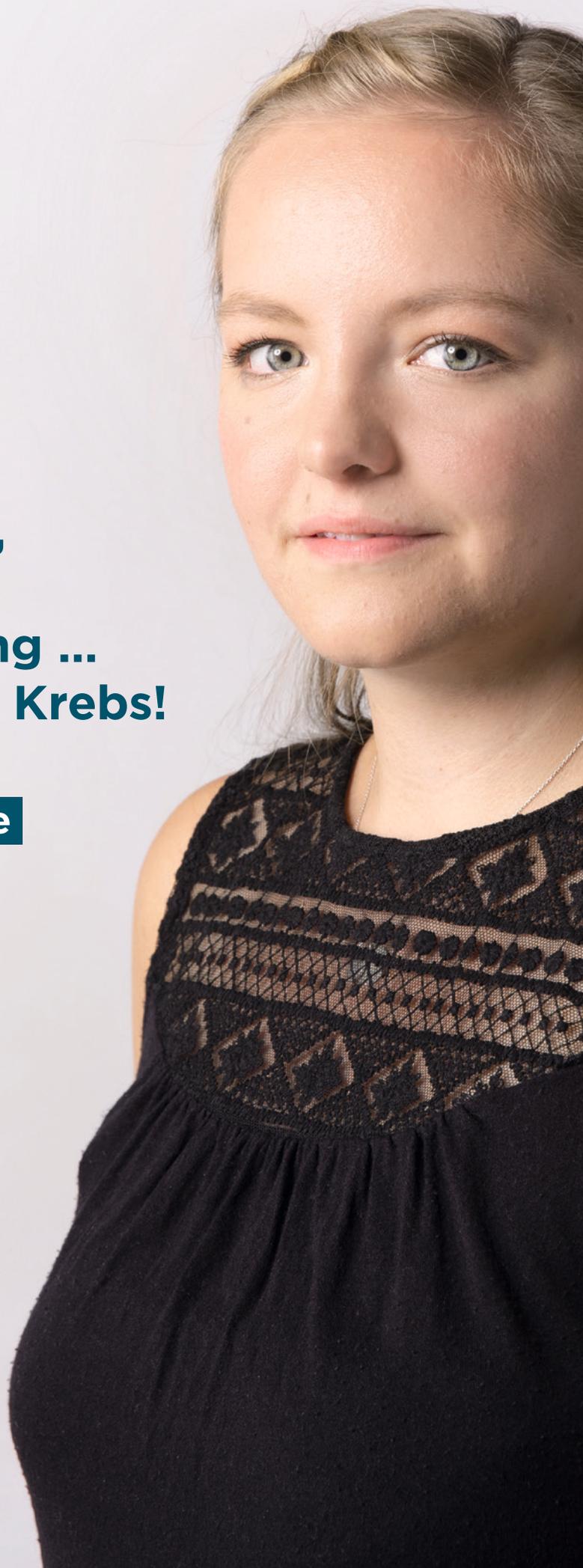
**Wir lassen junge Erwachsene  
mit Krebs nicht allein.**

## **SPENDENKONTO**

Helfen Sie mit die Versorgung junger Erwachsener mit Krebs nachhaltig zu verbessern.

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs  
IBAN: DE57 1001 0010 0834 2261 04  
BIC: PBNKDEFF

[www.junge-erwachsene-mit-krebs.de](http://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de)



# 1

## EINLEITUNG

## 1. Einleitung

In Politik und Presse ist die hohe Arbeitsbelastung in der Pflege immer wieder Thema. Der steigende finanzielle Druck auf die Krankenhäuser der letzten Jahre hatte zur Folge, dass die Anzahl der Pflegepersonen sehr oft nicht den Fallzahlsteigerungen, also der Zunahme an zu versorgenden Patient\*innen, angepasst wurde (Reifferscheid et al., 2016). Dadurch entstanden Defizite in der Versorgung der Patient\*innen. Um dem entgegenzuwirken, wurden von Seiten der Politik in einzelnen Fachbereichen der Medizin Personaluntergrenzen definiert und entsprechend umgesetzt. Der Bereich der Hämatologie und Onkologie war zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung der hier vorliegenden Studie noch nicht berücksichtigt und es war offen, ob dies für die Hämatologie und die Onkologie in naher Zukunft gefordert werden wird. Dem Vorstand der DGHO war es wichtig, ein Bild der aktuellen Situation in der Onkologie in Deutschland zu erhalten, das dann als Ausgangspunkt für ein weiteres Vorgehen dienen könnte. Diese Erhebung sollte nicht nur die Nurse-Patient-Ratio (NPR) – also die Anzahl der zu versorgenden Patient\*innen pro Pflegekraft – abbilden, sondern auch den jeweiligen pflegerischen Aufwand der zu versorgenden Patient\*innen und auch Tätigkeiten aufzeigen, die eigentlich erforderlich wären, aber aus Zeitgründen nicht geleistet werden konnten.

# 2

## HINTERGRUND

## 2. Hintergrund

Mit keiner anderen Berufsgruppe haben stationär zu versorgende Patient\*innen mehr Kontakt als mit dem Pflegepersonal. In einer US-amerikanischen Studie wirkten sich die Personalausstattung, die Qualifikation und die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte unmittelbar auf die Betreuung und das Befinden der Patient\*innen aus (Needleman et al., 2002). Sie hatten auch Einfluss auf patientenrelevante Outcome-Parameter, wie die Komplikationsrate und das Management von Symptomen und Therapienebenwirkungen (Needleman et al., 2002). Ferner wirkten sich hier Art und Umfang der pflegerischen Tätigkeiten erheblich auf die Gestaltung von Behandlungsplänen und deren Umsetzbarkeit aus. Ebenfalls konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Patient\*innen auf Stationen mit einer höheren personellen Ausstattung sowie einer höheren Qualifikation des Pflegepersonals ein geringeres Komplikationsrisiko (z. B. für Harnwegsinfektionen und Pneumonien) und eine kürzere Verweildauer aufwiesen (Needleman et al., 2002). Es ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen ungünstigen Arbeitsbedingungen und schlechter Personalausstattung auf der Pflegeebene mit einer erhöhten Mortalität von Patient\*innen zeigen (OR 1,37; 95% CI: 1.07-1.76). Eine andere Studie ergab, dass mit einer guten Personalausstattung und einer höheren Qualifikation (v.a. auf akademischen Niveau) Komplikationsraten und die Mortalität signifikant reduziert werden konnten (Friese et al., 2008).

Eine internationale Studie von Aiken et al. (2017) kam zu dem Ergebnis, dass eine qualitativ bessere Pflegeausstattung bezogen auf das Ausbildungsniveau der Pflegenden das Outcome der Patient\*innen verbesserte. Pro 10% akademisierter Pflegekräfte sank die Mortalität um 11%. Wurde hingegen in der Versorgung von je 25 Patient\*innen eine gut ausgebildete Pflegekraft durch eine Pflegehelferin ersetzt, erhöhte sich das Mortalitätsrisiko um 21% (Aiken et al., 2014, Aiken et al., 2017). Ein qualitativ gut zusammengesetzter Grade- oder Skillmix mit unterschiedlichen Qualifikationen aus hoch qualifizierten Pflegenden bis hin zu Hilfskräften reduzierte das Risiko für unerwünschte Zwischenfälle und verbesserte pflegesensitive Outcome-Kriterien. Hierunter verstand man Kriterien, die abhängig von der Personalausstattung waren, wie Dekubitus, Stürze oder postoperative Wundinfektionen (Aiken et al., 2017). Ergänzend kann hier erwähnt werden, dass international und auch in fast allen europäischen Ländern die pflegerische Grundausbildung auf einem Bachelorabschluss basiert. Entsprechend positiv wirkte sich auch eine geringere Anzahl von zu versorgenden Patient\*innen pro Pflegekraft aus (Aiken et al., 2017). Die Situation in der Onkologie untersuchten Sharp et al. (2019) in der RECaN, Phase 2 Erhebung der European Oncology Nursing Society (EONS). In Deutschland hatten 10% aller Pflegekräfte in der Onkologie eine Zusatzqualifikation in Form einer zweijährigen Fachweiterbildung. Es fanden sich aber kaum Pflegenden mit einer akademischen Ausbildung und nur vereinzelt Advanced Practice Nurses (APN) darunter (Sharp et al., 2019).

Es war zu beobachten, dass die Anzahl der Pflegepersonen in den letzten Jahrzehnten nicht der Fallzahlsteigerung und Arbeitsverdichtung angepasst wurde. In einer Arbeit von Thomas et al. (2014)

wurde erwähnt, dass einer Fallzahlsteigerung im Zeitraum 2004 bis 2012 von insgesamt 11% nur eine Steigerung der Personalausstattung im pflegerischen Bereich von 3% gegenüberstand, während im ärztlichen Bereich eine Zunahme von 25% zu beobachten war. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Albrecht et al. (2017) in einer empirischen Erhebung der Bertelsmann Stiftung: („Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus“). Die Anzahl der zu versorgenden Patient\*innen für den pflegerischen Bereich war von 2003 bis 2015 um 11,6% gestiegen, während sich hingegen die Anzahl der zu betreuenden Patient\*innen im ärztlichen Bereich um 18,3% reduziert hatte (Albrecht et al., 2017).

Die Anzahl der Patient\*innen pro Pflegekraft variierte je nach Erhebung etwas. Ausserhofer et al. (2014) identifizierten in ihrer Studie RN4CAST für Deutschland im europäischen Vergleich die höchste Anzahl an zu versorgenden Patient\*innen pro Pflegekraft mit 12,7 Patient\*innen im Tagesdurchschnitt. Hierbei handelte es sich um eine Prävalenzstudie, die Pflegenden verschiedener europäischer Kliniken befragte (Ausserhofer et al., 2014). Auch Aiken et al. (2012) fanden in Deutschland eine verhältnismäßig schlechte NPR. So wurden von einer Pflegekraft durchschnittlich 10,5 Patient\*innen pro Schicht betreut, bei ausschließlicher Betrachtung der qualifizierten bzw. examinieren Pflegekräfte waren es 13 Patient\*innen. Hingegen kam die Bertelsmann-Studie auf ein Vollzeitäquivalent (VZÄ) von durchschnittlich 5,9 Patient\*innen, also eine Pflegekraft versorgte 5,9 Patient\*innen. Diese unterschiedlichen Zahlen beruhten auf der unterschiedlichen Berechnungsweise. So wurden bei der RN4Cast-Studie die Anzahl der Pflegekräfte, die zu diesem gegebenen Zeitpunkt auf Station in der direkten Versorgung der Patient\*innen tätig waren, berücksichtigt (Ausserhofer et al., 2014). Hingegen wurden in der Bertelsmann-Studie bei der Berechnung des VZÄ alle Pflegekräfte, die auf einer Station pro vorhandenen Betten arbeiteten, berücksichtigt und somit auch Pflegekräfte, die sich bspw. gerade im Frei oder Urlaub befanden, miteinbezogen (Albrecht et al., 2017). Wurde die Anzahl der Pflegekräfte (VZÄ) je Belegungstage verglichen, lag Deutschland im internationalen Vergleich 2012 mit durchschnittlich 2,4 Pflegekräften je 1.000 Belegungstage sogar auf dem letzten Rang (Albrecht et al., 2017). An erster Stelle befand sich Island mit 6,8 Pflegekräften. Betrachtete man die Fallzahl, d. h. die Anzahl der behandelten Fälle in Deutschland in einem Berichtsjahr im Verhältnis zu den vorhandenen Pflegekräften, so kamen 2012 auf 1000 Fälle rund 19 Pflegenden, während es im internationalen Ländervergleich durchschnittlich 31,9 Pflegekräfte waren. Am besten war die Situation in Japan, hier waren es sogar 53,1 Pflegenden (Albrecht et al., 2017).

Im Rahmen der internationalen RN4CAST-Erhebung untersuchten Ausserhofer et al. 2014 die Auswirkungen von reduzierten Personalressourcen und anderen organisatorischen Umgebungsfaktoren in 12 europäischen Ländern. Beteiligt waren Belgien, England, Finnland, Deutschland, Griechenland, Irland, die Niederlande, Norwegen, Polen, Spanien, Schweden und die Schweiz. In allen beteiligten Ländern kam es vor, dass Pflegenden immer wieder gezwungen waren, Tätigkeiten aufgrund von Zeitmangel oder organisatorischen Faktoren zu unterlassen. Hierbei ließen sich über die untersuchten Länder hinweg ähnliche Muster zu erkennen. Am häufigsten wurden mit 53% Gespräche mit

Patient\*innen weggelassen, gefolgt von der Erstellung der Pflegeplanung und Dokumentation (42%) und der Beratung (41%). Je besser die organisatorischen Arbeitsbedingungen (favourable work environments) und je geringer die zu versorgende Anzahl an Patient\*innen waren und je weniger nicht-pflegerische Tätigkeiten ausgeführt wurden, desto weniger mussten wichtige Pflegetätigkeiten unterlassen werden. Im europäischen Vergleich schnitten Griechenland, Deutschland, Belgien, Irland und England am schlechtesten ab. Pflegende gerieten dadurch immer wieder in moralische Konflikte, wenn sie aus Zeitmangel gezwungen waren, zu entscheiden, welche Tätigkeiten durchgeführt und welche Tätigkeiten unterlassen werden mussten und sich damit folgend spezifische Outcomeparameter (z. B. Dekubitusentstehung aufgrund von nicht durchgeführten Umlagerungen) einzelner Patient\*innen verschlechterten. Daraus resultierten Unzufriedenheit, arbeitsbedingtes Burn-out sowie eine erhöhte Fluktuation unter den Pflegenden (Ausserhofer et al., 2014).

In einer Untersuchung des Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) (Lehmann et al., 2014) war zu erkennen, dass Deutschlands Pflegekräfte im europäischen Vergleich mehr Tätigkeiten in der Körperpflege und weniger Assessmenterhebungen, Pflegeprozess- und Pflegeplanungsmaßnahmen wahrnehmen konnten. Dies fiel insbesondere im Vergleich zu Großbritannien auf, dessen Gesundheitssystem sich durch einen hohen Grademix aus akademisch ausgebildeten und pflegerischen Hilfskräften im Pflegebereich auszeichnete. Das unterschiedliche Ausbildungsniveau bildete sich auch in der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten ab. Es war zu sehen, dass gerade in den skandinavischen Ländern auf Basis einer akademischen Grundausbildung in der Pflege der Anteil an ärztlichen Tätigkeiten, die von den Pflegenden ausgeführt wurden, wesentlich höher war als in Deutschland. Allerdings bestand in skandinavischen Ländern auch eine andere Personalausstattung bzw. NPR, so dass diese Ergebnisse nur begrenzt mit Deutschland vergleichbar waren (Albrecht et al., 2017).

Die zunehmende Arbeitsbelastung und -verdichtung in der Pflege führte zu steigenden Überstunden, vermehrten Krankheitstagen und sinkender Arbeitszufriedenheit und daraus resultierend zu einer höheren Personalfuktuation. Betrachtete man die Pflegeausstattung im internationalen Vergleich, so schnitt Deutschland hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern, unabhängig von der gewählten Bezugsgröße (Fälle, Belegungstage, Zahl der belegten Betten, Bevölkerung), deutlich unterdurchschnittlich ab (Albrecht et al., 2017; Ausserhofer et al., 2014).

Vor dem Hintergrund, dass der finanzielle Druck in Krankenhäusern in den letzten Jahren immer größer und die Anzahl der Pflegepersonen nicht den steigenden Fallzahlen angepasst wurde, berichteten Reifferscheid et al. (2016) vom Institut für Medizinmanagement in ihrer Studie „Pflegerische Versorgungsdefizite von deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Krankenhaus-Leitungspersonen“. Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), der über pflegebezogene Zusatzentgelte zur adäquaten Vergütung hochaufwändiger Pflegeleistungen beitragen sollte, änderte diese Situation aufgrund des hohen Dokumentationsaufwandes und begrenzter Anwendbarkeit kaum (Reifferscheid et al., 2016). Eine Auswertung von halbstrukturierten Interviews

mit Pflegedienstleitungen, Chefarzten und Geschäftsführern und einer anschließenden quantitativen Befragung von Personen in Leitungsfunktionen in Krankenhäusern mittels Fragebögen, die auf Basis von Interviewergebnissen entwickelt wurden, ergab folgende Ergebnisse: Der hohe finanzielle Druck in den Krankenhäusern hatte negative Auswirkungen insbesondere in der pflegerischen Versorgung der Patient\*innen. Verstärkt wurden die Auswirkungen der knappen finanziellen Mittel für den Pflegeetat zusätzlich durch einen zunehmend spürbaren Fachkräftemangel (Reifferscheid et al., 2016). Aufgrund der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wurden Versorgungsdefizite von bis zu 82% in der Pflege und bei der Zuwendung gesehen. 56% der Pflegedienstleitungen berichteten von Stellenbesetzungsproblemen. In der Folge wurde qualifiziertes Pflegepersonal zunehmend durch Pflegehilfskräfte und Servicekräfte ersetzt. Pflegeleistungen wurden in den letzten Jahren verstärkt rationalisiert (Reifferscheid et al., 2016).

Im September 2018 erschien der Abschlussbericht einer vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG in Auftrag gegebenen Studie zur „Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern“ (Friedrich et al., 2018). Das Ziel dieser Erhebung bestand in der empirischen Auswertung von krankenhausbezogenen Informationen zur Darstellung der derzeitigen Pflegepersonalbesetzung in sechs pflegesensitiven Bereichen. Als pflegesensitive Bereiche definierte der Gesetzgeber Bereiche, in denen aus Sicht des Schutzes der Patient\*innen sowie aus Sicht der Versorgungsqualität ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegekräften sowie dem Vorkommen von unerwünschten Ereignissen bestand. Hierfür wurde nach Abstimmung mit den Auftraggebern GKV-SV und DKG das untere 10 Prozent-Perzentil (Dezil) sowie das 25 Prozent-Perzentil (unteres Quartil) bestimmt und mittels einseitigem t-Test statistisch untersucht, ob die Personalverhältniszahlen an diesen Stellen signifikant kleiner waren als der Mittelwert der dazugehörigen Stichprobe. Dies ergab auf Basis des 10 Prozent-Perzentils für die Intensivstationen im Tagdienst eine NPR von 2-3 und in der Geriatrie von 10-12. Da sich die Datenerhebung auf eine Sammlung von Dienstplan- und Leistungsdaten fokussierte und Patient\*innen-bezogene Ergebnisindikatoren unberücksichtigt blieben, ließ die Studie keine Rückschlüsse des quantitativen Einsatzes von Pflegepersonal auf die qualitative Versorgung beziehungsweise den Behandlungserfolg zu. Die Abgabe von Empfehlungen zu Pflegepersonaluntergrenzen war gemäß Auftragsschreiben vom 19. März 2018 nicht Auftragsbestandteil gewesen. In der KPMG-Untersuchung wurde die Onkologie nicht berücksichtigt (Friedrich et al., 2018).

Zwischenzeitlich hat der Bundesgesundheitsminister im November 2020 die weiterentwickelte Pflegepersonaluntergrenzenverordnung mit Inkrafttreten zum 1. Februar 2021 unterzeichnet. Damit besteht eine verbindliche NPR in der Inneren Medizin und damit auch für die Onkologie als Teilbereich der Inneren Medizin. Diese sieht für den Tagdienst eine Ratio von 1:10 und in der Nacht 1:22 vor (*Pflegepersonaluntergrenzen 2021, InEK GmbH, 2021*). Wie einleitend erwähnt, war das Ziel dieser Erhebung nicht, eine NPR zu definieren, sondern ein aktuelles Bild der Personalsituation in der Onkologie abzubilden.



# 3

## METHODE

### 3. Methode

Zur Erfassung einer aktuellen Situation eignet sich eine Querschnittsstudie. Diese ermöglicht eine „Momentaufnahme“ für einen definierten Erhebungszeitraum. Es wurde eine Gelegenheitsstichprobe gewählt. Die Stichprobe bestand aus Pflegenden, die über die DGHO leicht zu erreichen waren. Das Ziel der Umfrage zur Personalausstattung war dabei nicht nur die NPR, sondern auch den Umfang des erforderlichen Pflegeaufwandes der zu versorgenden Patient\*innen, den sogenannten „Workload“ zu erfassen.

#### 3.1. Setting / Sample

Die Umfrage erfolgte in deutschen Kliniken und Krankenhäusern. Über die Mitglieder des Arbeitskreises Pflege der DGHO wurde der Online-Fragebogen an die Pflegenden auf den onkologischen Stationen mit der Bitte zur Teilnahme weitergereicht. Über die Geschäftsstelle der DGHO wurde der Fragebogen gleichzeitig an ärztliche DGHO-Mitglieder verschickt – verbunden mit der Bitte, diesen an den jeweiligen Pflegedienst der onkologischen Bereiche weiterzuleiten.

#### 3.2. Datenerhebung und Fragebogenentwicklung

Es wurde ein geeignetes deutsches validiertes Erhebungsinstrument gesucht. Aus internationalen Erhebungen der Personalsituation und Patient\*innensicherheit durch RN4CAST, in denen auch Krankenhäuser und Kliniken aus Deutschland beteiligt waren, liegt ein in deutscher Sprache validierter Fragebogen vor (Ausserhofer et al., 2014). Für die RN4CAST-Studie wurde ein Fragebogen verwendet, der folgende Variablen erhebt: (1) Pfllegetätigkeiten, die aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden konnten (wie z. B. direkte physische Pfllegetätigkeit, Monitoring, Pfllegeplanung und –dokumentation, beratende Unterstützung), (2) Qualität der Ausstattung der Arbeitsumgebung, (3) aktuelle Personalausstattung (Anzahl von Pflegenden auf Station), (4) Erfassen von Arbeiten, die primär nicht zur Pfllegetätigkeit gehören und (5) die Merkmale der Pflegenden und der Umgebungsfaktoren in den Krankenhäusern (Ausserhofer et al., 2014). Der letzte Bereich der Umgebungsfaktoren enthält Items aus dem „Practice Environment Scale of Nursing Work Index“ (PES-NWI) (Lake, 2002) sowie die Erfassung der Personalausstattung über die NPR (Ausserhofer et al., 2014). Auch sollte untersucht werden, ob sich die Arbeitsbedingungen und der Arbeitsaufwand unterscheiden, je nachdem ob es sich um eine hämatologische Station, eine gemischte hämatologisch- / onkologische-Station oder eine onkologische Station handelt, weshalb nach der Zugehörigkeit zu den einzelnen Bereichen gefragt wurde.

Zur Erfassung des Workloads im onkologischen Setting waren kaum Instrumente zu finden. Ein Tool, das sich hierfür eignet und das zusätzlich von erfahrenen Pflegewissenschaftler\*innen empfohlen wurde, war das Oncology Acuity Tool. Dieses wurde bereits Mitte der 90er Jahre in den USA entwickelt

(Brennan & Daly, 2015). Das geschah in erster Linie, um den Pflegeaufwand von Patient\*innen in der Hämatologie / Onkologie / Stammzelltransplantation in der nachfolgenden Schicht abzubilden und damit eine gezielte Einteilung des Personals pro Schicht zu gewährleisten. Das Tool beinhaltet Items in verschiedenen Dimensionen, wie z. B. Anlage und Pflege von venösen Zugängen, i. v. Medikation, Monitoring von Vitalwerten, Verabreichung von Zytostatikaprotokollen, psychosoziale Unterstützung, Veränderungen des körperlichen Zustandes, z. B. wenn ein\*e Patient\*in septisch oder intensivpflichtig werden kann oder auch durch unkontrollierte Schmerzsituationen. Je Item werden dann entsprechend ein bis drei Punkte vergeben. So beinhaltet das Verabreichen eines einzelnen Zytostatikums einen kleineren Score als eine Hochdosistherapie oder Chemotherapieprotokolle mit 3 oder 4 verschiedenen Medikamenten. Anhand der Items ergibt sich pro Patient ein Punktescore, der den Workload abbildet. Aufgrund der Scores erfolgt dann die Einteilung der Pflegepersonen im jeweiligen Schichtdienst. Beispielsweise kann ein\*e Pflegenden\*r 4 Patient\*innen mit den Scores 3, 4, 6 und 7 betreuen, wohingegen eine andere Pflegekraft mit nur 3 Patient\*innen mit Scores von 5, 6 und 9 gleich stark ausgelastet ist (Brennan et al., 2012).

Leider lag dieses Einstufungsinstrument nicht in deutscher Sprache vor, so dass es aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt werden musste. In Anbetracht des kurzen Zeitintervalls für die Fragebogenentwicklung wurde lediglich eine Expertvalidierung (Augenscheinvalidität durch mehrere Pflegewissenschaftler\*innen) vorgenommen. Die sonst üblichen Überprüfungen der Items sowie die Vorwärts-Rückwärts-Übersetzung durch „Muttersprachler“ wurden ausgespart und auf eine Vorwärtsübersetzung ohne anschließende testtheoretische Überprüfung reduziert.

Auf Grundlage dieser zwei Instrumente wurde der für diese Erhebung genutzte Fragebogen zusammengestellt. Da davon ausgegangen wurde, dass sich der Workload auf einer allgemeinen onkologischen Station anders darstellt als auf einer hämatologischen Station mit allogenen Stammzelltransplantationen, sollten die Teilnehmer\*innen der Befragung die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Stationsform auswählen.

### **3.3. Datensammlung**

Der Fragebogen bestand aus 20 geschlossenen Fragen und 2 Freitextfeldern (Anhang 1), für deren vollständige Beantwortung etwa 10 bis 20 Minuten Zeitaufwand zu kalkulieren waren. Die Befragung konnte jederzeit unterbrochen, zwischengespeichert und später fortgesetzt werden. Für weitere Informationen konnte per E-Mail Kontakt zum Arbeitskreis Pflege der DGHO aufgenommen werden.

Die Fragebogenerhebung wurde in elektronischer Form vom 19. März bis zum 12. April 2019 durchgeführt.

### **3.4. Datenanalyse: Deskriptive Auswertung**

Die statistische Analyse der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv mit Hilfe von Statistiksoftware „R“ und Excel. Nominale und ordinale Daten wurden mit relativen und absoluten Häufigkeiten dargestellt. Eine Frage „Geben Sie an, wofür Sie im Umgang mit Ihren Patient\*innen gerne mehr Zeit gehabt hätten“ konnte offen beantwortet werden. Außerdem wurde als abschließendes Fragebogenelement die Möglichkeit angeboten, eigene Bemerkungen als Freitext einzugeben. Die Auswertung dieser beiden offenen Fragen erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

### **3.5. Ethische Überlegungen / Datenschutz**

Alle teilnehmenden Pflegenden wurden darüber informiert, dass die in dem Projekt gewonnenen Daten anonymisiert veröffentlicht werden sollen. Es wurden keine persönlichen Daten erfragt oder erfasst, die Aufschluss auf die Identität der Pflegenden zulassen.

Die ethischen Überlegungen orientierten sich an den Good Clinical-Practice Leitlinien der Helsinki Deklaration. Dabei wurden die Anonymität der Informanten, die Freiwilligkeit, das Recht auf Abbruch der Teilnahme sowie der Schutz von Personen vor Schäden garantiert. Es wurde davon ausgegangen, dass die freiwillige Teilnahme an der Befragung und der lange Zeitraum der Antwortmöglichkeit ausreichend Spielraum für eine reflektierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme seitens der Befragten boten.

Ein hohes Vulnerabilitätspotenzial lag nicht vor, da die Pflegenden ausschließlich in ihrer Rolle als professionelle Pflegepersonen mit alltagsüblichen Themen befragt wurden. Daher wurde ein ethisches Clearing durch eine externe Organisation nicht als notwendig erachtet.

# 4

## ERGEBNISSE

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Teilnehmer\*innen

Die Umfrage erfolgte in deutschen Universitätskliniken und kommunalen / kirchlichen Krankenhäusern. Über die Geschäftsstelle der DGHO wurde der Online-Fragebogen an ca. 3.400 ärztliche DGHO-Mitglieder verschickt – verbunden mit der Bitte, den Fragebogen-Link an alle Mitarbeiter\*innen in der Pflege aus ihrer hämatologischen / onkologischen Abteilung weiterzuleiten. Wie viele Pflegenden der Fragebogen letztlich erreicht hat, kann nicht genau beziffert werden. Damit ist es nicht möglich, eine genaue Teilnehmerquote zu errechnen.

Einige Fragebögen wurden handschriftlich ausgefüllt. Insgesamt konnten so 585 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung einfließen.

Zu Beginn der Umfrage wurden demographische Daten erhoben (Fragen 1-9). Die detaillierten Ergebnisse sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Zusammenfassend ließ sich erkennen, dass ca. 2/3 der Befragten an Krankenhäusern mit Maximalversorgung (Universitäten oder Kliniken mit mehr als 1.000 Betten) beschäftigt waren. 2/3 der Umfrageteilnehmenden arbeiteten in Vollzeit, mit 75%-Stellenumfang waren es 22%, der restliche Anteil der Befragten arbeitete mit weniger Arbeitsstunden. In der Gruppe der Vollzeitbeschäftigten waren anteilig etwas mehr Männer vertreten, hingegen waren es unter den Teilzeitbeschäftigten mehr Frauen. Insgesamt haben mehr Frauen als Männer an der Umfrage teilgenommen. Das Alter wurde in der Auswertung in 10-Jahresintervalle aufgeteilt. Eine genaue Aufteilung ist Tabelle 1 zu entnehmen. Der überwiegende Anteil von 92% waren dreijährig examinierte Pflegekräfte (92%). Nur 1% hatte einen pflegewissenschaftlichen Bachelorabschluss. Kein\*e Teilnehmer\*in hatte ein Masterdegree. 3% hatten einen anderen universitären Abschluss und 1% waren medizinische Fachangestellte. Der überwiegende Anteil (64%) aller Teilnehmenden der Umfrage hatte mindestens eine weitere Zusatzqualifikation oder eine Fachweiterbildung absolviert. Die Frage 9 nach der Anzahl der Berufsjahre ergab folgende Ergebnisse: 39% der Teilnehmer\*innen waren bis zu 10 Jahren im Beruf tätig. Jeweils 24% hatten zwischen 11 und 20 bzw. zwischen 21 und 30 Jahren als Pflegefachkraft gearbeitet. Im Bereich von 31 bis 40 Jahre waren es immerhin noch 12%, und 1% konnten beachtliche 40 Jahre oder mehr Berufstätigkeit aufweisen (Tabelle 1).

Wie unter den Punkten „Datenerhebung“ und „Fragebogenentwicklung“ beschrieben, wurde davon ausgegangen, dass der Workload in der Hämatologie, hier speziell auf Stationen mit allogenen und autologen Stammzelltransplantationen, aufgrund von aufwändigeren Therapien höher sein kann als auf allgemeinen onkologischen Stationen. Deshalb sollte mit Frage 4 die Stationszugehörigkeit ermittelt werden. Es war geplant, dass dabei nur eine Antwortauswahl möglich sein sollte. Im Nachhinein stellte sich leider heraus, dass der Onlinefragebogen so programmiert war, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Alle Mehrfachnennungen innerhalb der Hämatologie wurden deshalb zusammengefasst und nur einfach gezählt. Jedoch ließen sich dabei 51 (9%) der Nennungen nicht mehr eindeutig zuordnen, so dass es bei der Stationszugehörigkeit zu einer leichten Verzerrung kommt.

**Tabelle 1: Demographische Daten**

Größe des Krankenhauses	N (%)	
Krankenhaus > 1.000 Betten	355 (61%)	
Krankenhaus 500-1.000 Betten	150 (26%)	
Krankenhaus < 500 Betten	79 (14%)	
Gesamt	584 (100%)	
Geschlecht	N (%)	
weiblich	465 (80,2%)	
männlich	114 (19,6%)	
divers	1 (0,2%)	
Gesamt	580 (100%)	
Arbeitsumfang	weiblich N (%)	männlich N (%)
Ich arbeite in Vollzeit	289 (62%)	88 (77%)
Ich arbeite über 75%	109 (23%)	20 (18%)
Ich arbeite 50-74%	46 (10%)	4 (4%)
Ich arbeite unter 50%	21 (5%)	2 (2%)
Gesamt	465 (100%)	114 (100%)
Betten pro Station	N (%)	
1 bis 20 Betten	205 (35%)	
21 bis 30 Betten	162 (28%)	
31 bis 40 Betten	181 (31%)	
über 40 Betten	37 (6%)	
Gesamt	85 (100%)	
Fachliche Ausrichtung der Station	N (%)	
Hämatologie*	167 (26%)	
Hämatologie / Onkologie gemischt	350 (55%)	
Onkologie	55 (9%)	
Sonstige	64 (10%)	
Gesamt**	636 (100%)	

Alter	N (%)
20 bis 30 Jahre	162 (28%)
31 bis 40 Jahre	151 (26%)
41 bis 50 Jahre	137 (24%)
51 bis 60 Jahre	114 (20%)
ab 61 Jahre	14 (2%)
Gesamt	578 (100%)

Berufsausbildung	N (%)
dreijährig examinierte Pflegekräfte	538 (92%)
Bachelor of Science in Nursing (B.Sc.)	8 (1%)
Master of Science in Nursing (M.Sc.)	0 (0%)
(anderer) Universitätsabschluss	15 (3%)
Medizinische Fachangestellte	7 (1%)
Andere	17 (3%)
Gesamt	585 (100%)

Weiterbildungen	N (%)
Ja	373 (64%)
Nein	212 (36%)
Gesamt	585 (100%)

Im Beruf tätig	N (%)
1 bis 10 Jahre	221 (39%)
11 bis 20 Jahre	139 (24%)
21 bis 30 Jahre	136 (24%)
31 bis 40 Jahre	69 (12%)
über 40 Jahre	9 (1%)
Gesamt	574 (100%)

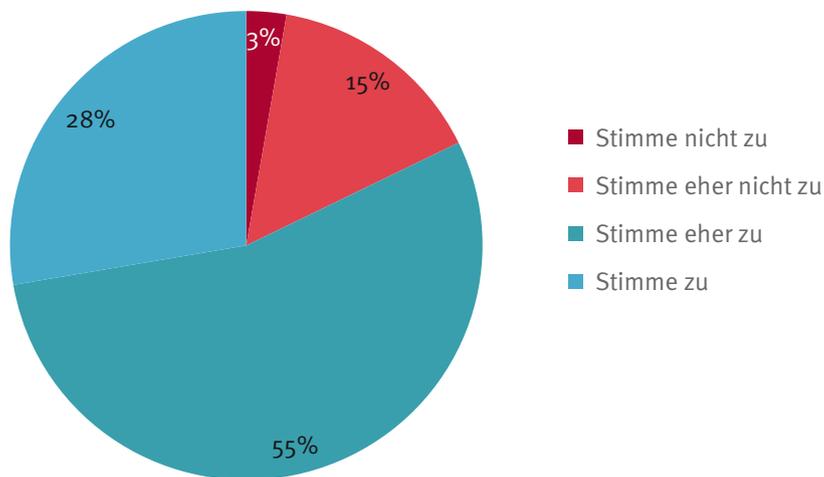
**Legende:** \*unter Hämatologie wurden die Antworten aus dem Fragebogen von „Hämatologie“, „Hämatologie mit Stammzelltransplantation“, „Hämatologie mit Autotransplantation“, „Hämatologie mit Allotransplantation“ und „Hämatologie mit Auto- und Allotransplantation“ zusammengefasst. Die Mehrfachnennungen dieser Antworten wurden entfernt.

\*\* Es waren Mehrfachnennungen möglich

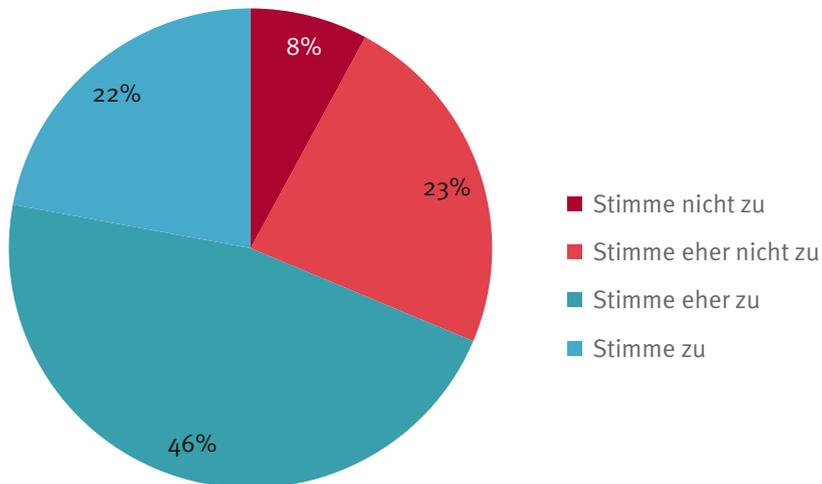
## 4.2. Arbeitsklima

Frage 10 befasste sich mit dem Arbeitsklima, dem gegenseitigen Respekt und der Hilfsbereitschaft zwischen Ärzt\*innen und Pflegenden. Erfreulicherweise beurteilten ca. 82% der Befragten das Arbeitsklima als gut (stimme zu / stimme eher zu), während ca. 18% dies verneinten (stimme eher nicht zu / stimme nicht zu) (Abbildung 1). Nicht ganz so positiv fielen die Ergebnisse in Frage 11 zur Unterstützung durch die Vorgesetzten aus. Dennoch fühlte sich die Mehrheit der Umfrageteilnehmenden (ca. 68%) von ihren Vorgesetzten unterstützt (stimme zu / stimme eher zu), während ca. 32% eher nicht oder nicht zustimmten (Abbildung 2).

**Abbildung 1: Das Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegepersonal ist gut und zeugt von gegenseitigem Respekt und Hilfsbereitschaft**



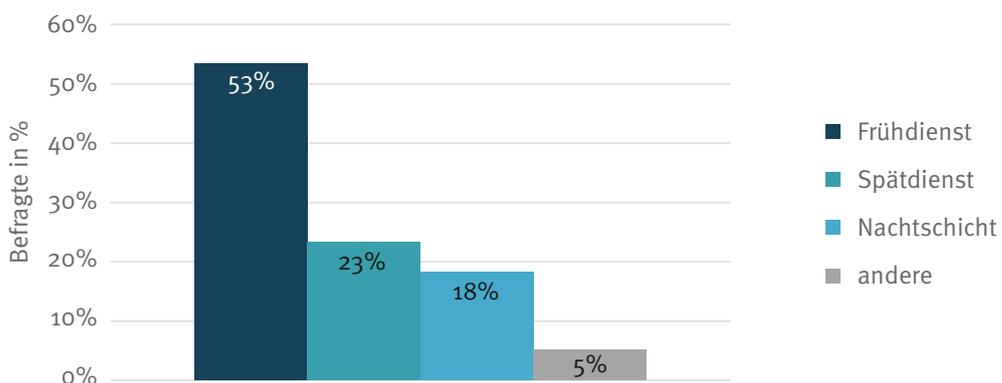
**Abbildung 2: Die Vorgesetzten unterstützen die Pflegenden**



### 4.3. Dienste (früh, spät, nachts)

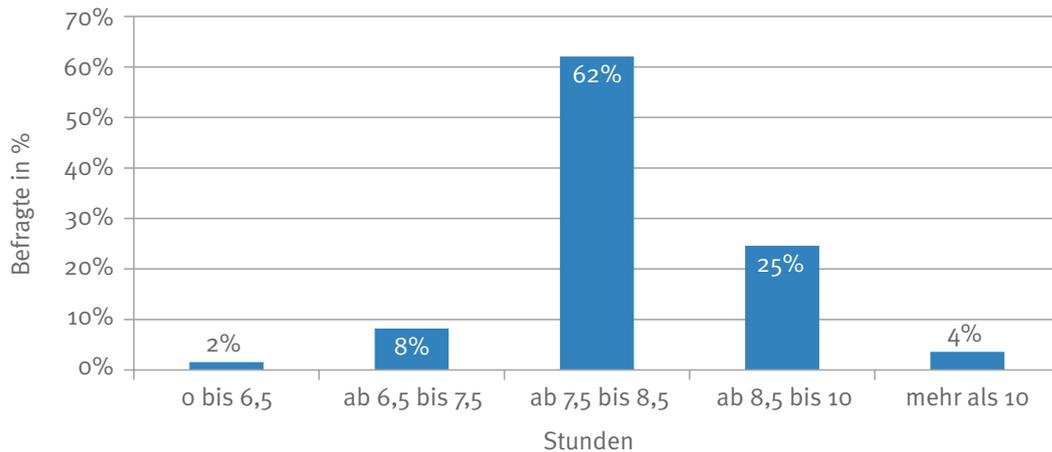
Die Frage 12 ermittelte die Art des letzten Dienstes. Der überwiegende Anteil (53%) hatte zuletzt einen Frühdienst absolviert, 23% waren im Spätdienst, 18% im Nachtdienst und 5% arbeiteten zuletzt in anderen Dienstzeiten (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Welcher der folgenden Begriffe beschreibt am besten den letzten Dienst, den Sie in diesem Krankenhaus geleistet haben?**



Bei der Frage 13 zur Anzahl der geleisteten Stunden im letzten Dienst zeigte sich, dass der größte Anteil der Befragten (62%) 7,5 bis 8,5 Stunden gearbeitet hatte, bei 25% waren es 8,5 bis 10 Stunden und 4% hatten mehr als 10 Stunden gearbeitet. Eine kürzere Arbeitszeit von 7,5 Stunden oder kürzer wurde nur von 10% der Befragten angegeben (Abbildung 4).

**Abbildung 4: Wie viele Stunden haben Sie in Ihrem letzten Dienst gearbeitet?**



#### 4.4. Stationsbesetzung – NPR

Ein zentrales Thema dieser Umfrage (Frage 14) befasste sich mit der Nurse-Patient-Ratio (NPR), der Anzahl der Patient\*innen, die pro Pflegekraft versorgt wurden. Bei der Auswertung zeigte sich, dass es dabei Ausreißer gab. Hierunter versteht man einzelne Antworten oder Messwerte, die außerhalb des erwartenden Streuungsbereich liegen. Solche Ausreißer können den Durchschnittswert stark verschieben, insbesondere dann, wenn es sich insgesamt um kleine Anzahl an Antworten handelt. In der Statistik wird deshalb in solchen Situationen oft auch der Median dargestellt. Der Median, auch Zentralwert genannt, ist der Wert, der in der Mitte liegt, wenn die Antworten der Größe nach sortiert werden. In der Tabelle 2 wurden deshalb der Durchschnittswert sowie der Median eingefügt. Zusätzlich wurde unter „N“ noch die Anzahl der genannten Antworten angegeben. So waren z. B. die Onkologie mit N=41 im Vergleich zu den anderen Bereichen eher unterrepräsentiert. Auch besteht die Möglichkeit, dass sich Ausfälle des Personals aufgrund von Krankheit auf nur einer Station bei insgesamt wenigen Antworten stärker auswirken können als bei einem größeren N. Über alle Stationen und Dienste hinweg betrug die NPR im Tagdienst im Median 10 und im Nachdienst 14 Patient\*innen pro examinierter Pflegekraft. In der Hämatologie war die NPR am besten, in der Onkologie am schlechtesten.

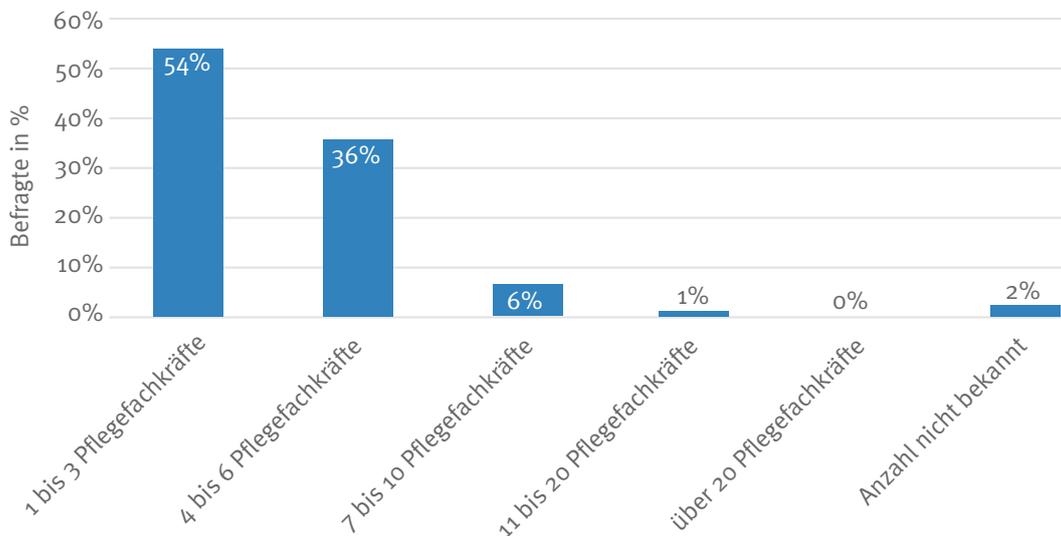
Allerdings waren in dieser Gruppe zwei Ausreißer, die bei der geringen Antwortanzahl von nur 41 Nennungen (Früh- und Spätdienst) zu einer Verzerrung führten (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Nurse-Patient Ratio (NPR)**

NPR	Frühdienst und Spätdienst			Nachtdienst		
	Durchschnitt	Median	N	Durchschnitt	Median	N
Hämatologie	6	5	119	10	9	29
Onkologie	20	12	41	24	25	8
Hämatologie / Onkologie gemischt	14	11	255	18	18	54
Alle Stationen	12	10	448	16	14	107

Frage 15 ermittelte die Anzahl der Pflegekräfte, die auf der jeweils eigenen Station im letzten Dienst in der direkten Pflege tätig waren. Die meisten Nennungen fanden sich im Bereich von 1-3 Pflegekräften mit 54% bzw. 4-6 Pflegekräften mit 36%. Jedoch sollte dieser Auswertung nur eine sehr begrenzte Aussagekraft zugemessen werden, da die Anzahl der Betten pro Station sehr unterschiedlich war (Abbildung 5).

**Abbildung 5: Sie selbst eingeschlossen, wie viele Pflegefachkräfte haben insgesamt direkte Pflege während Ihres letzten Dienstes auf Ihrer Station ausgeführt?**



#### 4.5. Pfl egetätigkeiten

Die Frage 16 nach den Häufigkeiten der ausgeführten Pfl egetätigkeiten zeigte, dass die am häufigsten durchgeführte Tätigkeit die Infusionstherapie (92%) bzw. den Wechsel der Infusionssysteme (72%) und die 24-stündige Dauertherapie (77%) betraf, die damit eine zentrale Tätigkeit in der Hämatologie und Onkologie darstellt. Einen ähnlich großen Anteil nahm die emotionale und psychosoziale Unterstützung von Patient\*innen und deren Angehörigen (90 %) ein. Hierauf folgte die Überwachung von Blutprodukten, die von 73% der Befragten genannt wurde. Die Tumorthherapie war untergliedert nach Anzahl der verabreichten Tumormedikamente und der dazu erforderlichen Überwachung. Die Aufgliederung der Tumorthérapien ergab folgendes Resultat: bis zwei Medikamente wurden zu 66%, drei oder vier Medikamente zu 37% und Medikamente, die eine Monitorüberwachung benötigten, wurden zu 36% genannt. Nicht zu unterschätzen war der große Anteil der Stammzelltherapien mit 22%. Diese stellen nicht nur als solche eine aufwendige Behandlung dar, sondern sind schon in der Vorbereitung, in der nachfolgenden Zeit der Überwachung und während des Engraftments, also in der Zeit des Anwachsens der transplantierten Stammzellen, sehr aufwendig und binden damit viel Arbeitszeit. Alle erfassten Tätigkeiten sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Betrachtet man die Ergebnisse aufgegliedert nach der Zugehörigkeit zu den unterschiedlichen Stationsbereichen (Hämatologie, Hämatologie / Onkologie, Onkologie und Sonstige) getrennt, zeigt sich, dass die Infusionstherapie, die (Umkehr-) Isolation und die Überwachung von Blutprodukten sowie Blutabnahmen in der Hämatologie häufiger genannt wurden als in den anderen Bereichen (Tabelle 3).

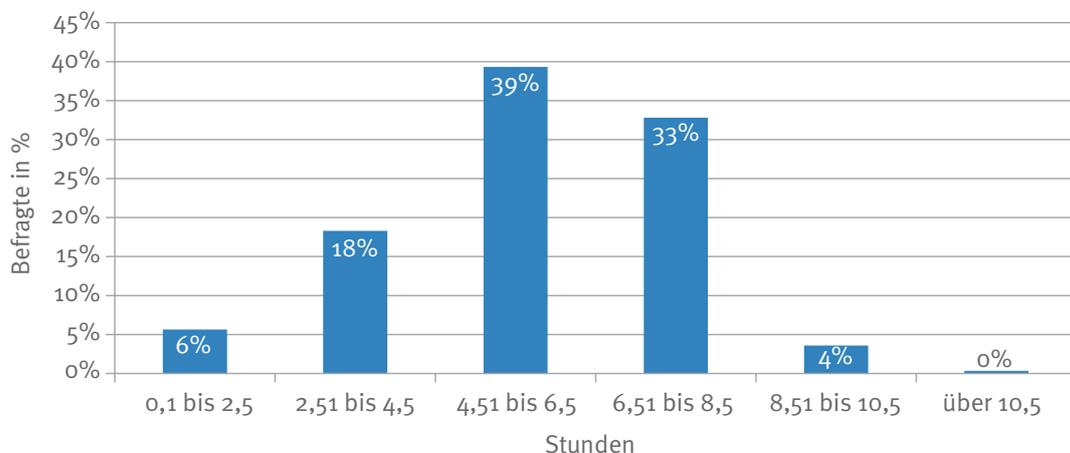
**Tabelle 3: Welche der folgenden Pflgetätigkeiten haben Sie während Ihres letzten Dienstes bei den von Ihnen betreuten Patient\*innen ausgeführt?**

	Hämatologie/ Onkologie (N=350)	Hämatologie (N= 167)	Onkologie (N=55)	Sonstige (N=64)	Gesamt (N=636)
intravenöse Medikation (Antibiotika, Virostatika, Antimykotika, parenterale Ernährung, etc.)	92%	96%	84%	86%	92%
Emotionale und psychosoziale Unterstützung – Gespräche mit Patienten und Angehörigen	91%	89%	87%	92%	90%
24h Dauerinfusion	79%	84%	65%	58%	77%
Wechsel von Infusionssystemen	74%	71%	73%	69%	72%
Beratungsgespräche (z.B. Therapie, spezielle Medikamente, Symptom- management, Infektionsrisiko, Thrombopenie, Hautpflege, Ernährung, Entlassung, etc.)	72%	65%	64%	70%	69%
Betreuung von Patienten mit speziellen Isolationsmaßnahmen – Immunsuppression	70%	81%	35%	52%	68%
Betreuung von Patienten mit speziellen Isolationsmaßnahmen – Multiresistente Keimen	66%	75%	49%	63%	67%
Medikamentöse Tumortherapie mit einer oder zwei Substanzen	73%	59%	53%	63%	66%
Pflege / Verbandwechsel von zentral-venösen Zugängen	59%	65%	47%	55%	59%
Überwachung von Blutprodukten	73%	79%	69%	66%	73%
Blutabnahmen	50%	74%	53%	55%	57%
Pflege / Verbandwechsel von peripher-venösen Zugängen	62%	41%	62%	56%	56%
Spezielle Behandlungen (z.B: Aufwendige Verbandswech- sel, Haut-GvHD, Dekubitusprophy- laxe, -pflege, aufwendige Lagerung (mit 2 Pflegepersonen)	58%	49%	51%	64%	56%
Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist – Neue Symptome	57%	49%	42%	61%	54%
Medikamentöse Tumortherapie mit drei oder vier Substanzen	44%	25%	33%	34%	37%

Medikamentöse Tumortherapie mit Medikamenten / Antikörpern, die eine Monitorüberwachung erfordern	37%	40%	27%	33%	36%
Port anstechen	35%	21%	42%	48%	33%
Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist - Unkontrollierte Symptome (z.B. Blutung, Sepsis, ...), (ggf. Verlegung auf Intensiveinheit / andere Abteilung erforderlich)	36%	22%	27%	34%	31%
Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist – Symptome mit Grad 3 – 4	30%	19%	22%	28%	26%
Medikamentöse Tumortherapie mit Stammzelltransplantation	21%	28%	15%	16%	22%
Legen von peripheren Verweilkathetern	26%	15%	16%	28%	22%

Mit der folgenden Frage 17 wurde der Anteil ermittelt, den diese Tätigkeiten innerhalb der Arbeitszeit eingenommen hatten. Dabei gaben 76% der Befragten an, dass sie 4,5 oder mehr Stunden ihrer Arbeitszeit mit diesen Tätigkeiten beschäftigt waren, bei 18% waren es mehr als 2,5 bis zu 4,5 Stunden (Abbildung 6). Damit hatten diese Tätigkeiten den größten Anteil der Arbeitszeit eingenommen. In dieser Auflistung waren Tätigkeiten wie die Grundpflege, Dokumentation, Visiten und Übergaben sowie sonstige organisatorische Tätigkeiten aber noch nicht berücksichtigt.

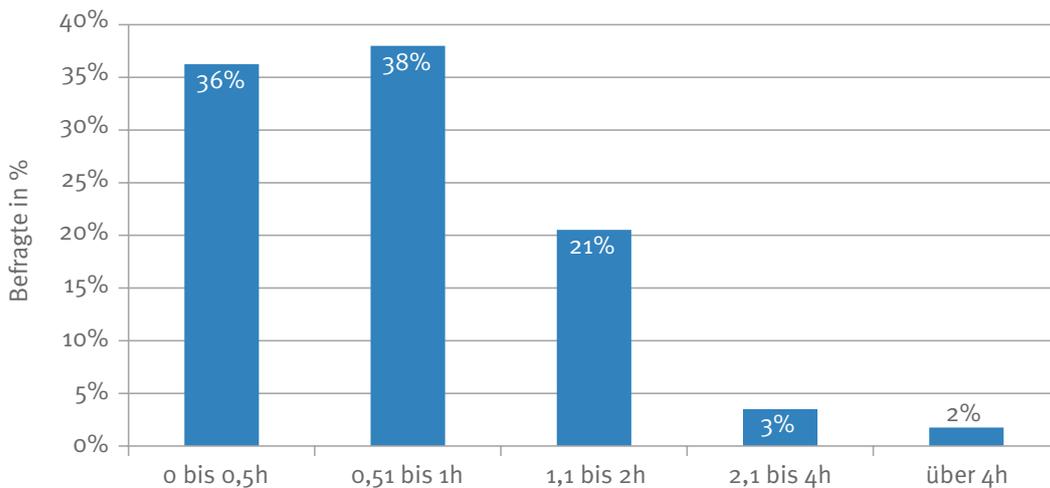
**Abbildung 6: Schätzen Sie nun ein, wie viel Zeit diese angegebenen Tätigkeiten von Ihrem Dienst insgesamt eingenommen haben.**



#### 4.6. Überstunden

Insgesamt waren bei 39% der Umfrageteilnehmenden Überstunden im letzten Dienst angefallen (Frage 18). In dieser Gruppe hatten 36% bis zu einer halben Stunde, 38% mehr als eine halbe bis eine Stunde zusätzliche Arbeitszeit zu leisten, bei 21% waren es mehr als eine bis zu 2 Stunden und bei 3% mehr als 2 bis zu 4 Stunden, 2% geben mehr als 4 Stunden an (Abbildung 7).

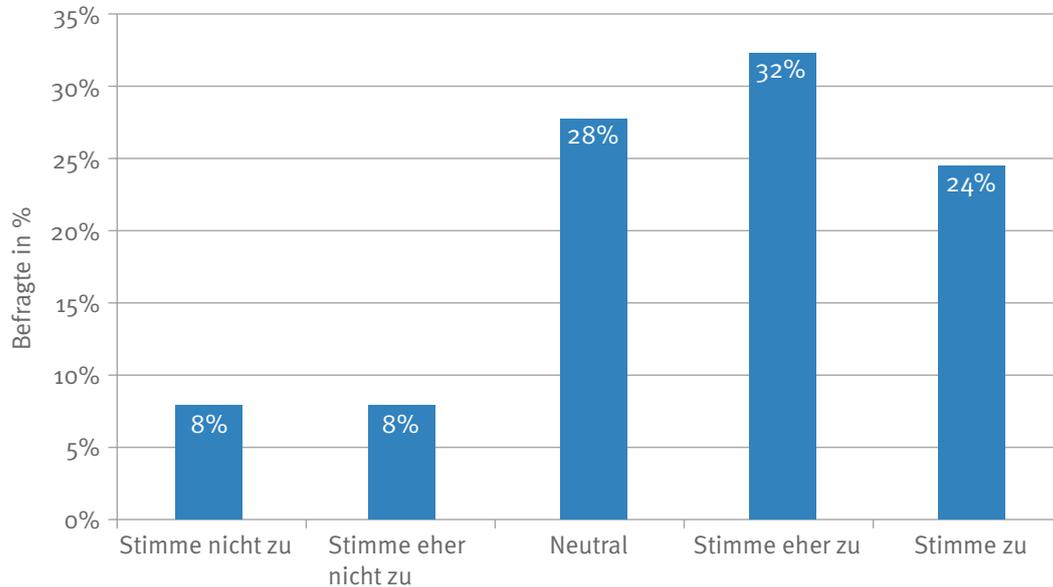
**Abbildung 7: Wenn ja, wieviele Überstunden mussten Sie machen?**



#### 4.7. Versorgungsdefizite

Der Versorgungsaufwand (Frage 19) der zu betreuenden Patient\*innen wurde mehrheitlich als zu groß eingeschätzt, wie die Auswertung der nächsten Frage ergab. Für 56% (stimme zu / stimme eher zu) der Befragten war der Versorgungsaufwand zu groß, für 28% entsprach der Versorgungsaufwand dem, was noch zu leisten war, während bei nur 16% der Arbeitsaufwand gut zu bewältigen war (stimme nicht zu / stimme eher nicht zu) (Abbildung 8).

**Abbildung 8: Der Versorgungsaufwand für die von mir zu versorgende Patient\*innengruppe war zu groß.**



Aus einem hohen Versorgungsaufwand resultierte, dass nicht alle erforderlichen Tätigkeiten durchgeführt werden konnten. Dies ermittelte die Frage nach den Pflegetätigkeiten, die notwendig gewesen wären, aber aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden konnten. Besonders oft fehlte die Zeit für Zuwendungen und Gespräche (63%) oder Dokumentation von Pflegearbeiten (43%). Auch schnelle Reaktionen auf Klingeln (39%) und Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplanungen (35%) konnten oft nicht erledigt werden. Am seltensten wurden Behandlungen / Prozeduren (8%), die vitale Überwachung (15%) oder das Schmerzmanagement (14%) bei knappen Zeitressourcen nicht durchgeführt. Eine detaillierte Auswertung findet sich in Tabelle 4.

**Tabelle 4: Welche Pfl egetätigkeit konnte auf welcher Station aus Zeitmangel nicht ausgeführt werden?**

	Hämatologie/ Onkologie (N=350)	Hämatologie (N= 167)	Onkologie (N=55)	Sonstige (N=64)	Gesamt (N=636)
Zeit für Zuwendung / Patientengespräche	68%	54%	60%	61%	63%
Beratung / Anleitung / von Patienten und/oder ihren Angehörigen	47%	41%	38%	53%	45%
Adäquate Dokumentation der Pflegearbeit	47%	36%	38%	48%	43%
Schnelle Reaktionen auf Klingeln der Patienten	47%	27%	31%	33%	39%
Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplänen / Pflegetätigkeitspfaden	37%	34%	33%	31%	35%
Planung der Pflege	33%	27%	35%	25%	31%
Mundpflege	36%	25%	22%	27%	31%
Hautpflege	33%	25%	24%	33%	30%
Adäquate Patientenüberwachung	34%	22%	18%	33%	29%
Zeitgerechte Verabreichung von Medikamenten	32%	20%	16%	38%	28%
Ich konnte alle Pfl egetätigkeiten in der mir zur Verfügung stehenden Zeit durchführen.	18%	33%	31%	23%	24%
Adäquate Händedesinfektion	23%	16%	16%	23%	20%
Regelmäßige Umlagerung von Patienten	23%	13%	22%	20%	20%
Vorbereitung von Patienten und / oder ihren Angehörigen auf die Krankenhausentlassung	18%	14%	15%	20%	17%
Schmerzmanagement	17%	10%	16%	14%	14%
Vitalwert / Monitorüberwachung (entspr. Ärztl. Anordnung)	16%	12%	18%	13%	15%
Behandlungen und Prozeduren	11%	5%	2%	5%	8%

## 4.8. Individuelle Kommentare

Zuletzt hatten die Befragten in der Frage 21 der Umfrage die Möglichkeit, im Freitext zu benennen, für welche Tätigkeit sie im Umgang mit Ihren Patient\*innen gerne mehr Zeit gehabt hätten bzw. welche Tätigkeiten mehr Beachtung finden sollten. In Frage 22 wurde allgemein nach weiteren Themen gefragt, die bisher nicht berücksichtigt waren. Es wurden insgesamt 22 Anmerkungen eingegeben. In der qualitativen Auswertung nach Mayring (Mayring, 2010) ergaben sich 3 Kategorien: Onkologische Qualifikation, Arbeitsverdichtung und Beeinträchtigung der Attraktivität des Pflegeberufes.

### 4.8.1. Onkologische Qualifikation

Die Pflege von onkologischen Patient\*innen unterscheidet sich durchaus von der Pflege bei Patient\*innen mit anderen Erkrankungen, insbesondere dadurch, dass sich die medizinischen Therapien ständig weiterentwickeln. Die „Anforderung an die Pflegekraft im Zusammenhang mit komplexen Therapien ...“ (Nr. 18) steigt. „Onkologische Patient\*innen benötigen viel Zeit zur Überwachung und Verabreichung von Zytostatika ...“ (Nr. 6). Neben den Therapien brauchen die Patient\*innen weitere Unterstützung. Bei der Behandlung der oft lebensbedrohlichen Krebserkrankungen kommt der psychosozialen Betreuung eine besondere Bedeutung zu, denn „...der Gesprächsbedarf der Patient\*innen ist enorm groß“ (Nr. 6) Es braucht „... viel mehr Zeitfenster für psychosoziale Betreuung, Anleitung und Beratung ...“ (Nr. 16), und gerade diese Tätigkeiten werden aus zeitlichen Gründen oft hintangestellt oder entfallen ganz. Doch onkologische qualifizierte Pflege leistet mehr: „durch supportive Therapie und Pflege sowie durch Prophylaxe-Maßnahmen kann in der Onkologie das Outcome und die Lebensqualität erheblich verbessert werden!“ (Nr. 16). Onkologisch Pflegenden sind oft sehr gut ausgebildet, auch wenn dies sowohl in der Öffentlichkeit als auch im klinischen multiprofessionellen Setting häufig nicht wahrgenommen wird. Hieraus entsteht die Forderung: „... Pflege muss in Deutschland endlich das werden, was sie ist!!! Eine hoch professionelle Tätigkeit!“ (Nr. 11). Außerdem haben Patient\*innen das „... Recht auf qualifizierte Pflege“ (Nr. 22)

### 4.8.2. Arbeitsverdichtung

Das Arbeitsaufkommen in der onkologischen Pflege hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Dies wird von den Befragten unterschiedlich begründet. Einerseits müssen bestimmte Belegungszahlen erreicht werden: „Es werden grundsätzlich zu viele Zugänge geplant, obwohl wir keine freien Betten haben, das wiederum bringt uns wieder in Bettennot und wir entlassen Patient\*innen frühzeitig“ (Nr.14). Andererseits werden die Schichten oft nur mit der Mindestbesetzung geplant. „Die dritte Person aus dem Nachtdienst wird zu häufig als Lückenfüller in den Tagdienst umgesetzt. Dadurch wird der Nachtdienst noch stressiger und noch mehr Pflegenden lassen sich vom Nachtdienst freistellen, weil sie die hohe Arbeitsdichte in der Nacht nicht mehr schaffen. Viele Schichten sind im

*Tagdienst auch schon zu knapp geplant, mit einer absoluten Mindestbesetzung“ (Nr.5). Der erhöhte Zeitdruck hat entsprechende Konsequenzen: nach mehreren knapp besetzten Schichten verschlechtert sich die Konzentrationsfähigkeit, mit dem Risiko, dass es zu Fehlern kommen kann: „... dass mir mehr Fehler unterlaufen, da ich nicht mehr voll konzentriert bei der Sache bin und mich auch nicht mehr fit fühle. Dies ist sehr belastend“ (Nr. 17). Eine adäquate Versorgung der Patient\*innen ist oft nicht möglich. Als Beispiele hierfür werden genannt: „... die Überwachung von Therapien und Hygienestandards...“ (Nr. 3), „die Patient\*innen müssen dann auch auf ihre Schmerzmittel zum Teil viel zu lange warten“ (Nr.17) und „... für die palliative Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen fehlt die Zeit und die Ruhe“ (Nr.17). Trotz geringer zeitlicher Ressourcen werden diese bestmöglich ausgeschöpft: „Ich versuche in meinem Rahmen für den Patient\*innen alles was möglich ist zu machen.“ (Nr. 1). Meist sind es dann die Gespräche und die Beratung der Patient\*innen, die nicht mehr durchgeführt werden können oder es leidet die interdisziplinäre Zusammenarbeit: „Ich hätte gern mehr Zeit für die Begleitung bei der Visite und die interdisziplinäre Zusammenarbeit“ (Nr. 21).*

Als Belastung wird auch empfunden, dass keine Zeit für die eigenen Bedürfnisse vorhanden ist. Dies betrifft regelmäßige Pausen, um psychische Belastungssituationen abzufangen: *„Auch für den Umgang miteinander fehlt oft die Zeit, um stark belastende Situationen auffangen zu können“ (Nr. 13).*

Die Dokumentation wird bei Zeitmangel nur reduziert durchgeführt und der direkten Versorgung untergeordnet – während *„...immer mehr dokumentiert werden ...“ muss, wird „... das Personal immer weniger“ (Nr. 12). Dies hat zur Folge, dass es „...die Pflegedokumentation ist, die als erstes reduziert wird, bei Personalmangel ...“ (Nr. 16).*

### **4.8.3. Beeinträchtigung der Attraktivität des Pflegeberufes**

Dem Pflegeberuf liegt eine qualifizierte Ausbildung zugrunde. Pflegendе führen hochprofessionelle Tätigkeiten aus, die für Betreuung und -überwachung bei immer komplexeren medizinischen Therapien auch benötigt werden. Dafür sollten Pflegendе einstehen. Sehr oft ist es jedoch so, dass sich Pflegepersonen auch für andere nicht-pflegerische Tätigkeiten mitverantwortlich fühlen. Es sollte nicht sein, dass die Pflege immer „alles“ kompensieren muss, was andere Berufsgruppen nicht leisten können. Zunehmend werden Aufgaben anderer Berufsgruppen übernommen, was die Attraktivität des Berufes mindert. Dies verdeutlicht folgendes Zitat sehr treffend: *„Es muss endlich aufhören, dass sich Pflegendе für alles verantwortlich fühlen müssen und immer alle Tätigkeiten übernehmen, für die es keine andere Berufsgruppe gibt... So gewinnt man keinen Nachwuchs, und es macht den Job auch unattraktiv“ (Nr. 11).* Pflegendе sind sehr „nah an Patient\*innen“ und fühlen sich für deren Wohlbefinden und Versorgung verantwortlich. Entsprechend problematisch ist es, ausreichend Nachwuchs zu finden, um freiwerdende Stellen wieder zu besetzen. Dabei wird *„...auf 25 Jahre versäumte Gesundheitspolitik“ (Nr. 22)* verwiesen, allerdings wird dies nicht genauer erläutert. Als weitere Ursache wird erwähnt, dass für den Pflegeberuf *„...keine gute Vergütung“ (Nr. 4)* besteht und damit die Attraktivität zusätzlich sinkt.

# 5

## DISKUSSION

## 5. Diskussion

Die Ergebnisse dieser Umfrage mit einer Anzahl von 585 gültigen Antworten zeigten exemplarisch die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen in der onkologischen Pflege im Erhebungsjahr 2019. Unseres Wissens wurden bis dato in Deutschland keine Onkologie-spezifischen Daten in dieser Form erhoben. Die bisherigen Erhebungen erfolgten entweder allgemein über alle Fachdisziplinen hinweg oder für andere medizinischen Fachgebiete im Einzelnen (Friedrich et al., 2018).

Da sich die Umfrage an die pflegerischen wie auch ärztlichen Mitglieder der DGHO richtete, die diese dann in ihren jeweiligen Häusern weiterverteilen sollten, verwundert die Tatsache nicht, dass der größte Anteil der Befragten aus größeren Kliniken mit mehr als 1.000 Betten kam, an denen sich dann auch entsprechende hämatologische / onkologische Versorgungseinheiten finden.

Anders als bei der Erhebung von RN4CAST von Ausserhofer et al. (2014) stellte sich die Geschlechterverteilung dar. Während im europäischen Vergleich 92,8% der Pflegekräfte weiblich waren, waren es in der Onkologie in Deutschland entsprechend unserer Umfrage nur 80%. In unserer Erhebung belief sich der Anteil der Pflegekräfte in Vollzeit auf 64,6% (62% bei den Frauen vs. 77% bei den Männern) und unterschied sich kaum von den RN4CAST-Daten mit 65,9% Frauen (Ausserhofer et al., 2014). Ähnliches fand sich auch in einer Untersuchung des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI). Es konnte gezeigt werden, dass sich 50% der Frauen in Teilzeitbeschäftigung befand. Hier lag die Begründung in der Kinderbetreuung und einer besseren Work-Life-Balance, gefolgt von einer zur großen Belastung durch die Arbeit, der Pflege von Angehörigen und gesundheitlichen Problemen (*Daten des Gesundheitswesens. 2019*). Die Altersverteilung war in den einzelnen Altersgruppen relativ ausgewogen. Allerdings waren 22% älter als 50 Jahre, was bedeutet, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Pflegenden in der Hämatologie und Onkologie in den nächsten Jahren in Rente gehen wird und ersetzt werden muss. Auch das entsprach den Daten des DKI. (*Daten des Gesundheitswesens. 2019*)

Ein erfreuliches Ergebnis unserer Umfrage stellten die 64% der onkologisch Pflegenden dar, die zur examinierten Grundausbildung eine weitere Fortbildung oder die Fachweiterbildung für Onkologie absolviert hatten und damit fachlich für die onkologische Versorgung von Patient\*innen sehr gut ausgebildet waren. Mit der onkologischen Fachweiterbildung kann eine kompetente Versorgung von onkologischen Patient\*innen gewährleistet werden. Allerdings sollte erwähnt werden, dass die Daten aus der RECaN Erhebung der EONS eine wesentlich geringere Quote an Fachweitergebildeten ergab. Hier fanden sich nur 10% Pflegenden mit einer onkologischen Weiterbildung Sharp et al. (2019). Wie diese unterschiedlichen Zahlen tatsächlich zustande kamen, kann hier nur spekuliert werden. Ein Grund könnte darin liegen, dass für die Erhebung der DGHO die teilnehmenden Institutionen nicht repräsentativ ausgesucht, sondern an die Mitglieder der DGHO zur weiteren Verteilung verschickt wurden. Unter Mitgliedern von Fachgesellschaften wie der DGHO, kann evtl. davon ausgegangen wer-

den, dass einerseits die Motivation zur Weiterbildung größer ist als unter Pflegenden, die in dieser Weise nicht organisiert und aktiv sind. Gleiches gilt wahrscheinlich auch für die Bereitschaft, an derartigen Umfragen teilzunehmen.

Dem gegenüber stand, wie die Ergebnisse der europäischen RN4CAST Studie von Ausserhofer et al. (2014) zeigen konnten, dass in Deutschland kaum akademisch ausgebildete Pflegenden vertreten waren. Dies zeigte sich auch in unserer Umfrage, in der insgesamt nur 4% Teilnehmer\*innen mit akademischem Abschluss zu finden waren. Zum Vergleich wurden in anderen europäischen Ländern durchschnittlich 54% Pflegenden mit Bachelorabschluss gefunden, in Spanien und Norwegen waren es sogar 100% (Ausserhofer et al., 2014). In der Auswertung von Albrecht et al. (2017) waren akademisch ausgebildete Pflegekräfte in den Auswertungen leider nicht gesondert dargestellt. Die Vorteile eines höheren Anteils von akademischen Ausbildungen wurde in Studien belegt (Aiken et al., 2017; Albrecht et al., 2017). Dies zeigte sich insbesondere in den pflegesensitiven Outcomeparametern und der Patientensicherheit. Folglich würde auch in Deutschland die Betreuung von Patient\*innen von einer höheren Akademisierungsrate profitieren, gerade wenn es um die Entwicklung in den nächsten Jahren geht. Doch auch eine Fachweiterbildung bietet eine gute fachliche Qualifizierung und verbessert die Pflegequalität. Zwar unterscheidet sich der Bachelorabschluss inhaltlich von der Fachweiterbildung, wird jedoch im Niveau dem Bachelor gleichgesetzt (Nehls, 2014). Der Vergleich mit dem europäischen Ausland in Bezug auf akademische Ausbildung ist nur eingeschränkt möglich, denn während in Deutschland in den letzten Jahrzehnten flächendeckend Fachweiterbildungsstätten vorhanden waren (*Weiterbildungsstätten – KOK – Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege, o. J.*), haben sich pflegerische Studiengänge in den letzten Jahren erst entwickelt und sind noch immer in einigen Regionen nicht vorhanden. Gleichzeitig ist die Integration von akademisch ausgebildeten Pflegenden in die klinische Pflegepraxis in Deutschland erst in der Entwicklung.

Unser Ergebnis war dem der RN4CAST-Studie ähnlich, welche eine Ratio in Deutschland von 12,7 Patient\*innen pro Pflegekraft errechnete. Unsere Untersuchung ergab eine NPR im Median von 10, bzw. im Durchschnitt von 12 Patient\*innen pro Pflegekraft. Die niedrigste NPR mit 5 (Median) fand sich in unserer Studie in der Hämatologie, gefolgt von den gemischten Abteilungen Hämatologie und Onkologie mit 11 (Median). Der hohe Durchschnittswert in der Onkologie kam durch wenige Ausreißer zustande, die sich bei nur 41 Teilnehmer\*innen in dieser Gruppe stark auf den Durchschnittswert auswirkten. Wie diese Ausreißer zustande kamen, kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden. Vorstellbar wäre z. B., dass diese Pflegenden eine übergeordnete Funktion im Dienst innehatten und so für alle Patient\*innen zuständig waren, während gleichzeitig andere Pflegenden diesen Patient\*innen zugeweiht waren. Zusammenfassend ließ sich jedoch erkennen, dass die NPR der beteiligten Einrichtung besser war als in anderen Häusern der RN4CAST-Studie. Erwartungsgemäß beinhaltete der größte Teil der durchgeführten Tätigkeiten die Medikamentenapplikation und die Infusionstherapie. Hämatologische Patient\*innen und Stammzelltransplantierte Patient\*innen haben sehr oft ein umfangreiches

komplexeres Infusionsprogramm aus Tumorthherapie und / oder Stammzelltransplantation und im weiteren Verlauf notwendigen i. v.-Medikamenten, was sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und somit eine bessere NPR erfordert. Kaum Unterschiede waren bei den anderen Tätigkeiten zu erkennen. Ähnliche Erfassungen der Pflegetätigkeiten in der Onkologie wurden unseres Wissens bisher nicht erhoben, so dass kein Vergleich zu anderen Studien möglich war.

Mit der neuen Pflegepersonaluntergrenzenverordnung wurde ein Richtwert eingeführt, der bereits jetzt schon am bzw. im Nachtdienst unter der in unserer Studie ermittelten NPR liegt und somit keine Verbesserung der Versorgungssituation der onkologischen Patient\*innen bewirken wird (*Pflegepersonaluntergrenzen, 2021*). Schon bei der aktuellen Ratio war es nicht möglich, alle eigentlich erforderlichen Tätigkeiten während der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zu erledigen, was Folgen für die Patientensicherheit haben kann. So konnten in der Hämatologie nur von 24% der teilnehmenden Pflegenden alle notwendigen Pflegetätigkeiten in der letzten Schicht durchgeführt werden. Dies bestätigte den hohen Arbeitsaufwand dieser Therapien, aber auch die hohe Arbeitsbelastung. Die Darstellung der Tätigkeiten, die aufgrund mangelnder Zeit nicht durchgeführt werden konnten, spiegelten die Ergebnisse der RN4CAST-Studie von Ausserhofer et al. (2014) wider. Hier waren es ähnliche Tätigkeiten, die nicht durchgeführt werden konnten. Es war klar zu erkennen, dass Pflegende gezwungen waren, bei ihrer täglichen Arbeit die „Dringlichkeit“ der Aufgaben abzuwägen bzw. zu priorisieren. Das bedeutet, dass Pflegende zuerst Maßnahmen wie die Vitalwertüberwachung ausführten, während Tätigkeiten, die im Moment keine vitale Gefährdung darstellten, ausgelassen wurden. Hierzu zählten Gespräche bei emotionaler Belastung, Beratungen und Anleitungen von Patient\*innen / Angehörigen sowie die schnelle Reaktion auf Klingeln. Diese Tätigkeiten stellen zwar im Moment keine vitale Gefährdung dar, sind aber für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Patient\*innen essenziell und können Komplikationen vermeiden, wenn Patient\*innen bspw. wissen, wie eine gute Mukositisprophylaxe durchzuführen ist oder für die Zeit nach der Entlassung Symptome selbst erkennen und behandeln können oder rechtzeitig einen Arzt aufsuchen. Ähnliches konnte auch in der Studie von Schubert et al. (2013) gezeigt werden, in der Pflegende in der Schweiz medizinische und therapeutische Tätigkeiten seltener aus Zeitmangel wegließen als Beratung und emotionale Unterstützung. Tätigkeiten, die oft auch relativ schnell weggelassen wurden, waren die Pflegeplanung und die Dokumentation. Diese können aus finanziellen abrechnungsbezogenen Gründen jedoch entscheidend für die Krankenhäuser werden. Bspw. hatte gerade die aufwendige PKMS-Dokumentation, die bis Ende 2020 bei Patient\*innen mit komplexem Pflegeaufwand durchgeführt werden sollte, eine große Bedeutung für die Abrechnung und war für die Krankenhausträger aus ökonomischen Gesichtspunkten essenziell. Nicht zu unterschätzen war der Gesichtspunkt emotionaler und psychischer Belastungen, denen Pflegende ausgesetzt waren, wenn sie aus Zeitmangel immer wieder gezwungen wurden, einzelne Tätigkeiten zugunsten der vitalen Überwachung nicht ausführen zu können. Hierdurch konnten moralische Konflikte entstehen, die für viele Pflegende psychisch belastend waren, wie auch Ausserhofer et al. (2014) bestätigten.

Eine der größten Limitationen der Studie ist, dass sie nicht repräsentativ ist. Es erfolgte keine repräsentative Auswahl der teilnehmenden Krankenhäuser und Kliniken. Diese wurden nicht entsprechend ihrer quantitativen Beteiligung an der Betreuung onkologischer Patient\*innen ausgewählt. Damit bestand die Möglichkeit, dass bspw. Unikliniken im Vergleich zu kleinen Kliniken überdurchschnittlich vertreten waren und zudem an solchen Häusern mit größeren onkologischen Zentren auch mehr Mitglieder der DGHO zu finden sind. Auch wurden die Umfrageteilnehmenden nicht repräsentativ nach ihrer Ausbildung ausgesucht. Hier kann vermutet werden, dass Pflegende mit dreijähriger Grundausbildung die Umfrage weniger wichtig erachteten als Pflegende mit Fachweiterbildung. Auch kann spekuliert werden, dass Pflegekräfte, die besonders unter Zeitmangel und erhöhter Arbeitsbelastung litten, einerseits die Dringlichkeit zur Teilnahme höher bewerteten und sich deshalb prozentual höher an der Umfrage beteiligt haben oder andererseits genau deshalb den Aufwand der Fragebogenbeantwortung vermieden haben. Ebenfalls wurden in dieser Erhebung weder die kritischen unerwünschten Ereignisse noch die Qualitätsindikatoren, in denen Patient\*innen durch die zu große Arbeitsbelastung in Form von Dekubitus, Medikationsfehler oder ähnlichem zu Schaden kommen können, berücksichtigt. Dies wurde bewusst in der Umfrage weggelassen, da befürchtet wurde, dass die Beteiligung dadurch vermindert würde.

Eine weitere Limitation stellen die Mehrfachnennungen bei der Stationszugehörigkeit dar, wie oben bereits beschrieben wurde. Hieraus resultiert eine Verzerrung, wenn in den einzelnen Punkten die Antworten getrennt nach den Bereichen Hämatologie, Hämatologie / Onkologie gemischt, Onkologie und Sonstige betrachtet wird.

# 6

## FAZIT



## 6. Fazit

Mit dieser Umfrage ist unseres Wissens erstmals ein erster Einblick in die Personalsituation in die Hämatologie und Onkologie in Deutschland entstanden. Jedoch handelt es sich nicht um eine repräsentative Arbeit. Es hatten sich überwiegend Pflegendе aus größeren Krankenhäusern beteiligt. Für weitere Studien sollten daher die Krankenhäuser entsprechend ihres prozentualen Versorgungsanteils hämatologischer und onkologischer Patient\*innen gezielt ausgewählt werden. Hierbei ist es von großer Bedeutung, dass der entsprechende Workload auf den Stationen mitberücksichtigt wird.

Zwar wurden zwischenzeitlich von Seiten der Politik Personalgrenzen für die Innere Medizin und damit die Onkologie definiert. Diese liegen allerdings bereits schon jetzt unter dem erforderlichen Bedarf, da ansonsten die Pflegenden nicht gezwungen gewesen wären, viele Tätigkeiten wegzulassen. Diese Studie könnte damit ein Hinweis sein, dass mit den gesetzlich definierten Personaluntergrenzen keine Versorgung von Patient\*innen, wie sie eigentlich notwendig wäre, möglich ist.

# 7

## REFERENZEN

## 7. Referenzen

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzos tek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *The BMJ*, *344*. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *26*(7), 559 – 568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, *383*(9931), 1824 – 1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Albrecht, M., Loos, S., Möllenkamp, M., Sander, M., Schifffhorst, G., Braeseke, G., & Stengel, V. (2017). Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. *Bertelsmann Stiftung*.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., Schwendimann, R., & on behalf of the RN4CAST consortium. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, *23*(2), 126 – 135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Blum, K., Offermanns, M., Steffen, P. (2019). *Daten des Gesundheitswesens. 2019*.
- Brennan, C. W., & Daly, B. J. (2015). Methodological Challenges of Validating a Clinical Decision-Making Tool in the Practice Environment. *Western Journal of Nursing Research*, *37*(4), 536 – 545. <https://doi.org/10.1177/0193945914539738>
- Brennan, C. W., Daly, B. J., Dawson, N. V., Higgins, P. A., Jones, K. R., Madigan, E., & Van Der Meulen, J. (2012). The Oncology Acuity Tool: A Reliable, Valid Method for Measuring Patient Acuity for Nurse Assignment Decisions. *Journal of Nursing Measurement*, *20*(3), 155 – 185. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.20.3.155>

- Friedrich, S., Karwetzky, Christopher, Straub, Niels, Diserens, Philippe, Penter, Volker, & Beivers, Andrea. (2018). Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflebelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. GKV-Spitzenverband/Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*, 43(4), 1145 – 1163.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176 – 188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lehmann, Y., Ayerle, G., Beutner, K., Karge, K., Behrens, J., & Landenberger, M. (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesInE) – zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen. *Das Gesundheitswesen*, 78(06), 407 – 413. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549994>
- Mayring, P. (2010). Qualitative inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601 – 613). Springer.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715 – 1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247>
- Nehls, H. (2014). Europäischer und Deutscher Qualifikationsrahmen. *WSI-Mitteilungen*, 67(1), 70 – 73. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2014-1-70>
- Pflegepersonaluntergrenzen. (2021). Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html>
- Pflegepersonaluntergrenzen 2021, InEK GmbH. (2021). [https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen\\_2021](https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2021)
- Reifferscheid, A., Pomorin, N., & Wasem, J. (2016). Pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Krankenhaus-Leitungspersonen. *Das Gesundheitswesen*, 78(S 01), e97 – e102. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101157>
- Sharp, L., Eicher, M., Margulies, A., Bachmann-Mettler, I. (2019). Anerkennung der Onkologiepflege – ReCaN – eine Initiative der EONS. [https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/kongress/2019/Referate/11.30\\_D\\_ReCan.pdf](https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/kongress/2019/Referate/11.30_D_ReCan.pdf)
- Weiterbildungsstätten – KOK – Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege. (o. J.). Abgerufen 20. März 2021, von <https://www.kok-krebsgesellschaft.de/service/weiterbildungsstaetten/>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Demographische Daten .....	21
<i>Tabelle 2:</i> Nurse-Patient Ratio (NPR) .....	26
<i>Tabelle 3:</i> Welche der folgenden Pflgetätigkeiten haben Sie während Ihres letzten Dienstes bei den von Ihnen betreuten Patient*innen ausgeführt? .....	28
<i>Tabelle 4:</i> Welche Pflgetätigkeit konnte auf welcher Station aus Zeitmangel nicht ausgeführt werden? .....	32

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegepersonal ist gut und zeugt von gegenseitigem Respekt und Hilfsbereitschaft .....	23
Abbildung 2: Die Vorgesetzten unterstützen die Pflegenden .....	24
Abbildung 3: Welcher der folgenden Begriffe beschreibt am besten den letzten Dienst, den Sie in diesem Krankenhaus geleistet haben? .....	24
Abbildung 4: Wie viele Stunden haben Sie in Ihrem letzten Dienst gearbeitet? .....	25
Abbildung 5: Sie selbst eingeschlossen, wie viele Pflegefachkräfte haben insgesamt direkte Pflege während Ihres letzten Dienstes auf Ihrer Station ausgeführt? .....	26
Abbildung 6: Schätzen Sie nun ein, wie viel Zeit diese angegebenen Tätigkeiten von Ihrem Dienst insgesamt eingenommen haben. ....	29
Abbildung 7: Wenn ja, wieviele Überstunden mussten Sie machen? .....	30
Abbildung 8: Der Versorgungsaufwand für die von mir zu versorgende Patient*innengruppe war zu groß. ....	31

## Anhang

### Fragebogen Pflegepersonalausstattung



19.03.2019, 14:18

**Seite 01**

Einleitung

---

pflegepersonalausstattung → base

Umfrage zur aktuellen Pflegepersonalausstattung in hämatologischen und onkologischen Krankenhausbereichen

Was ist das Ziel der Umfrage?

- Erfassung des derzeitigen Verhältnisses von Pflegekräften zu Patienten
- Gegenüberstellung von Art, Menge und Dauer von Pflgetätigkeiten im Verhältnis zur vorhandenen Arbeitszeit der Pflegekräfte

Welche Personen können an der Umfrage teilnehmen?

Pflegende, die in ihrem letzten Dienst (teilweise oder vollständig) für die Versorgung von hämatologischen / onkologischen Patienten zuständig waren

Wie läuft die Umfrage ab?

- Die Umfrage nimmt 10-20 Minuten Zeit in Anspruch.
- Sie haben die Möglichkeit, Ihre Angaben zwischenspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt die Umfrage fortzuführen.
- Ihre Antworten sind gänzlich anonym.

Der Befragungszeitraum läuft bis zum **12. April 2019**.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme.

Bei Fragen zur Umfrage wenden Sie sich bitte per E-Mail an [mueller@dqho.de](mailto:mueller@dqho.de)

Vielen Dank!

Die Fragebogen-Erstellung erfolgte teilweise in Anlehnung an die Fragen von „The Oncology Acuity Tool – French – for Switzerland“ (Quelle: Decosterd S. Brennan CW. Bavaud S. Ballabeni P. Eicher M.: Translation and preliminary validation of the Oncology Acuity Tool–French (for Switzerland) Journal of Nursing Management (accepted for publication)). Weiterhin wurden Fragen aus der „RN4CAST-Studie“ (Quelle: Sermeus W. Aiken LH. van den Heede K. Rafferty A. Griffiths P. Moreno-Casbas M et al.: Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. BMC Nurs 2011; 10(1):6) übernommen.

**1. Wo sind Sie beschäftigt?**

- Universitätskrankenhaus oder Krankenhaus > 1000 Betten
- nicht-universitäres Krankenhaus (Träger: öffentlich, privat oder kirchlich) bzw. Krankenhaus mit 500-1000 Betten
- Krankenhaus < 500 Betten

**2. In welchem zeitlichen Umfang sind Sie im Krankenhaus beschäftigt?**

- ich arbeite in Vollzeit (100%)

**Ich arbeite in Teilzeit (Angabe in Prozent):**

- Über 75%
- 50-74%
- Unter 50%

**3. Wie viele Betten gibt es auf Ihrer Station?**

**4. Auf welcher Station der Klinik arbeiten Sie?**

- Hämatologie
- Hämatologie mit Stammzelltransplantation
- Hämatologie mit Autotransplantation
- Hämatologie mit Allotransplantation
- Hämatologie mit Auto- und Allotransplantation
- Hämatologie / Onkologie gemischt
- Onkologie
- sonstige

**Zählt Ihre Station als**

- Normalstation
- Intensivstation
- Intermediate care
- Palliativstation

**5. Ihr Geschlecht ist?**

- weiblich  
 männlich  
 divers

**6. Wie alt sind Sie?**

Jahre

**7. Welche Pflegeausbildung haben Sie absolviert?**

- Examierte/r Krankenschwester/Pfleger  
 Examierte/ Gesundheits- und KrankenpflegerIn (Ausbildungsbeginn nach dem 1.1.2014)  
 Bachelor of Science in Nursing (BSN)  
 Master of Science in Nursing (MSN) \*  
 (anderer) Universitätsabschluss \*   
 Medizinische Fachangestellte \*  
 Andere \*

**8. Haben Sie eine oder mehrere Weiterbildungen bzw. Zusatzqualifikationen abgeschlossen?**

- Ja  
 Welche?  
 Nein

**9. Wie viele Berufsjahre haben Sie als Pflegefachkraft bisher gearbeitet?****10. Das Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegepersonal ist gut und zeugt von gegenseitigem Respekt und Hilfsbereitschaft.**

- Stimme nicht zu       Stimme eher nicht zu       Stimme eher zu       Stimme zu

**11. Die Vorgesetzten unterstützen die Pflegenden.**

- Stimme nicht zu       Stimme eher nicht zu       Stimme eher zu       Stimme zu

12. Welcher der folgenden Begriffe beschreibt am besten den letzten Dienst, den Sie in diesem Krankenhaus geleistet haben?



- Frühdienst
- Spätdienst
- Nachtdienst

andere \*

13. Bitte tragen Sie in dem Kästchen die Anzahl der Stunden ein, die Sie in Ihrem letzten Dienst gearbeitet haben.



Stunden:

14. Für wie viele Patienten waren Sie in Ihrem letzten Dienst direkt verantwortlich?



15. Sie selbst eingeschlossen, wie viele Pflegefachkräfte haben insgesamt direkte Pflege während Ihres letzten Dienstes auf Ihrer Station ausgeführt?

Bitte füllen Sie alle Felder aus – antworten Sie ggf. auch mit „0“ oder „Ich weiß es nicht.“

Wie viele Personen waren es insgesamt? \*   Ich weiß es nicht.

Bitte teilen Sie die angegebene Personenzahl anhand ihrer Qualifikationen auf:

Anzahl von examinieren Pflegekräften   Ich weiß es nicht.

davon mit Fachweiterbildung Onkologie \*   Ich weiß es nicht.

Anzahl mit Universitätsabschluss \*   Ich weiß es nicht.

Anzahl Schüler / Pflegehelfer (mind. 1-jährig) \*   Ich weiß es nicht.

Anzahl der Servicekräfte/Stationsassistenten (falls vorhanden) \*   Ich weiß es nicht.

sonstige Pflegehilfskräfte \*   Ich weiß es nicht.

**16. Welche der folgenden Pflegetätigkeiten haben Sie während Ihres letzten Dienstes bei den von Ihnen betreuten Patienten ausgeführt?**

(mindestens 3 Angaben erforderlich, Mehrfachnennungen möglich)

- Medikamentöse Tumorthherapie mit einer oder zwei Substanzen
- Medikamentöse Tumorthherapie mit drei oder vier Substanzen
- Medikamentöse Tumorthherapie mit Medikamenten / Antikörpern, die eine Monitorüberwachung erfordern
- Medikamentöse Tumorthherapie mit Stammzelltransplantation
- Überwachung von Blutprodukten
- Blutabnahmen
- Legen von peripheren Verweilkathetern
- Port anstechen
- intravenöse Medikation (Antibiotika, Virosstatika, Antimykotika, parenterale Ernährung, etc.)
- 24h Dauerinfusion
- Wechsel von Infusionssystemen
- Pflege/Verbandwechsel von peripher-venösen Zugängen
- Pflege/Verbandwechsel von zentral-venösen Zugängen
- Emotionale und psychosoziale Unterstützung – Gespräche mit Patienten und Angehörigen
- Beratungsgespräche (z.B. Therapie, spezielle Medikamente, Symptommanagement, Infektionsrisiko, Thrombopenie, Hautpflege, Ernährung, Entlassung, etc.)
- Spezielle Behandlungen (z.B: Aufwendige Verbandswechsel, Haut-GvHD, Dekubitusprophylaxe, -pflege, aufwendige Lagerung (mit 2 Pflegepersonen)
- Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist – Neue Symptome
- Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist – Symptome mit Grad 3-4
- Betreuung von Patienten, bei denen eine Veränderungen des körperlichen Zustandes eingetreten ist – Unkontrollierte Symptome (z.B. Blutung, Sepsis, ...), (ggf. Verlegung auf Intensivstation / andere Abteilung erforderlich)
- Betreuung von Patienten mit speziellen Isolationsmaßnahmen – Immunsuppression
- Betreuung von Patienten mit speziellen Isolationsmaßnahmen – Multiresistente Keimen

**17. Schätzen Sie nun ein, wie viel Zeit diese angegebenen Tätigkeiten von Ihrem Dienst insgesamt eingenommen haben:**Angabe in Stunden **18. Sind Überstunden angefallen?**

- Ja
- Nein

**19. Der Versorgungsaufwand für die von mir zu versorgende Patientengruppe war zu groß.**

- Stimme nicht zu       Stimme eher nicht zu       Neutral       Stimme eher zu       Stimme zu

**20. Welche der folgenden Pflegetätigkeiten wären während Ihres letzten Dienstes nötig gewesen, konnten aber aus Zeitmangel nicht im erforderlichen Maß durchgeführt werden?**

**i** (Mehrfachnennungen möglich)

Ich konnte alle Pflegetätigkeiten in der mir zur Verfügung stehenden Zeit durchführen. \*

**Aufgrund von Zeitmangel nicht im erforderlichen Maß durchgeführt:**

- Adäquate Patientenüberwachung
- Vitalwert / Monitorüberwachung (entspr. Ärztl. Anordnung) \*
- Hautpflege
- Mundpflege
- Schmerzmanagement
- Zeit für Zuwendung / Patientengespräche
- Beratung / Anleitung / von Patienten und/oder ihren Angehörigen
- Behandlungen und Prozeduren
- Zeitgerechte Verabreichung von Medikamenten
- Vorbereitung von Patienten und / oder ihren Angehörigen auf die Krankenhausentlassung
- Adäquate Dokumentation der Pflegearbeit
- Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplänen / Pflegebehandlungspfaden
- Planung der Pflege
- Regelmäßige Umlagerung von Patienten
- Adäquate Händedesinfektion \*
- Schnelle Reaktionen auf Klingeln der Patienten \*

**21. Geben Sie an, wofür Sie im Umgang mit Ihren Patienten gerne mehr Zeit gehabt hätten:**

---

**Seite 06**  
BM

**22. Weitere Bemerkungen:**

---

Letzte Seite

**Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage.**

Weitere Ansprechpartner finden Sie auf der DGHO-Website unter Arbeitskreis - Pflege:

<https://www.dgho.de/arbeitskreise/p-z/pflege>

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

---

[Judith Müller](#), DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. – 2019

ISBN 978-3-9821204-1-6