

BACHELORARBEIT

Die Kunst des Unterlassens Professionelle Pflege im Spannungsfeld zwischen Patientensicherheit und Patientenwohl

von Franziska Nakamura

1. Prüfer: Katharina Straß
 2. Prüfer: Bernd Sens-Dobritzsch
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Ausgehend von Berichten über Defizite in der Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung ist das Phänomen des Unterlassens in der Pflege weltweit zu einem eigenen Forschungsgegenstand geworden. Das Ziel dieser Arbeit ist daher zu untersuchen, welche Bedeutung das Unterlassen für die professionelle Pflege hat.

Dazu wird zunächst anhand einer systematischen Literaturrecherche der aktuelle Forschungsstand zum Unterlassen dargestellt. Es zeigt sich, dass verschiedene Begriffe zur Beschreibung dieses Phänomens gebräuchlich sind und Pflegekräfte den Begriff der Priorisierung bevorzugen, da sie meist bewusst entscheiden, welche Pflegehandlungen sie unterlassen und welche nicht. Dabei werden am häufigsten Pflegehandlungen unterlassen, welche die psychosozialen Bedürfnisse des Patienten adressieren oder die der täglichen Körperhygiene, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie der Mobilisation und Lagerung des Patienten dienen. Auch wenn die Ursachen für Unterlassen zum Teil bei den Patienten, ihren Angehörigen oder den Pflegekräften selbst liegen, gelten die Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegekräfte arbeiten, als größter Einflussfaktor. Neben mangelnden materiellen Ressourcen stehen hier die personellen Ressourcen wie Anzahl und Qualifikation der Pflegekräfte sowie die Arbeitsorganisation und die Art der Führung in Zusammenhang mit Unterlassen in der Pflege.

Bei der Priorisierung von Pflegehandlungen steht für Pflegekräfte meistens die Patientensicherheit im Vordergrund, allerdings führt dies sowohl bei Patienten als auch bei Pflegekräften zu Unzufriedenheit, was zeigt, dass professionelle Pflege heute oft ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht wird. Dieser Anspruch besteht in einer patientenzentrierten Pflege, die danach strebt, das Patientenwohl zu fördern. Zu zeigen, dass dafür genau die Pflegehandlungen, die am häufigsten unterlassen werden, entscheidend sind, beabsichtigt das Konzept der *Fundamentals of Care*. In diesem Konzept ist die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft entscheidend, um stets die körperlichen Bedürfnisse des Patienten mit seinen psychosozialen und Beziehungsbedürfnissen zu integrieren.

Vor diesem Hintergrund wird betrachtet, welche Bedeutung das Unterlassen von Pflegehandlungen für die Patienten hat. Zusätzlich wird in dieser Arbeit aufgezeigt, dass Unterlassen in der professionellen Pflege nicht nur ein Mangel ist, sondern ein Mittel dazu sein kann, das Patientenwohl zu fördern. Somit bewegt sich professionelle Pflege in einem Spannungsfeld aus Patientensicherheit und Patientenwohl, in dem Unterlassen eine Kunst ist.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Unterlassen in der Pflege	3
2.1	Zum Begriff des Unterlassens in der Pflege.....	4
2.2	Unterlassene Pflegehandlungen	6
2.3	Einflussfaktoren, die zu Unterlassen führen	8
2.3.1	Pflegekräfte	9
2.3.2	Patienten und Angehörige	10
2.3.3	Arbeitsbedingungen	11
2.4	Priorisierung von Pflegehandlungen	17
2.5	Auswirkungen unterlassener Pflege.....	21
2.5.1	Auswirkungen auf Patienten	21
2.5.2	Auswirkungen auf Pflegekräfte	24
3	Der Anspruch professioneller Pflege.....	25
3.1	Das Konzept der <i>Fundamentals of Care</i>	27
3.2	Das Rahmenwerk der <i>Fundamentals of Care</i>	30
3.3	Das Unterlassen der <i>Fundamentals of Care</i>	33
3.4	Unterlassen als Teil professioneller Pflege.....	36
4	Schlussbetrachtung	39
	Literatur	42
	Anhang	50
1.	Systematische Literaturrecherche	50
2.	Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des MISSCARE-Fragebogens.....	51
3.	Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des BERNCA-Instruments.....	53
4.	Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des PIRNCA-Instruments.....	54

1 Einleitung

Das Phänomen des Unterlassens in der Pflege ist in den letzten Jahren zunehmend ins Interesse der Forschung gerückt. Als Auslöser dafür gelten zwei Berichte des Komitees zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Amerika des amerikanischen *Institute of Medicine* (Stemmer/Schubert 2019: 295), die aufzeigten, dass zwischen dem allgemeinen Wunsch nach einem Gesundheitssystem, das die Bedürfnisse der Menschen auf Grundlage bester wissenschaftlicher Erkenntnisse erfüllt, und der Realität „nicht nur eine Lücke, sondern eine Kluft [liegt]“ (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2001: 1; eigene Übersetzung). So ging der erste Bericht *To Err is Human* im Jahr 2000 davon aus, dass zwischen 44.000 und 98.000 Menschen in den USA jedes Jahr aufgrund von medizinischen Fehlern verstarben (Kohn et al. 2000: 1), wobei die Zahlen noch um ein Vielfaches höher liegen könnten (Makary/Daniel 2016: 1). Während über das wahre Ausmaß iatrogenen Todesfälle Uneinigkeit herrscht, ist jedoch unbestritten, dass die Akteure des Gesundheitswesens oft nicht die Versorgung leisten können, die ihrem professionellen Anspruch entspricht. Dass dadurch Qualität und Sicherheit der Versorgung leiden, wurde seither in zahlreichen Studien nachgewiesen und auch die Rolle der professionellen Pflege dabei untersucht (Sochalski 2004: II-67).

In diesem Kontext ist das Unterlassen von Pflegehandlungen zu einem eigenen Forschungsgegenstand geworden, wobei unterschiedliche Begriffe zur Beschreibung dieses Phänomens gebräuchlich sind. Zu den am weitesten verbreiteten Begriffen im Englischen gehören *missed nursing care*, *unfinished nursing care* und *(implicit) rationing* (Willis et al. 2021: 2). Die deutschen Entsprechungen sind nicht immer eindeutig, so dass z. B. für *missed nursing care* unter anderem von „unterlassener“ (vgl. Stemmer/Schubert 2019) oder von „versäumter“ Pflege (vgl. Hübsch et al. 2021) die Rede ist. Da manche der verwendeten Begriffe negativ konnotiert sind, wurde im Rahmen dieser Arbeit als möglichst neutraler Oberbegriff das Unterlassen gewählt. Im Gegensatz zu anderen Begriffen impliziert das Unterlassen keinen eindeutig negativen Grund dafür, warum eine Pflegehandlung nicht durchgeführt wurde. Eine unterlassene Pflegehandlung wurde nicht unbedingt versäumt, nicht zu Ende geführt oder aufgrund eines Mangels an Ressourcen rationiert – sie wurde zunächst einmal einfach nicht durchgeführt.

In der gegenwärtigen Forschung werden nicht durchgeführte Pflegehandlungen jedoch hauptsächlich vor dem Hintergrund des allseits vorherrschenden Mangels an

Pflegekräften¹ diskutiert und mit negativen Auswirkungen auf die Patientensicherheit in Zusammenhang gebracht. Für Europa wurde dies durch die Studie *Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing* (RN4Cast), die zwischen 2009 und 2011 in zwölf europäischen Ländern mit insgesamt 33.659 Pflegekräften durchgeführt wurde, deutlich (Zander et al. 2014: 728). Im Rahmen dieser Studie wurden in Deutschland 1.511 Pflegefachkräfte zu ihrem Arbeitsumfeld, der Personalbesetzung und implizierter Rationierung von Pflegehandlungen befragt (ebd. 730). 92,6 % der Befragten gaben an, dass sie mindestens eine von dreizehn Tätigkeiten in ihrer letzten Schicht nicht durchführen konnten (ebd.). Im Durchschnitt mussten 4,7 Tätigkeiten rationiert werden (ebd.). Verglichen mit dem Durchschnitt aller in der RN4Cast-Studie untersuchten Länder von 3,9 wird in Deutschland damit überdurchschnittlich viel rationiert (ebd.). Die Rationierung erfolgt dabei fast ausschließlich auf der individuellen Ebene der einzelnen Pflegekräfte und kaum auf Stations- oder Krankensebene (ebd.).

Es obliegt also den Entscheidungen der Pflegekräfte, welche Pflegehandlungen unterlassen werden. In Studien zur Priorisierung von Pflegekräften zeichnet sich dabei die Patientensicherheit als höchste Priorität ab, was dazu führt, dass unterlassene Pflegehandlungen meist im Kontext von Personaluntergrenzen zur Gewährleistung der Patientensicherheit diskutiert werden (vgl. Stemmer/Schubert 2019). Vergessen wird dabei allerdings, dass auch die Rationierung von Pflegehandlungen, deren Unterlassen nicht unmittelbar die Sicherheit von Patienten gefährdet, langfristig doch negative Auswirkungen haben kann (Zander et al. 2014: 733). Zudem bleibt die Frage nach dem Patientenwohl, also nach dem, was der Deutsche Ethikrat 2016 zum „ethischen Maßstab für das Krankenhaus“ erhoben hat, völlig außen vor. Angesichts der Tatsache, dass in der Nachfolgestudie von RN4Cast nur noch 13 % der Pflegekräfte angaben, dass die Personalbesetzung für gute Pflege ausreichen würde (Zander et al. 2017: 70), scheint die Pflege in Deutschland ihrem professionellen Anspruch kaum noch gerecht zu werden.

Somit agiert professionelle Pflege heute in einem Spannungsfeld aus Patientensicherheit und Patientenwohl, bei dem das Unterlassen eine entscheidende Rolle

¹ In dieser Arbeit ist allgemein von Pflegekräften die Rede, was alle professionell Pflegenden umfasst, da unterlassene Pflege sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte betrifft und weil von der Prämisse ausgegangen wird, dass professionelle Pflege an alle Pflegekräfte dieselben Ansprüche stellt, auch wenn sie unterschiedliche Aufgaben erfüllen. Nur wenn in der verwendeten Literatur explizit auf den Unterschied zwischen Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften eingegangen wird, wird diese Unterscheidung berücksichtigt. Dabei ist zu bedenken, dass es international verschiedene Berufsbezeichnungen gibt, die sich nicht immer mit den deutschen Begriffen decken. Die Begriffe Pflegehilfskraft und Pflegefachkraft können daher nur Annäherungen an andere Berufsbezeichnungen darstellen und dienen dazu, unterschiedliche Qualifikationsniveaus auszudrücken.

spielt. Einerseits kommt es unbeabsichtigt zum Unterlassen von Pflegehandlungen, wodurch die Patientensicherheit gefährdet wird, andererseits werden bestimmte Pflegehandlungen auch bewusst unterlassen, um dafür andere Pflegehandlungen durchführen zu können und die Patientensicherheit zu gewährleisten. Dass es in der professionellen Pflege hingegen auch geboten sein kann, Pflegehandlungen zu unterlassen, um das Patientenwohl zu fördern, wird in dieser Diskussion bisher kaum beachtet.

Das Ziel dieser Arbeit ist daher zu untersuchen, welche Bedeutung das Unterlassen von Pflegehandlungen für die professionelle Pflege hat. Dazu werden zunächst die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung zusammengefasst, um einen Überblick über die im Zusammenhang mit Unterlassen in der professionellen Pflege behandelten Fragestellungen zu erhalten. Was ist mit Unterlassen gemeint? Welche Pflegehandlungen werden am häufigsten unterlassen? Welche Faktoren haben einen Einfluss darauf, dass Pflegehandlungen unterlassen werden? Wie entscheiden Pflegekräfte, welche Pflegehandlungen sie unterlassen und welche Auswirkungen hat das Unterlassen von Pflegehandlungen?

Darauf aufbauend wird betrachtet, welchen Anspruch professionelle Pflege eigentlich hat und was das Unterlassen in diesem Kontext bedeutet. Dazu wird das Konzept der *Fundamentals of Care* vorgestellt, wodurch deutlich wird, dass gerade die Pflegehandlungen, die häufig unterlassen werden, entscheidend für das Patientenwohl sind. Dabei wird ebenfalls ersichtlich, dass Unterlassen nicht ausschließlich einen Mangel in der professionellen Pflege darstellt, sondern auch eine Rolle dabei spielen kann, gute Pflege zu ermöglichen.

2 Unterlassen in der Pflege

Um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Unterlassen in der Pflege zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche auf PubMed durchgeführt (Flussdiagramm siehe Anhang 1). Da die Suche mit deutschen Begriffen keinerlei Ergebnisse brachte, wurde nur mit englischen Begriffen gesucht. Für das Phänomen des Unterlassens wurden die im Englischen am gebräuchlichsten Begriffe *missed*, *unfinished* und *rationed nursing care* inkludiert. Zusätzlich wurde der Begriff *omissions* eingeschlossen, da dieser manchmal anstelle der anderen Begriffe Verwendung findet. Die Begriffe wurden wie folgt verknüpft: (missed OR unfinished OR rationing OR omissions) AND „nursing care“.

Diese Suchstrategie führte am 03.04.2022 zu 837 Treffern, die mithilfe der Filter „English“, „German“ und „Abstract“ auf 716 Treffer reduziert wurden. Um ein möglichst aktuelles Bild der Forschung zu bekommen, wurden nur Studien der letzten fünf Jahre eingeschlossen, wodurch noch 375 Treffer blieben. Dazu ist anzumerken, dass die Anzahl der Studien zum Thema Unterlassen in der Pflege in den letzten zehn Jahren exponentiell angestiegen ist. Die größte Anzahl an Studien wurde bisher in den Jahren 2020 und 2021 veröffentlicht, was vermuten ließ, dass sich vermehrt Studien mit unterlassener Pflege aufgrund der Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Infektionskrankheit COVID-19 beschäftigten, was jedoch nicht der Fall war. Der Ausschluss von „COVID-19“ reduziert die Treffer nur um 15. Da davon ausgegangen werden kann, dass sich COVID-19 auf die Ausübung professioneller Pflege ausgewirkt hat, wurden auch Studien, die zwar nicht explizit diese Auswirkungen untersucht haben, aber deren Untersuchung von COVID-19 beeinflusst wurde, ausgeschlossen.

Ebenfalls anhand des Titels oder Abstracts ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit speziellen Patientengruppen oder Krankenhausabteilungen beschäftigen, weil diese besondere Anforderungen an die Pflege stellen, die sich nur schwer vergleichen lassen. Um Vergleiche zu ermöglichen, konzentriert sich diese Arbeit auf allgemeine Akutstationen für Erwachsene im Krankenhaus, daher wurden alle Studien, die Pflegeheime oder Pflege in der öffentlichen Gesundheit untersuchen, ausgeschlossen. Des Weiteren ausgeschlossen wurden Studien zu Interventionen, Pflegeausbildung oder zur Übersetzung bzw. Validierung von Instrumenten. Somit blieben nach Ausschluss eines Duplikats und sonstigen, nicht für das Ziel dieser Arbeit relevanten Studien noch 127 Ergebnisse, von denen 19 ausgeschlossen wurden, da der Volltext nicht verfügbar war. Die übrigen 108 Studien wurden nach denselben Kriterien im Volltext geprüft und noch einmal 10 ausgeschlossen, so dass letztendlich 98 Studien in die Literaturrecherche einbezogen wurden. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Recherche zusammengefasst.

2.1 Zum Begriff des Unterlassens in der Pflege

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, werden verschiedene Begriffe gebraucht, um das Unterlassen in der Pflege zu beschreiben. Da dieses Phänomen weltweit zu beobachten ist, haben sich sowohl Zeleníková et al. (2020a) als auch Willis et al. (2021) mit der Frage auseinandergesetzt, ob das Verständnis von diesem Konzept in unterschiedlichen Ländern

bzw. Kulturen dasselbe ist und dabei festgestellt, welche Assoziationen durch die verwendeten Begriffe hervorgerufen werden.

Dazu haben Zeleníková et al. zunächst danach gefragt, wie akzeptabel die Begriffe *nursing care rationing*, *rationed nursing care*, *missed nursing care*, *omitted nursing care*, *care left undone*, *unfinished nursing care*, *prioritizing nursing care*, *unmet nursing care needs*, *task incompleteness* und *failure to maintain* sind (2020a: 2999). Demnach findet der Begriff *prioritizing nursing care* am meisten Akzeptanz unter den Teilnehmenden der Studie (ebd. 2998). Dies hängt damit zusammen, dass die verschiedenen Begriffe mit Schuldzuweisungen verbunden werden, wie in Interviews deutlich wurde. Welcher Begriff wem die Schuld für unterlassene Pflege zuweist, ist dabei je nach Kultur verschieden, so dass hierüber keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können (ebd. 3001).

Willis et al. stellten ebenfalls fest, dass manche Begriffe für Unterlassen in der Pflege mit Schuldzuweisungen verbunden waren (2021: 5). Außerdem konnten sie zeigen, dass es einige Vorstellungen zu den jeweiligen Begriffen gibt, die länderübergreifend übereinstimmen. So wird unter dem Begriff *missed nursing care* Pflege verstanden, die ausgelassen (*omitted*) wurde, z.B. aufgrund von Vergessen, Übersehen, Verzögerung oder unvollständiger Durchführung (ebd.). Charakteristisch für *missed nursing care* ist, dass sie ungeplant und unbeabsichtigt auftritt (ebd.). Dasselbe gilt für *unfinished nursing care*, was für Pflege steht, die angefangen, aber nicht oder nur teilweise zu Ende geführt werden konnte (ebd. 6). Im Gegensatz zu *missed nursing care* wird *unfinished nursing care* eher als ein organisatorisches Problem gesehen als ein Problem der einzelnen Pflegekraft (ebd.). Grundsätzlich wurde *rationed nursing care* als positiver angesehen, da dieser Begriff mit Priorisierung gleichgesetzt wurde (ebd. 5-6). Er impliziert somit Planung und die Kompetenz, auf Grundlage des Pflegebedarfs Entscheidungen zu treffen (ebd. 6). Außerdem fügen sich Rationierung und Priorisierung in einen holistischen Ansatz von Pflege ein, während sich die anderen Begriffe nur auf die Durchführung einzelner Aufgaben beziehen (ebd.).

Im deutschsprachigen Raum ist die Studie von Hübsch et al. (2021) bisher die einzige, die das Verständnis von Pflegekräften von *missed nursing care* untersucht hat. Aufgrund von Fokusgruppeninterviews kommen sie zu dem Ergebnis, dass „versäumte Pflege“ die passendste Übersetzung für diesen Begriff ist (Hübsch et al. 2021: 271). Dabei hat versäumte Pflege für die befragten Pflegekräfte, ähnlich wie bei Willis et al., nichts mit Planung zu tun (ebd. 270).

Insgesamt scheinen Pflegekräfte also die Begriffe Rationierung und Priorisierung zu bevorzugen, wenn es um das Phänomen des Unterlassens in der Pflege geht. Da ein Großteil

der Forschung dennoch den Begriff *missed nursing care* verwendet, wird in dieser Arbeit, im Gegensatz zu Hübsch et al., weiterhin die Übersetzung mit „unterlassener Pflege“ gewählt, um sich dem Verständnis von Pflegekräften von diesem Phänomen anzunähern.

Zum Begriff der Rationierung machen Scott et al. (2019) noch auf folgende Unterscheidungen aufmerksam: So kann Rationierung entweder durch Institutionen, z. B. durch Richtlinien oder betriebliche Praktiken, oder durch Individuen, d. h. durch ihre Handlungen im praktischen Kontext, implementiert werden (Scott et al. 2019: 1531). Sie kann auf expliziten Prinzipien oder Richtlinien basieren oder implizit, ohne normative Basis erfolgen (ebd.). Und mit Rationierung kann sowohl diejenige von Pflegeressourcen, z. B. der Anzahl der Pflegekräfte, oder die von tatsächlicher Pflege am Bett gemeint sein (ebd.). Auf die Frage, wie Pflegekräfte priorisieren, wird weiter unten noch eingegangen. Zunächst wird betrachtet, welche Pflegehandlungen häufig unterlassen werden.

2.2 Unterlassene Pflegehandlungen

Es gibt mehrere Instrumente, um zu messen, welche Pflegehandlungen und in welchem Umfang sie unterlassen werden. Palese et al. fanden 14 Instrumente, von denen einige Weiterentwicklungen bestehender Instrumente sind, so dass man im Grunde vier Instrumente unterscheiden kann – den MISSCARE-Fragebogen, das BERNCA-Instrument (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*), die *Task Undone*-Skala und das *Unfinished Nursing Care*-Instrument (2021: 244). Sie unterscheiden sich hinsichtlich der abgefragten Items und der Frage, ob die Pflege des gesamten Teams bei der Beantwortung mitberücksichtigt werden soll (MISSCARE und *Unfinished Nursing Care*) oder nur die selbst durchgeführte Pflege (BERNCA, *Task Undone*) (ebd.). Die Beantwortung erfolgt zumeist mithilfe einer Skala, die je nach Instrument von Nie oder Selten über Manchmal bis hin zu Oft oder Immer Auskunft darüber gibt, wie oft die jeweilige Pflegehandlung unterlassen wurde (ebd. 260). Nur bei der *Task Undone*-Skala gibt es Varianten, die mit Ja oder Nein beantwortet werden (ebd.). Der MISSCARE-Fragebogen fragt zusätzlich noch nach den Gründen, warum es zu Unterlassen gekommen ist (ebd.). Auf diese wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

Mittlerweile wurden die Ergebnisse, die mithilfe dieser Instrumente erzielt wurden, in systematischen Reviews zusammengefasst. So stellten Mandal et al. fest, dass drei Arten von Tätigkeiten konsistent als rationiert angegeben werden (2019: 9): 1. Tätigkeiten, die auf

die emotionalen Bedürfnisse von Patienten, sowie auf die Bedürfnisse nach Beratung, Mobilität und Hygiene eingehen, 2. Tätigkeiten, die keine unmittelbare Wirkung auf die Gesundheit von Patienten haben, 3. Tätigkeiten, die mehr Zeit und Personal benötigen, wie z. B. Lagerung (ebd.).

Um eine genauere Vorstellung davon zu bekommen, welche Pflegehandlungen am häufigsten unterlassen werden, wurden die quantitativen Studien, die in der systematischen Literaturrecherche für diese Arbeit gefunden wurden, in Tabellen zusammengefasst, sofern eindeutige Mittelwerte für die einzelnen Items angegeben wurden (siehe Anhang 2-4). Dies war bei insgesamt 18 Studien der Fall, wobei 16 davon den MISSCARE-Fragebogen verwendeten und jeweils eine das BERNCA bzw. PIRNCA-Instrument (*Perceived Implicit Rationing of Nursing Care*). Da die Instrumente in den Studien häufig an das jeweilige Land angepasst worden sind, kommt es zu Abweichungen bei einigen Items, die als Erweiterung an die Tabellen angefügt wurden, wenn sie nicht sinngemäß mit den ursprünglich vorgesehenen Items übereinstimmen. Damit ein Vergleich möglich ist, wurde anhand der Mittelwerte eine Rangfolge bestimmt, so dass für jede Studie ersichtlich ist, welches die am häufigsten und welches die am seltensten unterlassenen Pflegehandlungen sind. Jeweils die fünf am häufigsten und am seltensten unterlassenen Pflegehandlungen wurden in der Tabelle farbig markiert, wodurch Trends erkennbar werden, die mit dem Ergebnis von Mandal et al. übereinstimmen. So finden sich in den oberen Rängen besonders häufig Tätigkeiten wie Mobilisation und Lagerung, Mund- und Körperpflege, emotionale Unterstützung, Patientenedukation und Entlass-Management sowie interdisziplinäre Konferenzen.

Diese Trends lassen jedoch keine Aussage darüber zu, wie häufig die jeweiligen Pflegehandlungen unterlassen werden, da in manchen Studien auch die am häufigsten unterlassenen Pflegehandlungen eher selten unterlassen werden und in anderen dafür oft. Daher können diese Angaben nicht verallgemeinert werden und werden, wie Chaboyer et al. in ihrem Meta-Review anmerken, durch die Anzahl der abgefragten Items und der Länge des berücksichtigten Zeitraums (die letzte Schicht, die letzte Woche etc.) beeinflusst (2021: 86). Je mehr Items abgefragt werden und je länger die einbezogenen Zeiträume, desto mehr unterlassene Pflege gibt es (ebd.). Was sich mithilfe der Instrumente allgemein feststellen lässt, ist, dass unterlassene Pflege regelmäßig auftritt und nicht vom Land sowie der Art, Größe oder dem Standort eines Krankenhauses abhängt (ebd. 88).

Saar et al. (2021) kommen in ihrer Studie auf Grundlage von Patientenakten teilweise zu anderen Ergebnissen als die Studien, welche die oben genannten Instrumente verwenden. So geben Saar et al. als am seltensten unterlassene Pflegehandlungen Patientenedukation

und Entlass-Management an (2021: 6). Ebenfalls selten unterlassen wurde die Unterstützung der Körperpflege, was die Autoren darauf zurückführen, dass viele Hilfskräfte auf den Stationen eingesetzt sind und dieser Aufgabe von deutschen Pflegekräften eine hohe Priorität beigemessen wird (ebd.). Wie in den Instrumenten-basierten Studien stellen auch Saar et al. fest, dass emotionale Unterstützung die am häufigsten unterlassene Pflegehandlung ist (ebd.), allerdings wird diese auch oft nur nicht dokumentiert (ebd. 4). Des Weiteren wurden die Hautbeobachtung und Atemübungen sehr häufig unterlassen (ebd. 6). Ein auffälliges Ergebnis dieser Studie ist, dass die in den MISSCARE-Studien am seltensten versäumte Pflegehandlung, nämlich die Reaktion auf eine Zustandsverschlechterung, in den untersuchten Patientenakten sehr häufig unterlassen wurde (ebd.). In Anbetracht der Tatsache, dass Körperpflege nur sehr selten vernachlässigt wird, halten Saar et al. hier eine Diskussion über Prioritätensetzung der Pflege in Deutschland für notwendig (ebd.).

Obwohl der MISSCARE-Fragebogen ursprünglich für Pflegekräfte entwickelt wurde, wird er manchmal auch zur Befragung von Patienten eingesetzt. So konnten Gustafsson et al. feststellen, dass Patienten unterlassene Pflege erkennen können und am häufigsten Grundpflege als unterlassen nennen, gefolgt von Kommunikation und schließlich zeitnahe Reaktion auf Patientenrufe oder Alarme, besonders bei älteren Patienten (2020: 396-397). Auch häufig genannt werden individuelle Bedürfnisse, wie emotionale Unterstützung, Evaluation der Medikamentenwirksamkeit, Patientenedukation und Entlass-Management (ebd.). Sie stimmen damit weitgehend mit den Einschätzungen durch Pflegekräfte überein. Allgemein berichten laut Gustafsson et al. Patienten mit schlechterem Gesundheitsstatus oder psychologischen Problemen sowie Patienten, die unerwünschte Ereignisse (z. B. Hautprobleme, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen) während des Krankenhausaufenthalts erleiden, auch mehr unterlassene Pflege (ebd.).

Nachdem nun erkennbar geworden ist, welche Pflegehandlungen besonders häufig unterlassen werden, werden die Einflussfaktoren betrachtet, die zu Unterlassen führen.

2.3 Einflussfaktoren, die zu Unterlassen führen

Bisher beschäftigt sich der überwiegende Teil der Forschung zum Unterlassen in der Pflege mit den Einflussfaktoren, die dazu führen, dass Pflegehandlungen nicht durchgeführt werden. Chaboyer et al. stellen in ihrem Meta-Review fest, dass dabei wiederholt als Faktoren die Besetzung und/oder personelle Ressourcen, der Skill-Mix, fehlende materielle Ressourcen, die Akuität der Patienten und Teamwork oder Kommunikation im Team

genannt werden (2021: 88-89). Eigenschaften der Pflegekräfte wie Geschlecht, Alter, Erfahrung und Bildung haben laut Chaboyer et al. keinen konsistenten Einfluss (ebd.). Generell lassen sich die Einflussfaktoren in drei Kategorien einteilen, nämlich diejenigen, die sich auf die Pflegekräfte beziehen, diejenigen, welche mit den Patienten bzw. ihren Angehörigen in Verbindung stehen und diejenigen Faktoren, welche die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte beeinflussen.

2.3.1 Pflegekräfte

Wie bereits von Chaboyer et al. (2021) gezeigt, lassen sich im Allgemeinen kaum persönliche Eigenschaften von Pflegekräften feststellen, die zu unterlassener Pflege führen, auch wenn einzelne Studien solche Zusammenhänge finden. So kommen z. B. Al-Faouri et al. zu dem Schluss, dass es mehr unterlassene Pflege gibt, je älter die Pflegekräfte sind (2020: 277), Blackman et al. sehen hingegen einen Zusammenhang zwischen jüngeren Pflegekräften und mehr unterlassener Behandlungspflege (2018b: 39).

Auch hinsichtlich der Erfahrung von Pflegekräften sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Während es laut Witczak et al. mehr unterlassene Pflege gibt, je erfahrener die Pflegekräfte sind (2021: 5), kommen Peterson et al. zu dem gegenteiligen Schluss (2021: 289). Laut Blackman et al. gibt es mehr unterlassene Pflege, je unerfahrener die Pflegekräfte sind, was sich besonders in Bezug auf komplexe Tätigkeiten wie Entlass-Management und Patientenedukation zeigt (2018b: 39). McCauley et al. weisen darauf hin, dass unerfahrene Pflegekräfte keine komplexen Patienten übernehmen sollten, da bei ihnen unterlassene Pflege besonders häufig ist (2020: 1773). Al-Faouri et al. finden diesen Zusammenhang jedoch nicht (2020: 277).

Eindeutiger sind hingegen die Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Pflegekräfte und unterlassener Pflege feststellen. Mehrere Studien gehen auf die Unterschiede zwischen Pflegehilfskräften sowie zwischen Pflegefachkräften mit 3-jähriger Ausbildung und solchen mit 4-jährigem Bachelor-Studium ein. Letztere identifizieren deutlich mehr unterlassene Pflegehandlungen und schätzen die Gründe für unterlassene Pflege als gravierender ein (Bragadóttir/Kalisch 2018: 1231; Lima et al. 2020: 7). Bragadóttir und Kalisch führen dies auf die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben zurück, die Pflegekräfte mit verschiedenen Qualifikationsgraden übernehmen (2018: 1233). So hätten Pflegefachkräfte mit Bachelor-Abschluss ein holistischeres Bild von Patienten und evaluierten gründlicher, ob ihre Bedürfnisse erfüllt werden (ebd.). Es zeigt sich, dass es bei

Pflegekräften mit geringerer Qualifikation mehr unterlassene Pflege gibt (Blackman et al. 2018b: 39; Havaei et al. 2019), was Deghan-Nayeri et al. auf Wissensdefizite zurückführen (2018: 332).

Auch bezüglich der Haltung von Pflegekräften lassen sich einige Aussagen treffen. So bringen Abdelhadi et al. die Bereitschaft zu lernen und Wissensdefizite auszugleichen, Motivation und Arbeitshaltung, das Gefühl der Zugehörigkeit, das professionelle Selbstverständnis, also ein positives Berufsbild, sowie Verantwortungsbewusstsein mit unterlassener Pflege in Verbindung (2020: 2165). Drach-Zahavy und Srulovici konnten zeigen, dass Pflegekräfte mit höherem Verantwortungsbewusstsein weniger Pflege unterlassen als solche mit geringerem Verantwortungsbewusstsein, wobei es keinen Unterschied darin gibt, welche Pflegehandlungen unterlassen werden (2017: 167; 2018: 376). In manchen Studien wird fürsorgliches Verhalten (*caring behavior*) hervorgehoben, denn laut Deghan-Nayeri et al. gibt es Pflegekräfte, die sich wie Ärzte verhalten und lediglich Untersuchungsergebnisse erfassen, wodurch die Pflege vernachlässigt wird (2018: 332). Je stärker jedoch das fürsorgliche Verhalten, desto weniger unterlassene Pflege gibt es und desto höher wird die Qualität der Pflege von Pflegekräften bewertet (Labrague et al. 2019: 2261). Zudem stellen Kim und Lee fest, dass es weniger unterlassene Pflege gibt, je mehr „Mitgefühl-Kompetenz“ eine Pflegekraft hat (2020: 2122).

Schließlich wird die Zufriedenheit mit dem Beruf in zahlreichen Studien mit weniger unterlassener Pflege assoziiert (Al-Faouri et al. 2020: 277; Alsubhi et al. 2020: 1836; Jaworski et al. 2020; Plevová et al. 2021: 233). Auch dass Pflegekräfte, die den Beruf verlassen wollen, häufiger angeben, Pflege zu unterlassen, findet sich in vielen Studien wieder (Alsubhi et al. 2020: 1836; Kalánková et al. 2022: 702; Zeleníková et al. 2019: 1893). Hierbei scheinen Unzufriedenheit und Burnout aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen zu mehr unterlassener Pflege zu führen (Alsubhi et al. 2020: 1836-1837; Uchmanowicz et al. 2020: 2188; Uchmanowicz et al. 2021: 5).

2.3.2 Patienten und Angehörige

In den meisten Studien beschränkt sich der Einfluss von Patienten auf unterlassene Pflege auf ihre Anzahl oder ihren Pflegebedarf. Da dies jedoch eher eine Frage der Arbeitsbedingungen und Personalausstattung ist, werden diese Studien im nächsten Abschnitt zusammengefasst.

Zu den Einflussfaktoren in Zusammenhang mit den Patienten selbst oder mit ihren Angehörigen, die zu unterlassener Pflege führen, gibt es hingegen nur wenige Studien. So wird auch fast übersehen, dass Pflegehandlungen zum Teil deshalb nicht durchgeführt werden (können), weil Patienten oder Angehörige sie ablehnen oder ihre Bedürfnisse nicht äußern. Deghan-Nayeri et al. nennen in diesem Kontext Schamgefühle als Grund für unterlassene Pflege, z. B. wenn Patienten die Pflege durch Pflegekräfte des anderen Geschlechts verweigern oder Pflegebedarfe nicht erkannt werden, weil Patienten sich z. B. schämen, über Probleme im Intimbereich zu sprechen (2018: 332).

Des Weiteren kann das Verhalten von Patienten und Angehörigen dazu führen, dass Pflege unterlassen wird. „Schwierige“ Patienten, die sich nicht an die Therapie halten, wertend, fordernd, aggressiv oder drogenabhängig sind, lösen zum Teil negative Gefühle wie Wut oder Ekel bei Pflegekräften aus, was dazu führt, dass sie diese Patienten meiden, wodurch es zu unterlassener Pflege kommt (Abdelhadi et al. 2020: 2166). Allerdings gibt es auch Pflegekräfte, die diese Patienten priorisieren, um danach störungsfrei arbeiten zu können (ebd. 2166; Rooddehghan et al. 2018: 595).

Ähnlich verhält es sich, wenn es zu sexueller Belästigung durch Patienten kommt. Laut Gabay und Tikva gibt es eine implizite Erwartungshaltung gegenüber Pflegekräften, die Pflege weiter durchzuführen, als wäre nichts gewesen (2020: 1883). In dem Fall kompensieren manche Pflegekräfte, indem sie die Pflege schneller durchführen, wodurch Aufgaben ausgelassen werden (ebd.).

Auch fordernde oder überwachende Angehörige können negative Gefühle bei Pflegekräften auslösen, die dazu führen, dass Pflege vermieden wird (Abdelhadi et al. 2020: 2166-2167). Wenn Angehörige zu viele Fragen stellen, kann es sein, dass sie die Pflegekräfte erschöpfen und so Pflege verhindern (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331). Was die Mitarbeit von Angehörigen in der Pflege angeht, so kann sie einerseits dazu beitragen, unterlassene Pflege zu reduzieren, da Pflegekräfte dadurch mehr Zeit für andere Patienten haben (Abdelhadi et al. 2020: 2166-2167). Andererseits kann sie aber auch die Patientensicherheit gefährden, wenn Angehörigen Pflege übertragen wird, für die ihnen das nötige Wissen fehlt (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331).

2.3.3 Arbeitsbedingungen

Die am umfassendsten untersuchten Einflussfaktoren unterlassener Pflege sind die Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegekräfte agieren. Hier kommen zahlreiche Faktoren

zum Tragen, deren Zusammenspiel in unterschiedlichen Kombinationen untersucht wird. Unbestritten ist, dass eine bessere Arbeitsumgebung zu weniger unterlassener Pflege bzw. impliziter Rationierung führt (Park et al. 2018: 726; Zhao et al. 2019: 1847; Zeleníková et al. 2020b). Ebenso wurden weniger Gründe für unterlassene Pflege, eine positive Sicherheitskultur und höhere Arbeitszufriedenheit angegeben, wenn die Arbeitsumgebung positiv bewertet wurde (Dutra/Guirardello 2021: 2404).

Im Allgemeinen geben Pflegekräfte die personelle Besetzung und unangemessene Ressourcen als einflussreichste Faktoren für unterlassene Pflege an (Kim et al. 2018: 124; Labrague 2021: 4; Pan/Lin 2021: 5). So herrscht Einigkeit darüber, dass ein Mangel an materiellen Ressourcen der Hauptgrund für unterlassene Pflegehandlungen ist (Kim et al. 2018: 124; Labrague 2021: 4; Saqer/AbuAlRub 2018: 2891; Smith et al. 2020: 2169). Häufig wird Pflege unterlassen, weil Medikamente nicht verfügbar (Albsoul et al. 2019: e1826) bzw. weil Materialien und Ausrüstung nicht vorhanden oder nicht funktionstüchtig sind (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331). Es wäre unangebracht, hier den Pflegekräften die Schuld dafür zuzuweisen, dass sie Pflegehandlungen unterlassen, allerdings ist auch die Haltung der Pflegekraft entscheidend (Abdelhadi et al. 2020: 2165). Laut Kearns sind Pflegekräfte nicht immer verantwortlich für unterlassene Pflege, aber sie sind verantwortlich für die Entscheidungen, die sie aufgrund mangelnder Ressourcen treffen (2019: 7).

Hinsichtlich der personellen Ressourcen gibt es besonders viel Forschung im Zusammenhang mit unterlassener Pflege, wobei es hier einerseits um die Anzahl von Patienten pro Pflegekraft und andererseits um den Skill-Mix, also das Verhältnis von Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften geht. Allgemein berichten Pflegekräfte auf internistischen Stationen mehr unterlassene Pflege als auf chirurgischen Stationen und bewerten die Gründe dafür (dringliche Patientensituationen, inadäquate Anzahl von Pflegehilfskräften, unausgewogene Patientenschlüssel, Kommunikation mit Pflegehilfskräften) als signifikanter (Jarošová et al. 2021: 1102). Aber unabhängig von der Art der Station demotiviert eine schlechte Besetzung Pflegekräfte und führt dazu, dass umfassende Pflege oder Pflege nach wissenschaftlichen Prinzipien nicht durchgeführt wird (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331). Weitere Folgen von Unterbesetzung sind Vergesslichkeit, Überlastung, Stress und Erschöpfung bei den Pflegekräften, was wiederum zu unterlassener Pflege führt (ebd.). Denn je größer die akute und chronische Erschöpfung der Pflegekräfte, desto mehr Pflege bleibt unerledigt (Min et al. 2020: 126).

Dhaini et al. bestätigen, dass eine selbst als hoch empfundene Arbeitsbelastung mit impliziert rationierter Pflege korreliert (2020: 1869). Ebenso geben Pflegekräfte, die längere

Arbeitszeiten und zu wenig Erholung hatten, mehr unterlassene Pflege an (Cho et al. 2021: 109). Auch Min et al. stellen fest, dass fehlende oder zu kurze Pausen zu mehr unterlassener Pflege führen, was ebenfalls mit geringerer Patientensicherheit zusammenhängt (2019: 2270-2271) und manche Studien weisen darauf hin, dass es weniger unterlassene Pflege bei Pflegekräften gibt, die keine Überstunden haben (Kalánková et al. 2022: 702; Labrague 2021: 4). Zudem gibt es einen Kaskadeneffekt, da unterlassene Pflege oft dazu führt, dass noch weitere Pflegehandlungen unterlassen werden, weil Priorisierung notwendig wird (Blackman et al. 2018b: 38). So muss z. B. Pflege, die in der Frühschicht unterlassen wurde, zum Teil in der Spätschicht nachgeholt werden, was wiederum zu einer größeren Arbeitsbelastung und unterlassener Pflege in der Spätschicht führt (Blackman et al. 2018a: 182).

Wiederholt wird als Ursache für unterlassene Pflege genannt, dass Pflegekräfte zu viele bzw. zu komplexe Patienten versorgen müssen (Abdelhadi et al. 2020: 2164-2165; Pan/Lin 2021: 5; Saqer/AbuAlRub 2018: 2891; Smith et al. 2020: 2169; Zhu et al. 2019: 7). Je mehr Patienten eine Pflegekraft versorgen muss, desto mehr Pflege wird unterlassen (Al-Faouri et al. 2020: 278; Campbell et al. 2020: 2178; Griffiths et al. 2018b; Kalánková et al. 2022: 702; Peterson et al. 2021: 289; Drach-Zahavy/Srulovici 2017: 167). Griffiths et al. stellen fest, dass 26-66 % mehr Pflege unterlassen wird, wenn eine Pflegekraft mehr als elf Patienten betreut, verglichen mit einer Pflegekraft auf höchstens sechs Patienten (2018b: 1484). Außerdem werden weniger Vitalzeichenverschlechterungen übersehen und die Mortalität der Patienten ist geringer, je mehr Pflegekräfte eingesetzt sind (Griffiths et al. 2018a: 46-47). Dies gilt besonders für akut erkrankte Patienten (Griffiths et al. 2018b: 1484), denn Pflege wird häufig dann unterlassen, wenn sich die Anzahl bzw. Komplexität der Patienten unerwartet erhöht (Albsoul et al. 2019: e1826; Saqer/AbuAlRub 2018: 2891). Dabei werden plötzliche Zustandsverschlechterungen oder Notfälle als häufigster Grund angegeben (Kim et al. 2018: 124; Albsoul et al. 2019: e1826; Pan/Lin 2021: 5), aber auch vermehrte Aufnahmen und Entlassungen können hier die Ursache sein (Albsoul et al. 2019: e1826; Pan/Lin 2021: 5).

Laut Simonetti et al. erhöht jeder zusätzliche Patient pro Pflegekraft die Wahrscheinlichkeit unterlassener Pflege um 7 % (2021: 6) und ebenso erhöht jeder zusätzliche Patient pro Pflegekraft laut Ball et al. das Risiko, innerhalb von 30 Tagen nach einer OP zu sterben um 7 % (Ball et al. 2018: 7), was die Schlussfolgerung nahelegt, dass hier ein Zusammenhang besteht. Wenn es vorgeschriebene Personaluntergrenzen gibt,

kommt es seltener zu unterlassener Pflege² (Blackman et al. 2018a: 184). Dies gilt jedoch nur für Pflegefachkräfte, denn Pflegehilfskräfte reduzieren unterlassene Pflege nicht und können sie sogar erhöhen, wenn zu viele von ihnen auf vollausgebildete Pflegefachkräfte kommen (Griffiths et al. 2018b: 1484).

Es wird bemängelt, dass bei Pflegehilfskräften Wissensdefizite bestehen und ihre Arbeit daher von Pflegefachkräften überwacht werden müsste, wofür aber keine Zeit ist (Zhao et al. 2020: 895). Daher fehlt es an gegenseitigem Vertrauen, was die Zusammenarbeit im Team beeinträchtigt (ebd.). Oft sind die Rollen nicht eindeutig geklärt, so dass unklar ist, wofür die Pflegehilfskräfte zuständig sind (ebd. 895/900).

Auch ein hoher Anteil an unerfahrenen Pflegekräften kann zu unterlassener Pflege führen und ist ineffektiv, da sich diese nicht auf der Station auskennen und nicht wissen, wo sich welche Materialien befinden, welche Standards gelten oder welche Bedürfnisse die Patienten haben (Deghan-Nayeri et al. 2018: 330-331). Diese Informationen von anderen Mitarbeitern zu erhalten, ist zeitaufwändig und führt zu einer höheren Arbeitsbelastung beim erfahrenen Personal (ebd.) Zudem müssen unerfahrene Pflegekräfte angeleitet und ihre Arbeit kontrolliert werden (Abdelhadi et al. 2020: 2165). Ähnliches gilt für den Einsatz von Zeitarbeitskräften, wozu Deghan-Nayeri et al. außerdem anmerken, dass diese sich nicht für die Patienten verantwortlich fühlen und deshalb mehr Pflege unterlassen (2018: 330-331). Pflegekräfte in der Ausbildung hingegen schaden Patienten, da sie sich zu viel zutrauen und durch Ausprobieren lernen (ebd.). Daher sind auch sie kein Ersatz für erfahrenes Personal (ebd.).

Doch auch unter erfahrenen Pflegefachkräften können mangelnde Teamarbeit und Kommunikation zu unterlassener Pflege führen, was am Beispiel der besonders häufig unterlassenen Patientenedukation deutlich wird. Laut See et al. wird diese unterlassen, weil man sich auf andere Pflegekräfte verlässt und nicht bekannt ist, was andere bereits unterrichtet haben (2020: 1963). Zudem findet Patientenedukation oft informell, also bei jeder Gelegenheit als Konversation statt, während andere Pflegehandlungen durchgeführt werden (ebd.). Ganz allgemein werden Kommunikationsprobleme wiederholt als Ursache für unterlassene Pflege genannt (Pan/Lin 2021: 5/7), wobei sowohl Spannungen und/oder fehlende Kommunikation mit Ärzten (Albsoul et al. 2019: e1826; Park et al. 2018: 726;

² Diese Angabe bezieht sich auf eine Personaluntergrenze von fünf Pflegekräften auf zwanzig Patienten, wie sie seit 2015 auf allen allgemeinen Stationen in Krankenhäusern in Victoria, Australien gilt (Blackman et al. 2018a: 184).

Smith et al. 2020: 2169) als auch Spannungen und/oder fehlende Kommunikation im Pflorgeteam (Albsoul et al. 2019: e1826; Saqer/AbuAlRub 2018: 2891) angegeben werden.

Außer durch unangemessene personelle Ressourcen wird Pflege deshalb unterlassen, weil administrative und nicht-pflegerische Aufgaben wie Aufnahme und Entlassung, Terminvereinbarungen oder Berichterstattung an Ärzte und anderes Fachpersonal sowie Familien zu viel Zeit in Anspruch nehmen (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331; Park et al. 2018: 726). Laut Harvey et al. werden Pflegekräfte für die Papierarbeit verantwortlich gemacht, was zu Pflege nach Zahlen und Depersonalisation führt (2020: 916). Dadurch verbringen Pflegekräfte mehr Zeit mit Checklisten und verpflichtender Berichterstattung als mit Pflege an sich (ebd.). Harvey et al. kritisieren, dass die Dokumentation nur vervollständigt wird, damit es so aussieht, als ob gepflegt wird (2017: 3). Da eine unvollständige Dokumentation bestraft wird, wird Pflege durch Abhaken ersetzt und die holistische Pflege bleibt auf der Strecke (ebd. 3-4). Zudem beleidigen Checklisten ihrer Meinung nach die Intelligenz und Kompetenz von Pflegekräften (ebd. 5). Deghan-Nayeri et al. führen des Weiteren unterschiedliche Dokumentationsformen (digital und in Papierform) als Ursache für unterlassene Pflege an (2018: 331).

Manche Faktoren, die zu unterlassener Pflege führen, hängen mit der Arbeitsorganisation zusammen. So kann die Übernahme der Patienten aus der vorherigen Schicht unterlassene Pflege reduzieren, denn wenn Pflegekräfte die Patienten nicht kennen, führt dies leichter zu Versäumnissen (Albsoul et al. 2019: e1828). Teilweise brauchen Patienten auch einfach zu lange, um von Untersuchungen zurückzukommen (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331). Dann kann es sein, dass Vitalzeichen verspätet dokumentiert oder Medikamente zu spät verabreicht werden, was sich wiederum auf die Medikation der folgenden Schicht auswirkt (ebd.).

Nur selten werden konkrete Arbeitsanweisungen als Ursache für unterlassene Pflege genannt. So führen Albsoul et al. das Beispiel einer onkologischen Station an, wo Pflegekräfte angewiesen wurden, keine Zeit für die psycho-soziale Pflege von Patienten und Angehörigen aufzuwenden (2019: e1828), während auf anderen Stationen auch sogenannte „VIP-Patienten“ bestimmt werden, die besondere Aufmerksamkeit erhalten, wodurch die Pflege anderer Patienten zu kurz kommt (Rooddehghan et al. 2018: 595).

Trotzdem kritisieren einige Studien die fehlende Autonomie von Pflegekräften aufgrund von Mikromanagement durch Führungskräfte und Politik als Ursache unterlassener Pflege (Harvey et al. 2017: 5). Je mehr Entscheidungsautorität Pflegekräfte besitzen, desto weniger Pflege wird unterlassen (Labrague 2021: 4). Allerdings kommt es

oft vor, dass Pflegekräfte ihre Arbeit zugunsten der Arbeit anderer Professionen unterbrechen, was darauf hindeutet, dass es Pflegekräften an professioneller Autorität mangelt (Harvey et al. 2017: 4). Pflegehandlungen, die Pflegekräfte unabhängig durchführen können, werden hingegen seltener unterlassen (Hessels et al. 2019: 7).

Bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen spielen Führungskräfte wie die Stationsleitung eine entscheidende Rolle. Während eine effektive Führung das Engagement von Pflegekräften verbessert und unterlassene Pflege reduziert, erhöht eine ineffektive Führung die Arbeitsbelastung (McCauley et al. 2020: 1773). Und je besser die Fähigkeiten, Führungsstärke und Unterstützung durch die Stationsleitung von Pflegekräften bewertet werden, desto weniger Gründe für unterlassene Pflege werden genannt (Kim et al. 2018: 125; Dutra/Guirardello 2021: 2401). So führen Beratung und Hilfe durch die Stationsleitung zu weniger unterlassener Pflege (Abdelhadi et al. 2020: 2167).

Führungskräfte können dafür sorgen, dass weniger Pflege unterlassen wird, indem sie die Ausführung der Pflege überwachen, was aber auch mehr Stress bei den Pflegekräften erzeugt (Abdelhadi et al. 2020: 2167). Besonders negativ wirken sich dabei starke Hierarchiegefälle aus (McCauley et al. 2020: 1773). Manchmal mangelt es zudem an Überwachungsmethoden, die auf wissenschaftlichen Prinzipien bzw. Expertenstandards basieren (Deghan-Nayeri et al. 2018: 331), und manche Pflegekräfte beklagen unterschiedliche Prioritäten, so dass ihre Entscheidungen häufig hinterfragt werden (McCauley et al. 2020: 1772-1773). Besonders wenn Führungskräfte nicht auf Beschwerden bezüglich der schlechten Besetzung und des Skill-Mix reagieren, fühlen Pflegekräfte sich macht- und hilflos (ebd.). Teilweise werden Mängel nur dokumentiert, ohne dass Maßnahmen ergriffen werden (Deghan-Nayeri et al. 2018: 332). Zum Teil werden Führungskräfte jedoch auch für strukturelle Probleme verantwortlich gemacht, für die sie nichts können (McCauley et al. 2020: 1773).

Darüber hinaus spielen Führungskräfte eine Rolle bei der Schaffung einer positiven Sicherheitskultur, die unterlassene Pflege reduzieren kann (Hessels et al. 2019: 7; Labrague 2021: 4). Häufig besteht eine negative Sicherheitskultur, welche die Verantwortung für unterlassene Pflege auf Pflegekräfte abwälzt (Harvey et al. 2017: 4), was dazu führt, dass unterlassene Pflege nicht gemeldet wird (Deghan-Nayeri et al. 2018: 332). Als Gründe dafür werden genannt: Die Angst vor Strafen, rechtlichen Konsequenzen oder Arbeitsplatzverlust; Spannungen zwischen Führungskräften und Pflegekräften; unangemessenes Verhalten von Führungskräften (z.B. Vertuschung aus Angst, von Patienten verklagt zu werden); mangelnde Reaktion auf Meldungen; die Angst, das Vertrauen von Kollegen zu verlieren;

geringes Verantwortungs- oder Selbstbewusstsein sowie Wissensdefizite und mangelnde Fähigkeiten (ebd.).

Abschließend lässt sich feststellen, dass bessere Arbeitsbedingungen zu weniger unterlassener Pflege führen und dieser Effekt sogar größer ist, als wenn lediglich mehr Pflegekräfte bereitgestellt werden (Lake et al. 2020: 5-6).

2.4 Priorisierung von Pflegehandlungen

Nachdem beschrieben wurde, welche Faktoren dazu führen, dass Pflege unterlassen wird, geht es nun um die Frage, wie Pflegehandlungen priorisiert werden. Dabei zeigt sich, dass dieses Phänomen komplex ist und mit allen sozioökologischen Ebenen von der individuellen Pflegekraft bis hin zur Gesellschaft und dem jeweiligen Gesundheitssystem zusammenhängt.

Jones et al. (2019) haben diese Ebenen jeweils wie folgt definiert: Im Zentrum steht die Pflegekraft, die individuelle Entscheidungen darüber trifft, welche Pflegehandlungen ausgeführt werden und welche nicht. Diese Entscheidungen trifft die Pflegekraft in einem Mikrosystem, also z. B. eine Station im Krankenhaus, in dem sie direkt mit Patienten, Kollegen und Vorgesetzten agiert. Auf der Ebene des Mesosystems interagiert sie direkt oder indirekt durch Richtlinien z. B. mit der Krankenhausverwaltung oder der Personalabteilung des Krankenhauses. Die Entscheidungen der Pflegekraft werden auf der Ebene des Exosystems von ihrer Ausbildung sowie von Gesetzen und anderen Vorschriften beeinflusst. Und schließlich beeinflusst auf der Ebene des Makrosystems die soziale Kultur, innerhalb derer das Gesundheitssystem besteht, die Entscheidungen der Pflegekraft. (Jones et al. 2019: 908)

Dementsprechend gibt es verschiedene theoretische Ansätze, unterlassene Pflege zu untersuchen. Jones et al. nennen z. B. die Systemtheorie, nach der unterlassene Pflege das Ergebnis eines fehlerhaften Systems ist (2020: 587). Die Ökonomische Theorie betrachtet unterlassene Pflege unter wirtschaftlichen Aspekten, wobei unterlassene Pflege in einem neoliberalen politisch-ökonomischen System als direktes Ergebnis kapitalistischer Werte angesehen wird (ebd. 587-588). Zumeist wird unterlassene Pflege jedoch nur auf Stationsebene untersucht, während empirische Studien zu Politik, Ressourcenallokation und/oder kulturellen Aspekten fehlen (ebd. 588).

Laut Jones et al. bietet sich insbesondere die Strukturierungstheorie zur Beschreibung des Phänomens unterlassener Pflege an (ebd. 590). Diese untersucht die Rolle

von Individuen und Teams in der Interaktion mit komplexen Systemen, welche aus drei Komponenten besteht: Zum Ersten aus der bewussten oder anderweitigen Motivation zu handeln, zum Zweiten aus der Entscheidung für die Durchführung oder Rationalisierung dieser Handlung und zum Dritten aus der Fähigkeit, Handlungen zu reflektieren oder kontrollieren (ebd.). Das heißt, Pflegekräfte können entscheiden, wie sie ihre Arbeit organisieren, wie sie sich in Teamarbeit einbringen und wie sie Führung übernehmen (ebd.). Sie haben auch die Möglichkeit, sich zu widersetzen, wobei hier Machtgefälle bestehen (ebd.).

Wie bereits in Abschnitt 2.2 deutlich geworden ist, lassen sich Trends desbezüglich feststellen, welche Pflegehandlungen besonders häufig unterlassen werden. Dabei scheint ein impliziter Konsens unter Pflegekräften darüber zu bestehen, wie Pflegehandlungen zu priorisieren sind, da alle Pflegekräfte ungeachtet ihrer persönlichen Eigenschaften, der Station oder des Krankenhauses die gleichen ethischen Vorstellungen davon teilen, welche Pflegehandlungen unterlassen werden sollten und welche nicht (Drach-Zahavy/Srulovici 2018: 376).

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Frage, wie Pflegekräfte Pflegehandlungen priorisieren. Palese et al. stellen dabei fest, dass es hauptsächlich drei Arten von Pflegekräften gibt (2020a: 2153). Die Mehrheit der Pflegekräfte priorisiert Pflegehandlungen, die mit der Patientensicherheit zusammenhängen und unterlässt eher Aufgaben, die nicht direkt dem Patienten dienen (ebd.). Daneben gibt es Pflegekräfte, welche die Grundpflege priorisieren (ebd.). Diese Gruppe tendiert dazu, der Anleitung und Überwachung von unerfahrenen Pflegekräften eine geringere Priorität beizumessen (ebd.). Schließlich gibt es Pflegekräfte, die Teamprozess-orientiert sind und hauptsächlich versuchen, die Aufgaben zu erfüllen, die nicht von anderen Teammitgliedern wie Ärzten oder Pflegehilfskräften übernommen werden (ebd.). Zusätzlich gibt es noch einen weiteren Typ von Pflegekräften, der nicht-pflegerische und organisatorische Aufgaben priorisiert, was aber eher die Stationsgepflogenheiten widerspiegelt, als die Entscheidungen der Pflegekräfte (ebd.; Rooddehghan et al. 2018: 595).

Hinsichtlich der Pflegehandlungen, die priorisiert werden, lassen sich verschiedene Charakteristika feststellen. Laut Harvey et al. wird hauptsächlich Pflege mit direktem therapeutischen Bezug durchgeführt (2017: 4). Wie schon bei den Arten von Pflegekräften deutlich wurde, ist häufig der potenzielle Schaden das maßgebliche Kriterium bei der Priorisierung (Abdelhadi et al. 2020: 2166). So wird Pflege mit Bezug zum körperlichen Zustand und der Verschlechterung des Patienten priorisiert, während Training oder

Körperpflege zweitrangig sind (ebd.). Ebenso werden Patienten mit auffälligen Vitalzeichen priorisiert (Rooddehghan et al. 2018: 594). Bei der Beurteilung des potenziellen Schadens gibt es auch eine zeitliche Komponente. Pflege mit kurzfristigen Auswirkungen wird priorisiert, Pflege mit langfristigen Folgen (z. B. Dekubiti) wird hingegen verschoben (Hessels et al. 2019: 7).

Auch laut O'Donnel und Andrews werden Pflegehandlungen so priorisiert, dass die unmittelbaren und Sicherheitsbedürfnisse von Patienten erfüllt werden, wodurch sich eine Art Rangfolge der erbrachten Pflegequalität ergibt (2020: 2131-2133). An unterster Stelle steht dabei die funktionelle Pflege bestehend aus der Übernahme von Waschen, Anziehen, Mobilisieren und Bewegen, Ausscheidung, Essen sowie der Patientenbeobachtung. Funktionelle Pflege stellt so das Wohlbefinden und die Sicherheit des Patienten sicher, kompromittiert aber seine Unabhängigkeit und Würde. Je weniger Pflege möglich ist, desto mehr funktionelle Pflege wird erbracht, denn sie erfüllt den minimalen Pflegebedarf, bis mehr Zeit für höherwertige Pflege zur Verfügung steht. Da funktionelle Pflege sichtbar und daher messbar ist, kann so der Beweis erbracht werden, dass die Bedürfnisse der Patienten erfüllt werden und die Zeit, die mit Patienten verbracht wird, gerechtfertigt ist. Diese Art der Pflege entspricht zudem dem allgemeinen Bild von Pflege, das mit Florence Nightingale als Pflegekraft, die rund um die Uhr nur bei der Körperpflege und Nahrungsaufnahme hilft, in Verbindung gebracht wird. (O'Donnel/Andrews 2020: 2131-2133)

Eine höhere Pflegequalität wird erreicht, wenn Pflege als Unterstützung durchgeführt wird, also z. B. durch Hilfe, Unterstützung und Motivation zur Selbstpflege sowie dadurch, dass Zeit für die Patienten aufgebracht wird. Dadurch wird der Patient in die Pflege involviert, was jedoch von der Zeit und den Ressourcen abhängt, die zur Verfügung stehen. Außerdem wird diese Art der Pflege oft als Aufgabe anderer Professionen gesehen, sie ermöglicht aber erst die ideale Pflege, durch welche die höchste Pflegequalität erreicht wird. (O'Donnel/Andrews 2020: 2131-2133)

Ideale Pflege bedeutet Assessment, Verbindung aufbauen, Vermitteln, eine Advokatenrolle einnehmen und Rehabilitation. Sie besteht aus funktionaler und unterstützender Pflege in Verbindung mit Assessment und psychologischer und emotionaler Unterstützung. Ideale Pflege ist weniger sichtbar und benötigt professionelle Expertise und Weitblick, um langfristige Ergebnisse zu erreichen, die erst später sichtbar werden. Sie hängt außerdem von der Bereitschaft der Pflegekraft ab, ideale Pflege bieten zu wollen. (O'Donnel/Andrews 2020: 2131-2133)

Als Gegenteil der idealen Pflege kann die oberflächliche Pflege gesehen werden, die Deghan-Nayeri et al. beschreiben (2018: 332). Diese besteht aus minimalem Patientenkontakt, Routine-orientierter Pflege, dem Verabreichen von Medikamenten, ohne die Patientendetails zu prüfen oder indem sie nur ans Bett gestellt werden, mangelhafter Übergabe, verspätetem oder versäumtem Senden von Proben ans Labor sowie verspäteter oder versäumter Überprüfung der Ergebnisse, der Durchführung nur sichtbarer Pflege, der Delegation von Aufgaben, dem Ignorieren von Patientenwünschen und dem Handeln, ohne Anordnungen abzuwarten oder zu dokumentieren (ebd.).

Wie Pflegekräfte priorisieren, kann auch von der Situation abhängen. Abdelhadi et al. unterscheiden neue Situationen wie z. B. Notfälle, in denen die Situation des Patienten durch angestregtes Denken umfassender betrachtet wird, wodurch weniger Pflegehandlungen unterlassen werden, von Routine-Situationen (Abdelhadi et al. 2020: 2165-2166). In letzteren herrscht automatisches Denken vor, wobei die Meinungen darüber geteilt sind, ob dies zu mehr oder weniger unterlassenen Pflegehandlungen führt (Abdelhadi et al. 2020: 2165). So kann z. B. das Befolgen von Richtlinien dazu führen, dass etwas übersehen wird, andererseits kann es aber auch bei der Priorisierung unterstützen und dafür sorgen, dass nichts übersehen wird (ebd.). Sie kommen zu dem Schluss, dass Pflegekräfte ihre Erfahrung nutzen, um intuitiv Muster zu erkennen und Entscheidungen zu treffen (ebd.).

Dabei kommt es auch darauf an, ob die Pflegekraft das Gefühl hat, Kontrolle über die Situation zu haben oder nicht. Wenn sie das Gefühl hat, die Situation kontrollieren zu können, wird die Pflege priorisiert und bis zu Ende durchgeführt (Abdelhadi et al. 2022: 313). Wenn sie jedoch das Gefühl hat, sofort reagieren zu müssen, wird sie unterlassen oder abgebrochen (ebd. 313-314). Dann wird die Pflege verschoben und findet verspätet statt oder es wird improvisiert (ebd.). Pflegekräfte betonen dabei, wie wichtig es ist, dass die Pflege weitergeht (ebd. 315).

Es sollte auch nicht vergessen werden, dass es bei der Frage der Priorisierung von Pflegehandlungen für Pflegekräfte nicht nur um einzelne unterlassene Pflegehandlungen in einer Schicht geht, sondern das Unterlassen potenziell mit rechtlichen Folgen für die Pflegekräfte und Schaden für die Patienten verbunden ist (Harvey et al. 2018: 506). Pflegekräfte möchten pflegen, müssen aber sowohl die Anforderungen des Arbeitgebers und Standards erfüllen (ebd.) als auch mit begrenzten Ressourcen umgehen. Welche Auswirkungen unterlassene Pflege hat, wird im Folgenden betrachtet.

2.5 Auswirkungen unterlassener Pflege

Neben den Ursachen für unterlassene Pflege widmet sich ein Großteil der Studien auch den Konsequenzen, die daraus entstehen. Dazu zählen eine schlechtere Qualität der Pflege, mehr unerwünschte Ereignisse, längere Verweildauer und mehr Wiedereinweisungen sowie geringere Zufriedenheit sowohl bei Patienten als auch bei Pflegekräften (Chaboyer et al. 2021: 88-89). Somit lassen sich die Folgen unterlassener Pflege grob darin einteilen, wie sie sich auf Patienten auswirkt und wie auf Pflegekräfte.

2.5.1 Auswirkungen auf Patienten

Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, die aufzeigen, dass die Patientensicherheit unter unterlassener Pflege leidet (Kalánková et al. 2020: 1785; Witczak et al. 2021). Laut Cho et al. ist jede zusätzliche unterlassene Pflegemaßnahme mit einem 8-9 %-igen Anstieg in mangelhafter oder ungenügender Patientensicherheit assoziiert (2020: 6). Die Folgen reichen von unerwünschten Ereignissen wie Stürzen, nosokomialen Infektionen (Harnwegsinfekte, Infektionen der Blutbahn, Pneumonien, lokale Infektionen an intravenösen Kathetern), Medikationsfehlern (nicht verabreichte Medikation, Patientenverwechslungen), Dekubiti und Hautproblemen bis hin zu postoperativer Mortalität, kritischen Vorfällen, Verschlechterung der funktionalen Autonomie oder gar Suizid (Kalánková et al. 2020: 1791; Recio-Saucedo et al. 2018: 2255). Patienten, bei denen es zu unerwünschten Ereignissen kommt, haben signifikant höhere Werte für unterlassene Kommunikation und Grundpflege, wobei unterlassene Kommunikation einen größeren Effekt hat (Cho et al. 2017: 351).

Auch wenn der Zusammenhang zwischen unterlassener Pflege und Patientensicherheit nicht angezweifelt wird, ist es problematisch, dass viele Studien auf der Wahrnehmung von Pflegekräften beruhen und die direkte Ursache schwierig zu beweisen ist (Willis/Brady 2022: 868). So schätzen Pflegekräfte, die mehr unterlassene Pflege berichten, die Patientensicherheit als schlechter ein (Kalánková et al. 2020: 1785). Oftmals zeigen sich die Effekte erst auf lange Sicht, z. B. nachdem der Patient entlassen wurde (ebd.). Allerdings berichten Pflegekräfte, die mehr Rationierung angeben, auch häufiger unerwünschte Ereignisse (Zhu et al. 2019: 7).

Was den Einfluss von unterlassener Pflege auf das Mortalitätsrisiko angeht, ist die Evidenz unzureichend, aber größere Studien scheinen den Zusammenhang zu bestätigen

(Recio-Saucedo et al. 2018: 2256). So geben Willis und Brady in Krankenhäusern mit den höchsten Raten unterlassener Pflege ein um 51 % erhöhtes Mortalitätsrisiko für Patienten an (2022: 864). Laut Ball et al. erhöht jeder Anstieg von unterlassener Pflege um 10 % das Risiko innerhalb von 30 Tagen nach einer OP zu sterben um 16 % (Ball et al. 2018: 7).

Andererseits reduziert eine zusätzliche Stunde NHPPD (*Nursing Hour Per Patient Day*) die Anzahl der Todesfälle um 6,8 pro 1000 Patiententage (Wieczorek-Wojcik et al. 2020: 2242), wobei auch hier die Qualifikation der Pflegekräfte eine Rolle spielt. Denn je mehr Pflegefachkräfte vorhanden sind, desto weniger Todesfälle gibt es auf chirurgischen und internistischen Stationen (ebd.). Eine 10 %-ige Erhöhung der Rate verringert die Krankenhausmortalität um 3,25 bzw. 7,53 pro 1000 Patiententage (ebd.). Der letztere Wert bezieht sich auf internistische Stationen, wo generell ein schlechteres Verhältnis besteht, sowohl was den Skill-Mix als auch was die NHPPD angeht, wodurch sich Verbesserungen stärker auswirken (ebd.). Zudem reduziert jeder Anstieg von Pflegefachkräften mit Bachelor-Abschluss um 10 % das Risiko innerhalb von 30 Tagen nach einer OP zu sterben um 7 % (Ball et al. 2018: 7).

Auch die Qualität der Pflege leidet unter unterlassener Pflege. So schätzen Pflegekräfte die Qualität der Pflege regelmäßig als schlechter ein, je mehr Pflege unterlassen wird (Kalánková et al. 2020: 1792; Recio-Saucedo et al. 2018: 2253-2254; Smith et al. 2020: 2169; Zhu et al. 2019: 7; Zeleníková et al. 2019: 1893). Laut Cho et al. ist jede zusätzliche unterlassene Pflegemaßnahme mit einem 11-12 %-igen Anstieg in lediglich befriedigender oder mangelhafter Qualität der Pflege assoziiert (2020: 6).

Wie bei der Patientensicherheit spielen sowohl die Anzahl als auch die Qualifikation der verfügbaren Pflegekräfte eine Rolle bei der Qualität der Pflege. So bewerten Patienten die Qualität der Pflege und Anleitung durch Pflegekräfte schlechter, je mehr Patienten von einer Pflegekraft versorgt werden (Winter et al. 2021: 5). Dabei hat ein zusätzlicher Patient pro Pflegekraft nur einen kleinen Effekt, wenn die Pflegekräfte bereits viele Patienten versorgen (ebd. 6). Außerdem bewerten Patienten die Qualität der Pflege und Anleitung durch Pflegekräfte signifikant schlechter, wenn mehr Pflegehilfskräfte vorhanden sind, und jeder zusätzliche Patient pro Pflegehilfskraft verschlechtert die Qualität der Pflege signifikant (ebd.), was die Bedeutung von gut ausgebildeten Pflegefachkräften unterstreicht.

Wenig überraschend wirkt sich unterlassene Pflege auch auf die Zufriedenheit von Patienten aus (Rooddeghan et al. 2018: 596; Recio-Saucedo et al. 2018). Höhere Raten an rationierter Pflege sind mit geringerer Patientenzufriedenheit assoziiert und umgekehrt (Kalánková et al. 2020: 1793), wobei sich selbst geringe Level an unterlassener Pflege

signifikant auf die Patientenzufriedenheit auswirken (Gustafsson et al. 2020: 397). Wenn Pflegekräfte viel unterlassene Pflege berichten, berichten Patienten wenig patientenzentrierte Pflege (Gustafsson et al. 2020: 397), was wohl erklärt, warum eine geringe Patientenzufriedenheit zu Vertrauensverlust und Unsicherheit führen sowie Wohlbefinden, Lebensqualität, Würde und Selbstwertgefühl der Patienten verringern kann (Kalánková et al. 2020: 1793). Auch höhere Wiedereinweisungsraten aufgrund von unterlassener Pflege führen zu geringerer Patientenzufriedenheit (ebd.). Ebenso äußerten Angehörige öfter Unzufriedenheit, wenn Pflegekräfte Pflege nicht vollständig ausführten (ebd.). Da Patienten, die ihre Pflege als exzellent bezeichnen, mehrheitlich berichten, dass immer oder meistens ausreichend Pflegekräfte für sie zur Verfügung standen (Aiken et al. 2018: 5), wird erneut der Zusammenhang zur Anzahl der Pflegekräfte pro Patient deutlich.

Die Pflegehandlungen, die häufig unterlassen werden, spiegeln sich in den unerfüllten Bedürfnissen von Patienten wieder. Laut Bagnasco et al. wünschen sich Patienten mehr Kommunikation über Pflegepläne, geplante Prozeduren, Medikation und Stationsorganisation bzw. -regeln (2020: 350). Dabei ist es nicht ausreichend, Informationen nur weiterzugeben, denn Patienten wünschen sich Zeit zum Diskutieren und wollen gehört werden (ebd. 351). Oft erhalten Patienten viele Informationen, aber es wird sich nicht vergewissert, ob sie diese verstanden haben (Jangland et al. 2017: 2317). Sie werden mit Informationen überrumpelt und haben keine Gelegenheit, Fragen vorzubereiten (ebd.). Kalánková et al. weisen darauf hin, dass mangelnde oder verspätete Kommunikation zudem das Risiko für unerwünschte Ereignisse wie Stürze, Hautprobleme und Suizidversuche erhöht (2020: 1790-1791).

Dabei spielt das Bedürfnis nach Privatsphäre und Vertraulichkeit eine Rolle, was oft nicht erfüllt wird (Bagnasco et al. 2020: 359; Jangland et al. 2017: 2315). Häufig werden private Angelegenheiten in Anwesenheit anderer Patienten diskutiert (Jangland et al. 2017: 2315). Dadurch sprechen Patienten einerseits Anliegen nicht aus und andererseits hören sie zum Teil belastende Diagnosen anderer Patienten mit (ebd.). Mangelnde Privatsphäre führt zudem dazu, dass Patienten keine Ruhe bzw. keinen Schlaf finden (Bagnasco et al. 2020: 359) Viele Patienten empfinden Bedürfnis nach Ruhe und Erholung als nicht ausreichend von Pflegekräften gesehen (ebd.).

Patienten möchten als Person und Individuum behandelt werden, dessen Würde während des Krankenhausaufenthalts bewahrt wird (ebd. 352). Sie wünschen sich mehr Hilfe bei der Körperpflege, bei Essen und Trinken sowie bei der Mobilisation, was mit ihrem Wunsch nach Autonomie und ihrem Selbstwert verbunden ist (ebd.). Besonders was das

Entlass-Management angeht, möchten Patienten aktiv in den Pflege- und Entscheidungsprozess einbezogen werden (ebd.). Vor der Entlassung haben viele Patienten Angst, da sie sich alleingelassen fühlen, worauf jedoch selten eingegangen wird (ebd.). Solche existenziellen Nöte werden zu wenig gesehen, was damit zusammenhängt, dass ein Beziehungsaufbau zu den Pflegekräften oft nicht möglich ist (ebd. 351; Jangland et al. 2017: 2316). Dabei verstärkt die mangelnde Beziehung zu den Pflegekräften existenzielle Nöte, da Ängste um die eigene Zukunft oder Gesundheit nicht adressiert werden (Jangland et al. 2017: 2317). Oft wissen Patienten auch nicht, wer für sie oder für was zuständig ist und vermissen Kontinuität in der Pflege (Jangland et al. 2017: 2317).

Obwohl Schmerzmanagement zu den am seltensten unterlassenen Pflegehandlungen gehört, empfinden Patienten dies häufig als unzureichend (Bagnasco et al. 2020: 352). Weitere unerfüllte Bedürfnisse sind der Wunsch nach Angehörigen am Bett, was meist mit den Stationsregeln oder Besuchszeiten zusammenhängt, sowie kulturelle Bedürfnisse (ebd. 359).

2.5.2 Auswirkungen auf Pflegekräfte

Bei Pflegekräften wirkt sich unterlassene Pflege vor allem in Form von Unzufriedenheit mit der Arbeit und dem Beruf aus. Einerseits führt die Unzufriedenheit der Patienten durch unterlassene Pflege auch zu Unzufriedenheit bei den Pflegekräften (Janatolmakan/Khatony 2022: 3). Andererseits stehen dieselben Faktoren, die zu unterlassener Pflege führen, auch in Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen, z. B. Unterbesetzung, das Ausführen nicht-pflegerischer Aufgaben oder emotionale Erschöpfung (Alsubhi et al. 2020: 1837). Pflegekräfte, die mit ihrer aktuellen Position unzufrieden sind oder beabsichtigen, ihren aktuellen Arbeitsplatz zu verlassen, geben höhere Raten von unterlassener Pflege an (Blackman et al. 2018a: 182; Bragadóttir et al. 2020: 1854). Laut Cho et al. ist jede zusätzliche unterlassene Pflegemaßnahme mit einem 7-8 %-igen Anstieg der Unzufriedenheit mit der Arbeit und einem 4 %-igen Anstieg der Absicht zu kündigen assoziiert (2020: 6).

Die Unzufriedenheit mit der Arbeit mag auch darin begründet sein, dass unterlassene Pflege ethische Konflikte bei Pflegekräften auslöst, da sie sich nicht an die professionelle Ethik halten können, die sie gelernt haben (Janatolmakan/Khatony 2022: 3), was zu Schuldgefühlen führt (Rooddehghan et al. 2018: 596). Auch Harvey et al. meinen, dass Pflegekräfte ihren Beruf lieben, ihn aber nicht ausführen können und kritisieren, dass Pflege

eine Kunst ist, die durch Politik und Papierarbeit verloren gegangen ist (2017: 3). Da die Kunst der Pflege keinen Wert hat, ist sie zu Fabrik- bzw. Fließbandarbeit geworden (ebd. 5).

Somit zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch professioneller Pflege und dem, was Pflegekräfte heute aufgrund der Umstände, unter denen sie agieren, leisten können. Im Folgenden wird daher betrachtet, welchen Anspruch professionelle Pflege eigentlich hat und was Unterlassen in diesem Kontext bedeutet.

3 Der Anspruch professioneller Pflege

Der Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Unterlassen in der Pflege hat das Spannungsfeld, in dem professionelle Pflege heute agiert, deutlich werden lassen. Es ist seit Langem bekannt, dass Pflege oft nicht den Ansprüchen gerecht wird, die sie als Profession an sich selbst stellt. Dazu gehört laut Ethikkodex des *International Council of Nurses* (ICN) patientenzentrierte Pflege, welche die Würde der Patienten achtet und unterstützt (2021: 7), jedoch gleicht es laut Albsoul et al. einem Paradox, patientenzentrierte Pflege in einem produktiven und standardisierten System leisten zu wollen (2019: e1829). Dies entspricht auch dem Grundtenor der Studien, die zum Großteil die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften dafür verantwortlich machen, dass Pflege unterlassen wird. Dabei wird dann Pflege zumeist so priorisiert, dass die Sicherheit der Patienten gewährleistet werden kann, während für andere Bedürfnisse kaum noch Zeit bleibt. Dass das Ergebnis weder den Vorstellungen der Patienten noch der der Pflegekräfte von guter Pflege entspricht, konnte ebenfalls gezeigt werden.

Allerdings wäre es zu kurz gegriffen, nur die Arbeitsbedingungen und die Systeme, in denen Pflege agiert, für die Situation verantwortlich zu machen, die von manchen sogar als „*shitty nursing*“ bezeichnet wird (vgl. Richards/Borglin 2019). Stattdessen muss auch die Profession der Pflege selbst in die Verantwortung genommen werden, die es versäumt, ihren Wert für das Patientenwohl angemessen zu vertreten, von dem die Sicherheit nur einen Teil darstellt.

Wenn das Patientenwohl als Maßstab der Versorgung im Krankenhaus dienen soll, müssen neben der objektivierbaren Dimension der Versorgung (medizinische Parameter) auch die subjektive (Patientenzufriedenheit und Patientenzentriertheit) und die intersubjektive Dimension (wechselseitige Anerkennung und Respekt) berücksichtigt werden (vgl. Deutscher Ethikrat 2016: 37). Dass dies nicht gelingt, liegt daran, dass

Pflegehandlungen und insbesondere die Pflegehandlungen, die nicht mit objektivierbaren Ergebnissen wie der Patientensicherheit zusammenhängen, meistens unsichtbar sind und ihnen daher kein Wert zugemessen wird (Feo/Kitson 2016: 3).

Bei diesen handelt es sich um grundlegende Pflegehandlungen, die alltägliche Aktivitäten wie Essen, Trinken, Ausscheiden und Sich waschen oder anziehen ermöglichen. Obwohl diese Aktivitäten essenziell für das Leben und Teil unserer täglichen Selbstpflegeaktivitäten sind, werden sie oft als selbstverständlich und einfach wahrgenommen (Kitson et al. 2010: 424). Erst wenn diese Aktivitäten aufgrund von Krankheit oder herausfordernden Lebensumständen nicht mehr wie selbstverständlich durchgeführt werden können, wird uns bewusst, wie wichtig und komplex sie eigentlich sind (ebd.). Zudem stehen diese Aktivitäten auch in engem Zusammenhang mit der Würde und dem Selbstwertgefühl, wie Kitson et al. anhand von Interviews mit Schlaganfall-Patienten zeigen konnten (2013a: 400-401). Aus Sicht der Patienten ist es daher keineswegs trivial, wenn solch grundlegenden Pflegehandlungen unterlassen oder nicht richtig durchgeführt werden.

Die Bedeutung dieser grundlegenden Pflegehandlungen für die Pflege sichtbar zu machen, ist das Bestreben der Forschung zum Konzept der *Fundamentals of Care*³, die sich neben den Studien zum Unterlassen in der Pflege als zweiter Forschungszweig aus den Untersuchungen zur mangelnden Pflegequalität etabliert hat (Palese et al. 2021: 240). Während sich die Forschung zum Unterlassen darauf konzentriert, zu messen, welche Pflegehandlungen unterlassen werden und wie sich Unterlassen vermeiden lässt, zielt die Forschung zu den *Fundamentals of Care* darauf ab, die Art, wie Patienten Pflege erfahren, zu verbessern und zu demonstrieren, welchen Wert eine positive Pflegeerfahrung für die Patienten hat (ebd.).

Sie geht damit auf den Widerspruch ein, dass die *Fundamentals of Care* eigentlich eine Art von Pflege beschreibt, die als grundlegendste Kenntnisse und Fähigkeiten von Pflegekräften gelehrt wird, aber trotzdem in der Praxis verloren geht (Kitson et al. 2013a: 5). Dies liegt zum Teil daran, dass die *Fundamentals of Care* von den meisten Gesundheitssystemen nicht priorisiert werden (ebd.). Ein Teil des Problems ist aber auch,

³ *Fundamentals of Care* könnte mit „Grundlagen der Pflege“ übersetzt werden, allerdings geht bei diesem Begriff die Bedeutung des „Fundamentalen“, also des Entscheidenden oder Ausschlaggebenden, das grundlegenden Pflegehandlungen bei diesem Konzept zugesprochen wird, verloren. Genauso wäre „grundlegende Pflege“ keine passende Übersetzung, da dieser Begriff mit Grundpflege assoziiert ist und die *Fundamentals of Care* diese zwar einschließen, aber darüber hinausgehen. Daher wird der Begriff *Fundamentals of Care* in dieser Arbeit nicht übersetzt.

dass die professionelle Pflege keinen Anspruch auf diese Art der Pflege erhebt, so dass eine Diskrepanz zwischen Politik, Ausbildung und Praxis besteht (ebd.). Um diese zu überwinden, müssen die Erwartungen von Pflegekräften, Patienten, Führungskräften, Gesetzgebern und Steuerzahlern bzw. Versicherten darüber, welchen Wert Pflege hat und wie sie ausgeführt wird, in Einklang gebracht werden (ebd. 6). Dazu ist es wichtig, die Stimme der Patienten zu hören und konkrete Vorgaben zur Gestaltung einer patientenzentrierten Pflege zu machen (ebd. 5-6). Zudem ist eine fürsorgliche Umgebung für Patienten nur möglich, wenn die Umgebung auch für Pflegekräfte fürsorglich ist (ebd. 5).

Mithilfe der *Fundamentals of Care* ist es möglich, den Diskurs um Unterlassen in der Pflege aus dem Kontext von Patientensicherheit und Fachkräftemangel zu lösen und zu zeigen, welche Bedeutung das Unterlassen für die professionelle Pflege wirklich hat. Dazu werden zunächst das Konzept und das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* vorgestellt.

3.1 Das Konzept der *Fundamentals of Care*

Bei den *Fundamentals of Care* handelt es sich nicht um eine neue Pflegetheorie, sondern um ein Meta-Narrativ der Pflege (Kitson et al. 2010: 425-426). Es ist aus dem Versuch entstanden, eine einheitliche Sprache der Pflege zu finden, indem bestehende Terminologie und Konzepte erfasst und daraufhin untersucht wurden, ob und in welchem Umfang ihre therapeutische Wirkung etabliert ist (ebd.). Dabei hat sich gezeigt, dass es weitestgehend einen Konsens bei Pflege in Bezug auf Sicherheit, Ernährung und Ausscheidung, sowie zu einem gewissen Grad einen Konsens bei Pflege in Bezug auf Ruhen/Schlaf, Mobilität und persönlicher Hygiene gibt (ebd. 428). Kaum Einigkeit herrscht hingegen bei Pflege in Bezug auf Wohlbefinden, Schmerzmanagement, Privatsphäre und Würde (ebd.).

Des Weiteren wurde gezeigt, dass die einzelnen Elemente thematisch danach sortiert werden können, ob sie sich auf Selbstpflege-Aktivitäten, physiologische Aspekte oder Umgebungsaspekte bzw. Ressourcen beziehen (ebd.). So meint zum Beispiel beim Essen und Trinken der Selbstpflege-Aspekt die Fähigkeit, angemessen Essen und Trinken zu sich nehmen zu können (ebd.). Der physiologische Aspekt bezieht sich auf die Aufnahme und Absorption von Nährstoffen und der Umgebungsaspekt auf die Essensauswahl und Patientenbeobachtung beim Essen (ebd. 429).

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde während eines Seminars der Universität Oxford im Juni 2012 ein Aktionsplan zur Integration der *Fundamentals of Care* in

patientenzentrierte Pflege aufgestellt und ein Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* entworfen (Kitson et al. 2013a: 2). Dieses besteht aus drei Kernelementen: Der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient während der Pflege, der Verhandlung zwischen Pflegekraft und Patient zur Umsetzung der *Fundamentals of Care* sowie dem System und den Voraussetzungen für den Beziehungsaufbau und die sichere Durchführung der *Fundamentals of Care* (ebd.). Seitdem wird an dem Rahmenwerk weiter durch das *International Learning Collaborative* (ILC) gearbeitet, um die *Fundamentals of Care* wieder ins Zentrum der Pflege zu rücken (ebd. 6).

Das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* beruht auf der Fähigkeit der Pflegekraft, eine Beziehung mit dem Patienten herzustellen und dadurch die fundamentalen Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen oder dem Patienten dabei zu helfen, sie selbst zu erfüllen (Kitson et al. 2013a: 11). Der Beitrag der Pflege auf dem Weg des Patienten ist es dabei, die Ausübung fundamentaler Bedürfnisse auf eine Weise zu ermöglichen, die kompetent, respektvoll, persönlich und empathisch ist (ebd.).

Kitson et al. beschreiben Pflege als multidimensional und komplex (2013b: 9-10), da eine Pflegekraft in jeder Interaktion mit dem Patienten analysieren muss, wie sie ihn in der jeweiligen Situation am besten unterstützen kann, so dass die Integrität des Patienten gewahrt bleibt:

Caring is more than doing things to people. It is a series of interactions mediated through relationships. Focusing on who is in front of you is integral, not optional. The ability to engage, focus on the other person, and see their self-care need from their biographical perspective are essential skills. This requires the nurse to be able to deconstruct a caring situation and reconstruct it in an instant in order to protect the integrity of the other person needing their support and help. And it is not just the rare or isolated occasion which requires this ability. The nurse may have to constantly reframe and refocus on the fundamental care needs of multiple patients in a shift and indeed on multiple care needs of one patient for the duration of a shift.
(Kitson et al. 2013a: 9)

Die in diesem Zitat beschriebenen Fähigkeiten einer Pflegekraft entscheiden darüber, ob Pflege patientenzentriert ist oder nicht. Daher merken Kitson et al. an, dass nur mehr Pflegekräfte allein nicht dafür sorgen, dass patientenzentrierte Pflege durchgeführt wird:

Complexity lies in the multiple encounters between nurse and patient and their ability to engage authentically and effectively within seconds and for brief moments of time. If this skill is not evident, then additional resources may still not achieve

improvements. Equally, staff ratios are more of a complication rather than a complexity in the equation; staffing is an enabler rather than an integral part of the fundamentals of care debate. What is essential is the ability to balance tasks with the time available. However, the prior question is what type of care does the system want, is it task oriented or humane engagement? (Kitson et al. 2013a: 10)

Natürlich haben Pflegekräfte mehr zeitliche Ressourcen, patientenzentrierte Pflege zu ermöglichen, je mehr Pflegekräfte zur Verfügung stehen, aber nur wenn sich die Pflege auf den Patienten fokussiert – d. h. nicht auf seine Krankheit oder Behandlung, sondern auf seine gesamte Person –, ist patientenzentrierte Pflege möglich (Kitson et al. 2013a: 9).

Kitson et al. erkennen also an, dass Pflegekräfte stets entscheiden müssen, welche Pflegehandlungen sie in der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit durchführen und wie sie dies tun. Dies gehört zur Kompetenz einer professionellen Pflegekraft. Wenn Pflegekräfte jedoch unter Bedingungen arbeiten, die keine patientenzentrierte Pflege zulassen, werden sie zu Priorisierung und Rationierung gezwungen und müssen sich implizit in jeder Schicht die Frage stellen, wie sie ihren potenziellen Schaden minimieren können (Kitson et al. 2013a: 9-10). Besonders, wenn es um Patienten geht, die nicht selbst Entscheidungen treffen können, ist diese Frage von Bedeutung (ebd.). Das Ergebnis ist dann allerdings eine Pflege, die sich auf die Patientensicherheit konzentriert und dazu neigt, Pflege, die dem Patientenwohl dient, zu unterlassen. Letzterer wieder mehr Bedeutung bei der Priorisierung von Pflegehandlungen einzuräumen, ist das Ziel des Rahmenwerks der *Fundamentals of Care*. Damit es aber auch in die Praxis umgesetzt werden kann, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein.

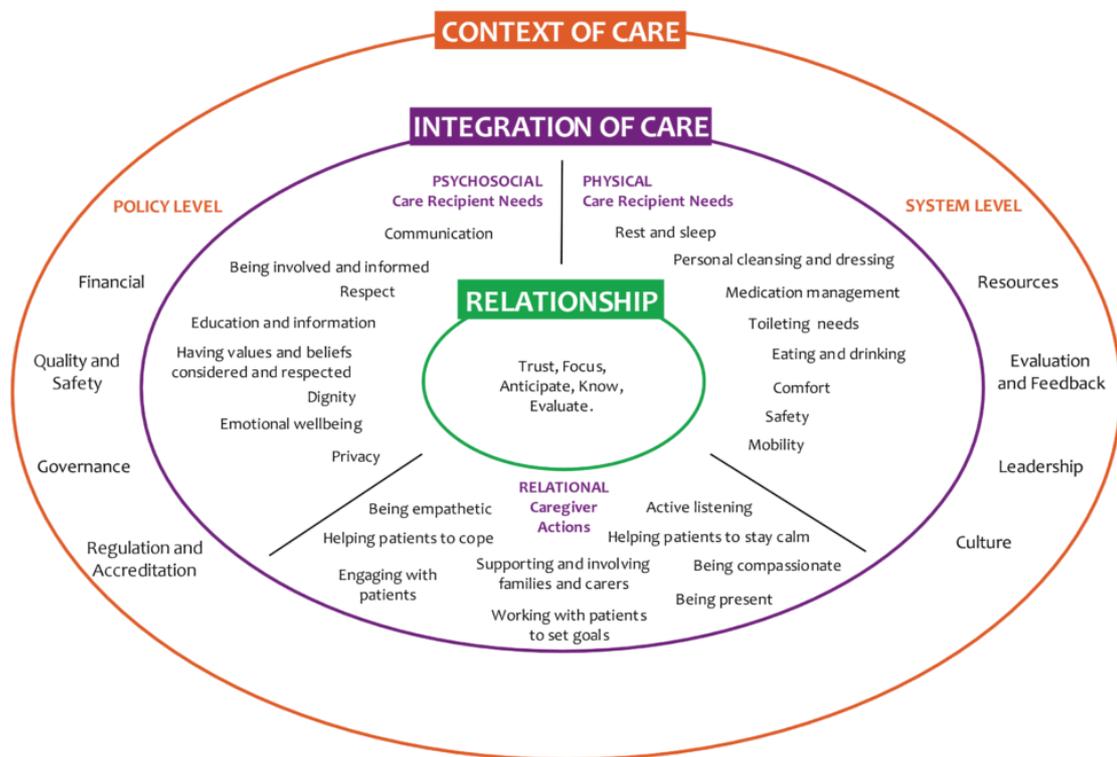
So brauchen Pflegekräfte Vorbilder und gute Führung auf Stationsebene, um zu wissen, wie sie Prioritäten setzen sollten (Kitson et al. 2013a: 10). Dabei die *Fundamentals of Care* zu priorisieren, erkennt die Wichtigkeit dieser Pflegehandlungen an (ebd.). Wenn diese Art von Pflege respektiert wird und ihr die nötige Zeit und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, werden auch Systeme möglich, die sich ebenso um ihre Pflegekräfte kümmern (ebd.). Zudem demonstrieren Pflegekräfte mit Vorbildfunktion in den *Fundamentals of Care*, wie man Patienten priorisiert und bedeutsame therapeutische Begegnungen gestaltet: „*They can draw meaning from each episode of care and facilitate the healing process for the patient. They use a combination of inductive and deductive reasoning and can evaluate the impact of their care thus providing evidence of what works and why it works.*” (Kitson et al. 2013a: 10)

Daneben gibt es Anforderungen an die Beziehung zwischen Patient und Gesundheitspersonal unabhängig von der Berufsgruppe. Diese muss geprägt sein von einer wahrhaftigen Beziehung zwischen Patient und Gesundheitspersonal, einer offenen Kommunikation von Wissen sowie persönlicher und klinischer Expertise, angemessenen Fähigkeiten und Wissen des Gesundheitspersonals und einer kohärenten und kooperativen Behandlung im Team (ebd.).

Sind all diese Voraussetzungen gegeben, wird patientenzentrierte Pflege möglich. Das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* dient als Orientierung dafür, welche Elemente dabei berücksichtigt werden sollten, was im Folgenden beschrieben wird.

3.2 Das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care*

Wie die Abbildung unten zeigt, besteht das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* aus drei Kreisen, wobei die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient im Zentrum steht.



Das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care*⁴

⁴ Verwendung mit Erlaubnis des *International Learning Collaborative (ILC)*, wie unter <https://ilccare.org/the-framework/> bereitgestellt. Bildinhalt aus Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin Athlin Å, Brovall M, Parr J, Blomberg K & Kitson A: Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. In: *J Clin Nurs*. 2017, 27, 2285-2299. doi: 10.1111/jocn.14247.

Diese ist gekennzeichnet von der Bereitschaft der Pflegekraft, für den Patienten und gegebenenfalls seine Angehörigen zu sorgen, die Bedürfnisse des Patienten zu erfassen und Kontinuität in der Pflege sicherzustellen, indem sie darüber auch mit anderen Beteiligten kommuniziert (Kitson et al. 2013a: 12).

Aus den drei Kreisen können Schritte abgeleitet werden, die einen patientenzentrierten Pflegeprozess ermöglichen. Im ersten Schritt muss zunächst der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegekraft stattfinden. Dies geschieht mithilfe der fünf Kernelemente Konzentrieren, Wissen, Vertrauen, Antizipieren und Evaluieren (ebd. 13). Mit jedem der Kernelemente sind Fragen, die sich eine Pflegekraft stellen muss, und Fähigkeiten, die sie dabei mitbringen muss, verbunden (ebd. 14): 1. Wie kann ich mich ganz auf den Patienten konzentrieren? Dies umfasst die Fähigkeit, sich dem Patienten zuzuwenden, ohne sich ablenken zu lassen, und auch in mitunter kurzen Zeiträumen Veränderungen beim Patienten zu erkennen. 2. Was muss ich über den Patienten wissen und warum ist er hier? Dabei muss die Pflegekraft die Privatsphäre und Würde des Patienten sowie seinen Wunsch nach Kontrolle über die Informationen, die er preisgibt, berücksichtigen. So ist z. B. zu vermeiden, dass der Patient dieselben Informationen wiederholt an viele verschiedene Mitarbeiter geben muss. 3. Wie können wir eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln? Dies ist besonders vor dem Hintergrund wichtig, dass Interaktionen oft kurz sind und viele weitere Mitarbeiter mit dem Patienten in Beziehung treten. 4. Wie kann ich den Patienten am besten auf seinem Weg unterstützen? Diese Frage hilft der Pflegekraft, mit dem Patienten über seinen Heilungsprozess ins Gespräch zu kommen. 5. Wie wissen wir, dass es funktioniert? Sowohl die Pflegekraft als auch der Patient sollten sich kontinuierlich Feedback darüber geben, wie sie den Pflegeprozess empfinden. (Kitson et al. 2013a: 14)

Damit eine fürsorgliche Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft entstehen kann, muss sie auf der Bereitschaft der Pflegekraft beruhen, den Patienten als Person zu respektieren und in seine Pflege zu involvieren, sich dafür einzusetzen, dass der Patient sicher ist, und ihre Pflege an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen, um seine Motivation zur Heilung zu unterstützen (Kitson et al. 2013a: 15). Auf Basis einer solchen Beziehung kann die Pflegekraft die Bedürfnisse und den Pflegebedarf des Patienten erfassen und herausfinden, wie sie ihn am besten unterstützen kann (ebd. 16).

Im zweiten Schritt geht es dann darum, die etablierte Beziehung, die körperlichen, psychosozialen und Beziehungsaspekte der Pflege selbst sowie Absprachen über den Weg des Patienten bis zur Unabhängigkeit bzw. bis zum Management der Abhängigkeit zu

integrieren (ebd.). Dabei umfassen die körperlichen Aspekte die Bedürfnisse des Patienten, sicher, warm, sauber, angezogen, ernährt, hydriert, komfortabel (dies meint auch ohne Schmerzen oder Atemnot), erholt und mobil zu sein (ebd. 18). Die psychosozialen Aspekte gehen auf die Bedürfnisse des Patienten ein, ruhig zu bleiben und seine Situation bewältigen zu können, sowie respektiert, involviert, gewürdigt, verstanden und informiert zu sein (ebd.). Zu den Beziehungsaspekten gehören Empathie, Respekt und Mitgefühl, sowie Konsistenz und Kontinuität bei der Durchführung, Planung und Koordination der Pflege, wobei diese Aspekte sowohl die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft als auch zwischen anderen Beteiligten betreffen (ebd.).

Obwohl sich das Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* um die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft dreht, spielen Kontextfaktoren ebenfalls eine Rolle (ebd.). Denn auch die beste Pflegekraft muss letztendlich unter den Bedingungen agieren, die ihr das Gesundheitssystem stellt (ebd.). Dazu zählen im engeren Sinne die materiellen und personellen Ressourcen, die kulturellen Werte und Normen, die Art der Führung in einer Organisation sowie die Art der Evaluation und des Feedbacks (ebd. 19). Im weiteren Sinne gehören dazu auch die Faktoren, die das Gesundheitssystem bestimmen, wie regulatorische, politische und finanzielle Faktoren (ebd. 20).

Hier ist es entscheidend, die in der Praxis vorherrschende „*Task and Time*“ getriebene Kultur zu überwinden, die dazu führt, dass Pflege depersonalisiert und mechanisch ausgeführt wird (Kitson et al. 2014: 332). So werden Pflegehandlungen zu einer Folge unzusammenhängender Aufgaben, wodurch die Integrität des Patienten als Person nicht gewährleistet werden kann, besonders wenn die Zeit für Pflegehandlungen nur anhand dieser Aufgaben berechnet wird, ohne die Notwendigkeit des Beziehungsaufbaus und menschlicher Interaktion zu berücksichtigen (ebd. 335). Der Patient wird dann auf einen Körper reduziert, an dem Dinge getan werden (Feo/Kitson 2016: 5). Stattdessen ist eine Kultur des „*Thinking and Linking*“ notwendig, bei der es darum geht, die Gesamtsituation des Patienten zu erfassen und pflegerische Aufgaben als bedeutungsvolle Kontakte in die Erfahrung des Patienten zu integrieren (Kitson et al. 2014: 336). Eine solche Kultur kann nur erreicht werden, wenn eine positive Patientenerfahrung als Ergebnis professioneller Pflege angestrebt wird und als solches auch gemessen wird (Feo/Kitson 2016: 6).

Vor diesem Hintergrund sollte noch einmal darüber nachgedacht werden, was Unterlassen in der Pflege wirklich bedeutet. Das heißt einerseits, was es bedeutet, dass die *Fundamentals of Care* besonders häufig unterlassen werden, und andererseits, welche Rolle Unterlassen spielen kann, um eine patientenzentrierte Pflege zu ermöglichen.

3.3 Das Unterlassen der *Fundamentals of Care*

Wie bereits beschrieben, werden Pflegehandlungen, die zu den *Fundamentals of Care* gehören, im Allgemeinen besonders häufig unterlassen. Dies liegt daran, dass Pflegekräfte oft zu Rationierung gezwungen sind und dabei Pflegehandlungen, die in erster Linie der Patientensicherheit dienen, priorisieren. Gleichzeitig konzentriert sich auch die Messung der Qualität der Pflege auf die Patientensicherheit, was zum Teil zu konzeptionellen Verschiebungen in der Bedeutung von Pflegehandlungen geführt hat (Feo/Kitson 2016: 6). So wird z. B. die Mundpflege zu einem Mittel der Pneumonie-Prophylaxe und die Qualität der Pflege anhand der Häufigkeit von nosokomialen Pneumonien gemessen (ebd.). Das heißt, dass davon ausgegangen wird, dass die Mundpflege ausreichend ist, solange nicht ungewöhnlich viele nosokomiale Pneumonien auftreten. Dabei wird jedoch nicht beachtet, wie die Mundpflege durchgeführt wird und welche Bedeutung dies für die Patienten hat. Dies wird deutlich, wenn man die Erfahrungen von Patienten berücksichtigt. So beschreibt z. B. ein Schlaganfall-Patient in einer qualitativen Studie von Kitson et al. die Erfahrung, sich nach vier Tagen endlich selbst zu waschen und die Zähne putzen zu können, als „Wendepunkt“ (2013a: 398), was die Bedeutung dieser Pflegehandlungen für den Genesungsprozess verdeutlicht.

Auch wenn man die anderen Elemente der *Fundamentals of Care* betrachtet, weisen die Erfahrungen von Patienten darauf hin, dass diese unter anderem Angst, Scham, Frustration und Leid auslösen können, wenn sie nicht dazu in der Lage sind, diese Pflege selbst durchzuführen (Feo/Kitson 2016: 6). Oftmals sprechen Patienten sogar von „emotionalem Trauma“, das sie erleben, wenn sie von anderen Menschen abhängig sind, weil es ihnen die Würde nimmt (Kitson et al. 2013b: 398).

Allerdings kann die Art, wie die *Fundamentals of Care* ausgeführt werden, eine große Rolle dabei spielen, emotionales Trauma zu reduzieren. Dies gelingt, wenn bei der Ausführung nicht nur auf die körperliche Dimension, sondern stets auch auf die psychosoziale und Beziehungsdimension eingegangen wird. Ist dies nicht der Fall, können Pflegehandlungen bedeutungslos und mitunter schädlich sein:

For each physical fundamental of care there is therefore an accompanying set of decisions and actions around a series of psychosocial and relational dimensions. And given that there are numerous physical fundamentals of care as well as multiple psychosocial elements not to mention the number of staff interactions and points of contact in a patient's day; it is not surprising that this is a challenging issue. To focus

on dignity without addressing elimination, personal dressing and cleansing and eating and drinking for example, would convey an interaction between the nurse and the patient that would be meaningless and indeed potentially harmful. Equally, by not acknowledging how patients' physical needs can be met in a respectful way by staff members means that patients continue to be at risk of experiencing dehumanising and disrespectful care, not because staff are vindictive and uncaring but more perhaps that they have not been encouraged to think in an integrated and practical way about fundamentals of care. (Kitson et al. 2013b: 401)

Würden Pflegekräfte systematisch dazu ausgebildet und ermutigt, integriert zu pflegen, würden sie den Wert, den die *Fundamentals of Care* für den Genesungsprozess des Patienten haben, erkennen und ihnen bei der Priorisierung einen höheren Stellenwert einräumen. Dann müssten sie nämlich auch das mögliche emotionale Trauma berücksichtigen, wenn sie sich die Frage stellen, wie sie ihren potenziellen Schaden minimieren können. Zudem stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, die Würde des Patienten zu wahren, wenn *Fundamentals of Care* unterlassen oder suboptimal erfüllt werden (Kitson et al. 2013b: 401). Doch nur wenn Pflegekräfte selbst die *Fundamentals of Care* als wichtig erkennen und sie nicht nur an Pflegehilfskräfte delegieren, kann ihr Wert wiederhergestellt (Feo/Kitson 2016: 7) und ihr Unterlassen vermieden werden, da sich in der systematischen Literaturrecherche gezeigt hatte, dass die Delegation häufiger zu unterlassener Pflege führt.

Genauso ist es notwendig, die Art, wie unterlassene Pflege gemessen wird, so anzupassen, dass die psychosoziale und Beziehungsdimension der *Fundamentals of Care* berücksichtigt werden. Dies ist bisher nur bei wenigen Messinstrumenten der Fall, denn die meisten Messinstrumente konzentrieren sich auf den körperlichen Pflegebedarf, während der psychosoziale Pflegebedarf nur teilweise Berücksichtigung findet (Palese et al. 2021: 261). Die Beziehungsdimension wird so gut wie gar nicht berücksichtigt, wobei es die meiste Übereinstimmung mit allen drei Dimensionen der *Fundamentals of Care* beim PIRNCA-Instrument gibt (ebd. 262).

Da keine integrative Betrachtung stattfindet, sind die einzelnen Items der Messinstrumente aber immer eindimensional, d. h. es wird davon ausgegangen, dass bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden, während andere verschoben oder ausgelassen werden (ebd.), ohne zu betrachten, warum dies passiert. Für eine integrative Betrachtung sollte die Messung hingegen für einen bestimmten Moment und Kontext einer individuellen Person erfolgen und nicht habituell (ebd.). Schließlich kann es sein, dass eine bestimmte Pflegehandlung unterlassen wurde, weil sie in dem jeweiligen Kontext nicht

angemessen war. Dann wäre das Unterlassen nicht als negativ zu werten, allerdings wird anhand der Bewertung, die lediglich angibt, wie häufig Pflegehandlungen „unterlassen“ werden, deutlich, dass Unterlassen in allen Messinstrumenten negativ konnotiert ist (ebd.). Stattdessen sollte die Messung positiv orientiert sein und z. B. aussagen, wie oft Bedürfnisse „gefördert“ oder „sichergestellt“ werden (ebd.). Dabei geben Feo et al. jedoch zu bedenken, dass „sichergestellt“ ein zu starker Begriff ist, da die Erfüllung aller Bedürfnisse nicht immer gewährleistet werden kann, auch wenn die Pflegekraft es versucht (2018: 2293).

Problematisch ist an den bestehenden Messinstrumenten auch, dass sie zum Teil nicht individualisierbar sind und unterlassene Pflege hauptsächlich aus Sicht der Pflegekräfte gemessen wird (ebd.). Nur der MISSCARE-Fragebogen wird auch zur Befragung von Patienten verwendet (ebd.).

Somit zeigt sich, dass Messinstrumente, die sich auf unterlassene Pflege fokussieren, nur bedingt dafür geeignet sind, etwas über die Qualität der Pflege auszusagen. Um diese unter Berücksichtigung der *Fundamentals of Care* zu evaluieren, schlagen Tønnesen et al. vier Fragen vor (2020a: 1404):

1. *Are all the patients' fundamental needs met in a qualitatively satisfactory way, that is, in accordance with professional norms and values?*
2. *Is the scope of service provision sufficient to meet all patients' fundamental needs adequately, that is, according to professional norms and values?*
3. *Are all the patients' fundamental needs met in time?*
4. *Are the acts of nursing caring and empathic?*

Diese Fragen weisen darauf hin, dass Pflege mehr beinhalten sollte als Patientensicherheit und können dazu dienen, einen Minimalstandard der Pflege zu bestimmen. Damit ist eine Art von Pflege gemeint, die zwar nicht optimal und allumfassend ist, aber mehr als die alleinige Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen beinhaltet (ebd. 1403). Auch wenn eine optimale Pflege nicht erreicht werden kann, sollten die vier Fragen alle bejaht werden, um den Minimalstandard der Pflege zu gewährleisten (ebd.). Durch den Fokus auf professionelle Normen und Werte ermöglichen sie es zudem, Unterlassen nicht ausschließlich als Mangel zu sehen. Richtig angewendet, kann Unterlassen sogar ein Teil professioneller Pflege sein und eine wichtige Rolle dabei spielen, qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Darauf wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

3.4 Unterlassen als Teil professioneller Pflege

Nachdem gezeigt wurde, dass Unterlassen bisher hauptsächlich als Zeichen mangelnder Qualität in der Pflege diskutiert wird, sollen nun Aspekte beschrieben werden, die deutlich machen, dass Unterlassen auch ein Teil professioneller Pflege ist.

Bereits in Abschnitt 2.4 zur Priorisierung von Pflegehandlungen wurde das Konzept der idealen Pflege von O'Donnel und Andrews (2020) erwähnt, das weitgehend mit dem Rahmenwerk der *Fundamentals of Care* übereinstimmt. Dabei wurde Pflege, die den Patienten dabei unterstützt, sich selbst zu pflegen, als Bestandteil der idealen Pflege beschrieben. Diese Unterstützung wird dadurch möglich, dass die Pflegekraft nicht alle Tätigkeiten für den Patienten übernimmt, sondern ihn dazu motiviert und ihm dabei hilft, sie im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst auszuführen. Die Pflegekraft muss es also unterlassen, alle Pflegehandlungen selbst durchzuführen, auch wenn dies mehr Zeit in Anspruch nimmt (O'Donnel/Andrews 2020: 2131).

Dieses Unterlassen hat eine Reihe positiver Effekte. Zunächst ermöglicht es Erfolgserlebnisse, wenn der Patient es schafft, selbst Pflegehandlungen durchzuführen (Kitson et al. 2013b: 397), wie das oben beschriebene Beispiel des Schlaganfall-Patienten, der von einem Wendepunkt auf seinem Genesungsweg spricht, verdeutlicht hat. Nur wenn der Patient Gelegenheit hat, selbst Pflegehandlungen durchzuführen, kann er erfahren, wozu er selbst in der Lage ist und ob er Fortschritte macht. Dies steigert das Selbstwertgefühl des Patienten (Kitson et al. 2013b: 397) und kann ihn dazu motivieren, noch aktiver selbst bei seiner Pflege mitzuwirken.

Tatsächlich kann mangelnde Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung ein Problem sein, da bei manchen Patienten das Bild vorherrscht, dass Pflegekräfte dazu da sind, Pflegehandlungen für sie zu tun (O'Donnel/Andrews 2020: 2132). Es liegt dann an den Fähigkeiten der Pflegekraft zum Beziehungsaufbau und zur Motivation, ob die Aktivierung des Patienten zur Selbstpflege gelingt. Hier zeigt sich, dass die *Fundamentals of Care* nicht nur Aufgaben zum Abhaken sind, sondern wichtige Gelegenheiten zur Patientenbeobachtung, zum Beziehungsaufbau und zur Aktivierung des Patienten, was sich positiv auf die Symptomkontrolle auswirkt und den klinischen und funktionellen Status des Patienten verbessert (Belle et al. 2020: 1941). Schließlich soll Pflege den Patienten ja, wie oben erwähnt, dabei unterstützen, so weit wie möglich Unabhängigkeit zu erlangen, d. h. im Idealfall ist das Unterlassen aller Pflegehandlungen durch die Pflegekraft am Ende das Ziel der Pflege.

Auf dem Weg dorthin ist es nötig, Teilziele mit dem Patienten zusammen zu setzen und ihn als Teil des Pflorgeteams zu behandeln (Kitson et al. 2013b: 400; Avallin et al. 2020: 2099). Auch wenn es durch die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Optionen bei der Pflege auswählen zu können, sein kann, dass bestimmte Pflegehandlungen unterlassen werden, vermittelt dies dem Patienten ein Gefühl der Kontrolle über die eigene Behandlung (Kitson et al. 2013b: 400). Dabei hat der Patient auch das Recht, Pflegehandlungen ganz abzulehnen, was für Pflegekräfte nicht immer leicht zu akzeptieren ist, wie eine Online-Ausstellung zum Thema „Nicht(s)tun“ in der Pflege zeigt, die Aussagen von Pflegekräften in der Palliativen Pflege zitiert.⁵ So heißt es dort, dass *„[v]om Patienten gewünschtes Nichttun [...] auch zu Unzufriedenheit, Ohnmacht, Trauer, Wut, Verzweiflung, Aggression [...] führen [kann]“* (Detmers et al. 2022). Gleichzeitig wird dieses Nichttun aber auch *„als Zeichen des Respekts“* beschrieben, denn *„[d]ie positive Folge [ist], dass [...] dem Patienten [sein] Wunsch und [sein] Willen gelassen [wurde]“* (Detmers et al. 2022). Dies verdeutlicht, dass Unterlassen in der professionellen Pflege ein Mittel sein kann, um die Selbstbestimmung und Würde des Patienten zu wahren.

Zudem macht die Online-Ausstellung darauf aufmerksam, dass es im Grunde genommen nicht möglich ist, gar nichts zu tun. Vielmehr *„setzt [das Nichttun] eine Potenzialität voraus, etwas zu tun bzw. nicht zu tun. [Es] lädt zum Innehalten ein und kann somit auch als Fähigkeit verstanden werden“* (Detmers et al. 2022). Mit den Worten einer Pflegekraft ausgedrückt: *„Es ist ja tatsächlich nicht, dass wir nichts machen, sondern wir geben Angebote. Wir schaffen den Raum, dass der Patient sein kann.“* (Detmers et al. 2022) Daher ist es auch keineswegs so, dass Pflegekräfte weniger Zeit für einen Patienten benötigen, wenn sie Pflegehandlungen unterlassen. Im Gegenteil wird in der Online-Ausstellung eine Pflegekraft zitiert, die meint: *„Nichtstun bedeutet viel mehr Zeit, weil ich viel mehr in dem Zimmer sein muss, weil ich viel mehr beobachten muss. Man macht ja nicht die Tür zu und überlässt den Patienten seinem Schicksal, sondern man ist dann tatsächlich auch viel mehr aktiv am Gucken.“* (Detmers et al. 2022)

Auch Kitson et al. beschreiben, wie wichtig es für Patienten ist, dass Pflegekräfte ihnen Zeit geben und erst einmal innehalten, um herauszufinden, wie die Patienten sich

⁵ Diese Ausstellung ist auf Initiative von vier Pflegestudentinnen (Detmers et al. 2022) im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Fachprojekts zum Thema „Dasein und Nicht(s)tun“ als Teil professionellen Pflegehandelns in der Palliativen Pflege – Annäherung an eine schwer fassliche Kompetenz“ im Wintersemester 2021/2022 an der HAW Hamburg entstanden. Anhand von Zitaten von Pflegekräften aus der Palliativen Pflege, die dazu befragt wurden, wie sie Nicht(s)tun in ihrer Praxis erleben, möchte die Ausstellung auf die besondere Bedeutung, die Nicht(s)tun in der Pflege hat, aufmerksam machen und zur Reflexion über das Nichts- und Nichttun anregen. Sie ist unter www.nichtstun.online abrufbar.

fühlen (2013b: 400). Dies kann z. B. notwendig sein, um die Privatsphäre des Patienten zu schützen und abzuwarten, bis der Patient sich an- oder ausgezogen hat (ebd.). Dadurch dass die Pflegekraft es unterlässt, sofort etwas zu tun, kann sie Ängste und Schamgefühle beim Patienten reduzieren (Kitson et al. 2013b: 397).

Der Moment des Innehaltens ist ebenfalls im Konzept der *Nursing Presence*⁶ entscheidend, welches bereits in den frühen 1960er Jahren Eingang in die Pflegewissenschaft gefunden hat und als Kern der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient gilt (Godkin 2001: 5). Das Innehalten oder kurzzeitige, aktive Unterlassen aller Tätigkeiten ist es, was der Pflegekraft den Übergang von einer aufgabenorientierten zu einer personenzentrierten Pflege ermöglicht (ebd. 8).

Godkin (2001) unterscheidet dabei drei Stufen von *Nursing Presence*, die aufeinander aufbauen: Die unterste Stufe der *Bedside Presence* entsteht, wenn die Pflegekraft die Einzigartigkeit des Patienten anerkennt und sich auf sein Erleben einlässt (Godkin 2001: 7-9). Solange die Bereitschaft dazu besteht, kann diese Stufe sowohl von unerfahrenen Pflegekräften, als auch von Laien erreicht werden (ebd. 14). Für die nächsthöhere Stufe der *Clinical Presence* ist es notwendig, dass die Pflegekraft ihre subjektive Wahrnehmung nutzt, um über rein objektive Daten hinausgehend bestimmen zu können, was wirklich mit dem Patienten los ist (ebd. 10). Dies erfordert Erfahrung und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und kann daher nur von professionellen Pflegekräften erfüllt werden (ebd.). Wenn eine professionelle Pflegekraft darüber hinaus weiß, was in der jeweiligen Situation funktioniert und wann ihr Eingreifen erforderlich ist, sowie die Bedeutung ihres Seins mit dem Patienten kennt, kann die höchste Stufe der *Healing Presence* erreicht werden (ebd. 11-12).

Auf dieser Stufe entfaltet Pflege ihre therapeutische Wirkung (ebd. 12). Sie verlangt von der professionellen Pflegekraft die Fähigkeit, sich vom „Aktionsmodus“ in den „Seinsmodus“ zu begeben, um zu erkennen, was in der Situation gerade von ihr gefordert ist (Hansen/Jørgensen 2020: 1803) und zu entscheiden, welche Pflegehandlung durchgeführt und welche unterlassen werden sollte. Hier zeigt sich, dass Unterlassen tatsächlich eine Kunst ist und von Pflegekräften zahlreiche Fähigkeiten abverlangt, damit sie die richtige Balance zwischen Patientensicherheit und Patientenwohl finden.

⁶ Zu diesem Konzept existiert eine umfangreiche Literatur, die im Rahmen dieser Arbeit nicht umfassend dargestellt werden kann. Beispielhaft wird das von Godkin (2001) vorgestellte Modell der *Healing Presence* angeführt, da es vorangegangene Modelle und Definitionen in sich vereint und einen guten Überblick über das Konzept gibt. Weil es im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls nicht möglich ist, die Konnotationen, die *Nursing Presence* im Deutschen hat, ausführlich zu beleuchten, wird der Begriff nicht übersetzt.

Schließlich sollten Pflegekräfte bedenken, dass Patienten ausreichend Ruhepausen brauchen, da es ansonsten vorkommen kann, dass sie zu erschöpft für jegliche Tätigkeiten sind. Avallin et al. führen das Beispiel eines Patienten an, der keine Kraft für Atemtraining hat, weil er keine Möglichkeit hatte, sich auszuruhen (2020: 2099). In der Folge kann er weder den Instruktionen des Physiotherapeuten folgen, noch ist er danach in der Lage, sein Essen zu sich zu nehmen (ebd.). Es ist demnach wichtig, mit dem gesamten Team Zeiten abzusprechen, in denen alle Tätigkeiten an und mit dem Patienten unterlassen werden, damit dieser die Möglichkeit hat, sich zu erholen. Dies wird auch an folgendem Zitat aus der Online-Ausstellung deutlich:

Ich finde es manchmal so schade, wenn Patienten nach einer sehr sehr langen Erkrankungszeit dann in einer palliativen Situation sagen, dass sie das alles so schön finden – es ist ruhig und es ist angenehm und sie genießen diese Zuwendung – und es aber auch super finden, dass sie nicht morgens um 7 irgendwie zum Blutdruckmessen wach gemacht werden, damit sie den Rest des Tages nichts erleben oder so. [...] Also das ist schön, dass sie das erfahren und ich finde es so tragisch, dass es erst nach langen Krankheitskarrieren möglich ist, so eine Versorgung im Krankenhaus zu erleben. Das tut mir immer leid. Ich kann das schlecht annehmen als Kompliment, weil ich einfach finde, dass das zeigt, wie anstrengend dieses ganze Tun in Bezug auf Kranksein ist. (Detmers et al. 2022)

Mit dieser Aussage weist die zitierte Pflegekraft darauf hin, welche Bedeutung Nichttun für die Patienten hat und daher auch außerhalb der Palliativen Pflege mehr Beachtung finden sollte. Sie unterstreicht damit noch einmal, dass Unterlassen unerlässlich für eine patientenzentrierte Pflege und somit Teil professioneller Pflege ist.

4 Schlussbetrachtung

In dieser Arbeit ist deutlich geworden, dass Unterlassen in der Pflege ein komplexes Phänomen ist. Zunächst werden Pflegekräfte durch ihre Arbeitsbedingungen heute oft zum Unterlassen von Pflegehandlungen gezwungen, weil es an Materialien oder an Zeit fehlt. Während es dann vorkommen kann, dass Pflegehandlungen unbeabsichtigt unterlassen, also versäumt, werden, ist es häufig eher so, dass Pflegekräfte bestimmte Pflegehandlungen beabsichtigt unterlassen, also rationieren, da es nicht möglich ist, alle Pflegehandlungen durchzuführen, die eigentlich notwendig wären. Pflegekräfte müssen angesichts begrenzter

Ressourcen also entscheiden, welche Pflegehandlungen sie durchführen und welche sie unterlassen. Deshalb bevorzugen Pflegekräfte selbst auch den Begriff der Priorisierung, wenn von Unterlassen in der Pflege die Rede ist.

Die Priorisierung erfolgt dabei überwiegend so, dass versucht wird, den potenziellen Schaden am Patienten zu minimieren und damit die Patientensicherheit zu gewährleisten. Dies hat dazu geführt, dass Pflegehandlungen, welche die grundlegenden Bedürfnisse des Patienten erfüllen, am häufigsten unterlassen werden. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Kommunikation und um vermeintlich einfache Pflegehandlungen, die der täglichen Körperhygiene, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder Mobilisation und Lagerung dienen. Aus Sicht der Patienten sind diese Pflegehandlungen allerdings von großer Bedeutung und es ist das Ziel des Konzepts der *Fundamentals of Care*, diese Bedeutung hervorzuheben.

Das Konzept der *Fundamentals of Care* gibt ein Rahmenwerk vor, in dem die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft zentral ist, um eine patientenzentrierte Pflege, die das Patientenwohl fördert, zu ermöglichen. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegekraft sich auf den Patienten als Individuum einlässt und ihn so weit wie möglich in seine Pflege mit einbezieht. Nur so kann sie in jeder Situation sowohl die körperliche als auch die psychosoziale und die Beziehungsdimension berücksichtigen und in die Pflege integrieren. Geschieht dies nicht, verlieren Pflegehandlungen für den Patienten an Bedeutung und können sogar Schaden in Form von emotionalem Trauma verursachen. Dies sollten Pflegekräfte bedenken, wenn sie überlegen, welche Pflegehandlungen sie unterlassen, um ihren potenziellen Schaden für den Patienten zu minimieren.

Somit gibt es gegenwärtig zwei Diskurse, die versuchen, sich dem Phänomen des Unterlassens in der Pflege anzunähern. Der ältere dieser beiden Diskurse untersucht das Unterlassen hauptsächlich quantitativ. Er konzentriert sich darauf, welche Pflegehandlungen am häufigsten unterlassen werden und warum, um daraus Maßnahmen abzuleiten, die Unterlassen vorbeugen. Dieser Diskurs ist auf das Sicherstellen der Patientensicherheit fokussiert und sieht unterlassene Pflegehandlungen allein als Risiko. Daher tendiert Pflege, in diesem Diskurs zu einer Art To-Do-Liste von Tätigkeiten zu werden, die am Patienten auszuführen sind, und auch Ressourcen werden danach bemessen, ob sie dazu genügen, diese To-Do-Liste abzuwickeln.

Diese Art der Pflege führt jedoch sowohl bei Patienten als auch bei Pflegekräften zu Unzufriedenheit, da eine patientenzentrierte Pflege so nicht möglich ist und der Anspruch professioneller Pflege somit nicht erfüllt werden kann. Daher ist etwa zehn Jahre nach dem

ersten Diskurs zum Unterlassen in der Pflege als zweiter der Diskurs um die *Fundamentals of Care* entstanden, der mithilfe eines qualitativen Ansatzes die Perspektive der Patienten wieder in den Vordergrund rückt. Er macht darauf aufmerksam, dass Pflege mehr leisten will, als To-Do-Listen abhaken, und fordert nicht zuletzt die eigene Profession dazu auf, wieder Anspruch auf eine Art der Pflege zu erheben, die dem Patientenwohl dient. Natürlich schließt dies die Patientensicherheit mit ein und es wäre utopisch zu verlangen, dass jedem Patienten in jeder Situation eine allumfassende, optimale Pflege angeboten werden kann, aber es gilt, nicht nur die körperlichen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen.

Der Pflege müssen also einerseits ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit sie in der Lage ist, patientenzentrierte Pflege zu leisten. Andererseits muss insbesondere Pflegefachkräften die Autonomie zugestanden werden, Pflege entsprechend ihrer Profession auszuüben und nicht nur vorgeschriebene Aufgaben zu erfüllen. Dazu gehört es auch anzuerkennen, dass Unterlassen nicht unbedingt einen Mangel darstellt, sondern ein Teil professioneller Pflege sein kann.

Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, ist das Unterlassen von Pflegehandlungen am Patienten nicht gleichbedeutend mit einem Unterlassen von Pflege. Vielmehr kann Unterlassen dazu dienen, den Patienten zu aktivieren und seine Genesung zu unterstützen, bis er bestenfalls selbständig seine Pflege übernehmen kann. Zudem kann das Unterlassen von Pflegehandlungen ein Mittel sein, dem Patienten Wertschätzung und Respekt entgegenzubringen, sowie seine Integrität als Person und Würde zu bewahren. Es ist weiterhin als kurzfristiger Moment des Innehaltens notwendig, um zu erfassen, was der Patient in der jeweiligen Situation gerade benötigt und zu entscheiden, was ihm am besten hilft. Genau das ist es auch, was die Kompetenz einer professionellen Pflegefachkraft ausmacht. Und schließlich brauchen Patienten längere Phasen des Unterlassens, um sich erholen zu können.

Diese Arbeit hat damit verdeutlicht, dass sich die professionelle Pflege stets in einem Spannungsfeld aus Patientensicherheit und Patientenwohl bewegt, welches ihr die Kunst abverlangt zu entscheiden, wann Unterlassen angebracht ist und wann nicht.

Literatur

- Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E: The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. In: *J Adv Nurs*. 2020, 76: 2161-2170.
- Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E: Work interruptions and missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? The role of nurses' sense of controllability. In: *Nurs Open*. 2022, 9 (1): 309-319.
- Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P: Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. In: *BMJ Open*. 2018, 8 (1): e019189.
- Al-Faouri I, Obaidat DM, AbuAlRub RF: Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. In: *Nurs Forum*. 2021, 56 (2): 273-283.
- Albsoul R, FitzGerald G, Finucane J, Borkoles E: Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study. In: *Int J Health Plann Manage*. 2019, 34 (4): e1820-e1832.
- Alsubhi H, Meskell P, Shea DO, Doody O: Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 1830-1840.
- Arslan GG, Özden D, Göktuna G, Ertuğrul B: Missed nursing care and its relationship with perceived ethical leadership. In: *Nurs Ethics*. 2022, 29 (1): 35-48.
- Avallin T, Muntlin Athlin A, Björck M, Jangland E: Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28: 2091-2102.
- Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, Hayter M, Sasso L: Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. In: *J Clin Nurs*. 2020, 29 (3-4): 347-369.
- Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P; RN4Cast Consortium: Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. In: *Int J Nurs Stud*. 2018, 78: 10-15.
- Belle E, Giesen J, Conroy T, Mierlo M, Vermeulen H, Huisman-de Waal G, Heinen M: Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: A multi-site ethnography. In: *J Clin Nurs*. 2020, 29: 1933-1944.
- Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E, Toffoli L, Xiao L, Verrall C: Modeling missed care: Implications for evidence-based practice. In: *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018a, 15 (3): 178-188.
- Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E: Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. In: *J Nurs Manag*. 2018b, 26 (1): 33-41.
- Bragadóttir H, Burmeister EA, Terzioglu F, Kalisch BJ: The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses-An international study. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 1851-1860.

- Bragadóttir H, Kalisch BJ: Comparison of reports of missed nursing care: Registered nurses vs. practical nurses in hospitals. In: *Scand J Caring Sci*. 2018, 32 (3): 1227-1236.
- Campbell CM, Prapanjaroensin A, Anusiewicz CV, Baernholdt M, Jones T, Patrician PA: Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2174-2184.
- Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L: Missed nursing care: An overview of reviews. In: *Kaohsiung J Med Sci*. 2021, 37: 82-91.
- Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, Islam SMS: Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2205-2215.
- Cho H, Han K, Ryu E, Choi E: Work schedule characteristics, missed nursing care, and organizational commitment among hospital nurses in Korea. In: *J Nurs Scholarsh*. 2021, 53 (1): 106-114.
- Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ: Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. In: *Int J Nurs Pract*. 2020, 26 (1): e12803.
- Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ: Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care. In: *J Nurs Scholarsh*. 2017, 49 (3): 347-355.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC, 2001.
- Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F: Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A qualitative study. In: *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018, 5 (3): 327-336.
- Detmers S, Meyer N, Nakamura F, Özcan B (Hrsg.): *Online-Ausstellung zum Thema Nicht(s)tun*. 2022. Online: www.nichtstun.online [Abgerufen am 19.5.2022].
- Deutscher Ethikrat: *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Berlin 2016.
- Dhaini SR, Simon M, Ausserhofer D, Abed Al Ahad M, Elbejjani M, Dumit N, Abu-Saad Huijjer H: Trends and variability of implicit rationing of care across time and shifts in an acute care hospital: A longitudinal study. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 1861-1872.
- Drach-Zahavy A, Srulovici E: The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. In: *J Adv Nurs*. 2019, 75 (2): 368-379.
- Du H, Yang Y, Wang X, Zang Y: A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (7): 1578-1588.
- Dutra CKDR, Guirardello EB: Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. In: *J Adv Nurs*. 2021, 77 (5): 2398-2406.
- Dutra CKDR, Salles BG, Guirardello EB: Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. In: *Rev Esc Enferm USP*. 2019, 53: e03470.
- Eskin Bacaksiz F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gumus E: A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff

- characteristics, professional quality of life and work alienation. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 1975-1985.
- Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin Athlin A, Brovall M, Parr J, Blomberg K, Kitson A: Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. In: *J Clin Nurs.* 2018, 27: 2285-2299.
- Feo R, Kitson A: Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. In: *Int J Nurs Stud.* 2016, 57: 1-11.
- Friganovic A, Režić S, Kurtović B, Vidmanić S, Zelenikova R, Rotim C, Konjevoda V, Režek B, Piškorić S: Nurses' perception of implicit nursing care rationing in Croatia- A cross-sectional multicentre study. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 2230-2239.
- Gabay G, Shafran Tikva S: Sexual harassment of nurses by patients and missed nursing care- A hidden population study. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 1881-1887.
- Godkin J: Healing Presence. In: *J Holist Nurs.* 2001, 19 (1): 5-21.
- Griffiths P, Ball J, Bloor K, Böhning D, Briggs J, Dall'Ora C, Iongh AD, Jones J, Kovacs C, Maruotti A, Meredith P, Prytherch D, Saucedo AR, Redfern O, Schmidt P, Sinden N, Smith G: *Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study.* NIHR Journals Library, Southampton 2018a.
- Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J; Missed Care Study Group: The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. In: *J Adv Nurs.* 2018b, 74 (7): 1474-1487.
- Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M; RANCARE consortium COST Action – CA15208: Missed care from the patient's perspective – A scoping review. In: *Patient Prefer Adherence.* 2020, 14: 383-400.
- Hammad M, Guirguis W, Mosallam R: Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt. In: *J Egypt Public Health Assoc.* 2021, 96 (1): 22.
- Hanse FT, Jørgensen LB: A contribution to the ontology of the Fundamentals of Care framework from a wonder-based approach. In: *J Clin Nurs.* 2020, 29: 1797-1807.
- Harvey C, Thompson S, Otis E, Willis E: Nurses' views on workload, care rationing and work environments. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (4): 912-918.
- Harvey C, Thompson S, Pearson M, Willis E, Toffoli L: Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. In: *Nurs Inq.* 2017, 24: e12180.
- Harvey CL, Thompson S, Willis E, Meyer A, Pearson M: Understanding how nurses ration care. In: *J Health Organ Manag.* 2018, 32 (3): 494-510.
- Havaei F, MacPhee M, Dahinten VS: The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. In: *J Adv Nurs.* 2019, 75 (10): 2144-2155.
- Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A: Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. In: *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017, 25: e2877.

- Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA: Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. In: *J Nurs Care Qual.* 2019, 34 (4): 287-294.
- Hopkins Walsh J, Dillard-Wright J: The case for "structural missingness:" A critical discourse of missed care. In: *Nurs Philos.* 2020, 21 (1): e12279.
- Hübsch C, Spirig R, Kleinknecht-Dolf M: Pflegefachpersonen denken über eine Definition von „durchgeführter und versäumter Pflege“ nach. In: *Pflege.* 2021, 34 (5), 263-273.
- International Council of Nurses: *The ICN Code of Ethics for nurses.* Genf 2021.
- Janatolmakan M, Khatony A: Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: In: *BMC Nurs.* 2022, 21 (1): 59.
- Jangland E, Teodorsson T, Molander K, Muntlin Athlin Å: Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. In: *J Clin Nurs.* 2018, 27 (11-12): 2311-2321.
- Jarošová D, Gurková E, Zeleníková R, Plevová I, Janíková E: Hospital and unit variables of missed nursing care in acute care hospitals: A cross-sectional study. In: *J Clin Nurs.* 2021, 30 (7-8): 1099-1110.
- Jaworski M, Iwanow L, Grochans E, Młynarska A, Gurowiec PJ, Uchmanowicz I, Gotlib J, Panczyk M: Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 1948-1959.
- Jones T, Drach-Zahavy A, Amorim-Lopes M, Willis E: Systems, economics, and neoliberal politics: Theories to understand missed nursing care. In: *Nurs Health Sci.* 2020, 22 (3): 586-592.
- Jones T, Willis E, Amorim-Lopes M, Drach-Zahavy A; RANCARE Consortium COST - CA 15208: Advancing the science of unfinished nursing care: Exploring the benefits of cross-disciplinary knowledge exchange, knowledge integration and transdisciplinarity. In: *J Adv Nurs.* 2019, 75 (4): 905-917.
- Juvé-Udina ME, González-Samartino M, López-Jiménez MM, Planas-Canals M, Rodríguez-Fernández H, Batuecas Duelt IJ, Tapia-Pérez M, Pons Prats M, Jiménez-Martínez E, Barberà Llorca MÀ, Asensio-Flores S, Berbis-Morelló C, Zuriguel-Pérez E, Delgado-Hito P, Rey Luque Ó, Zabalegui A, Fabrellas N, Adamuz J: Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 2216-2229.
- Kalánková D, Bartoníčková D, Kolarczyk E, Žiaková K, Młynarska A: Factors contributing to rationed nursing care in the Slovak Republic – A secondary analysis of quantitative data. In: *Int J Environ Res Public Health.* 2022, 19 (2): 702.
- Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R: Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 1783-1797.
- Kearns AJ: "Ought implies can" & missed care. In: *Nurs Philos.* 2020, 21 (1): e12272.
- Kim C, Lee Y: Effects of compassion competence on missed nursing care, professional quality of life and quality of life among Korean nurses. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 2118-2127.

- Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ: Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. In: *Asian Nurs Res*. 2018, 12: 121-126.
- Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locoock L, Lyons R: *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, the University of Adelaide. Adelaide 2013a.
- Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S: Defining the fundamentals of care. In: *Int J Nurs Pract*. 2010, 16: 423-434.
- Kitson A, Dow C, Clabrese J, Locoock L, Muntlin Athlin A: Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. In: *Int J Nurs Stud*. 2013b, 50: 392-403.
- Kitson A, Muntlin Athlin A, Conroy T: Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. In: *J Nurs Scholarsh*. 2014, 46 (5): 331-339.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC 2000.
- Kołtuniuk A, Witczak I, Młynarska A, Czajor K, Uchmanowicz I: Satisfaction with life, satisfaction with job, and the level of care rationing among Polish nurses – A cross-sectional study. In: *Front Psychol*. 2021, 12: 734-789.
- Labrague LJ, De Los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, Firmo CN: The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2257-2265.
- Labrague LJ: Linking nurse practice environment, safety climate and job dimensions to missed nursing care. In: *Int Nurs Rev*. 2021: 1-9.
- Lake ET, Riman KA, Sloane DM: Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2157-2165.
- Lee E, Kalisch BJ: Identification and comparison of missed nursing care in the United States of America and South Korea. In: *J Clin Nurs*. 2021, 30 (11-12): 1596-1606.
- Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL: Omission of nursing care in hospitalization units. In: *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020, 28: e3233.
- Makary M, Daniel M: Medical error – The third leading cause of death in the US. In: *BMJ*. 2016, 353: i2139.
- Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A: Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. In: *Nurs Philos*. 2020, 21: e12257.
- McCauley L, Kirwan M, Riklikiene O, Hinno S: A scoping review: The role of the nurse manager as represented in the missed care literature. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 1770-1782.
- Min A, Kim YM, Yoon YS, Hong HC, Kang M, Scott LD: Effects of work environments and occupational fatigue on care left undone in rotating shift nurses. In: *J Nurs Scholarsh*. 2021, 53 (1): 126-136.
- Min A, Yoon YS, Hong HC, Kim YM: Association between nurses' breaks, missed nursing care and patient safety in Korean hospitals. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2266-2274.

- Nahasaram ST, Ramoo V, Lee WL: Missed nursing care in the Malaysian context: A cross-sectional study from nurses' perspective. In: *J Nurs Manag.* 2021, 29 (6): 1848-1856.
- O'Donnell C, Andrews T: Care accommodation in the acute care setting: Missed care or not? In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 2128-2135.
- Palese A, Bottega M, Cescutti A, Caruzzo D, Danielis M, Fabris S, Mattiussi E, Grasseti L: Depicting clinical nurses' priority perspectives leading to unfinished nursing care: A pilot Q methodology study. In: *J Nurs Manag.* 2020a, 28 (8): 2146-2156.
- Palese A, Longhini J, Danielis M: To what extent Unfinished Nursing Care tools coincide with the discrete elements of The Fundamentals of Care Framework? A comparative analysis based on a systematic review. In: *J Clin Nurs.* 2021, 30: 239-265.
- Pan SP, Lin CF: The relationship between organizational communication and missed nursing care in oncology wards in Taiwan. In: *Nurs Open.* 2021, 00: 1-11.
- Park SH, Hanchett M, Ma C: Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. In: *J Nurs Scholarsh.* 2018, 50 (6): 722-730.
- Peterson H, Uibu E, Kangasniemi M: Care left undone and work organisation: A cross-sectional questionnaire-based study in surgical wards of Estonian hospitals. In: *Scand J Caring Sci.* 2022, 36 (1): 285-294.
- Plevová I, Zeleníková R, Jarošová D, Janíková E: The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. In: *Med Pr.* 2021, 72 (3): 231-237.
- Rabin EG, Silva CND, Souza AB, Lora PS, Viegas K: Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: In: *Rev Esc Enferm USP.* 2019, 53: e03513.
- Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P: What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In: *J Clin Nurs.* 2018, 27 (11-12): 2248-2259.
- Richards DA, Borglin G: 'Shitty Nursing' – the new normal? In: *Int J Nurs Stud.* 2019, 91: 148-152.
- Rooddehghan Z, Yekta ZP, Nasrabadi AN: Ethics of rationing of nursing care. In: *Nurs Ethics.* 2018, 25 (5): 591-600.
- Saar L, Unbeck M, Bachnick S, Gehri B, Simon M: Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review: An observational study. In: *Int J Nurs Stud.* 2021, 122: 104009.
- Saqer TJ, AbuAlRub RF: Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. In: *J Clin Nurs.* 2018, 27 (13-14): 2887-2895.
- Scott PA, Harvey C, Felzmann H, Suhonen R, Habermann M, Halvorsen K, Christiansen K, Toffoli L, Papastavrou E: Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. In: *Nurs Ethics.* 2019, 26 (5): 1528-1539.
- See MTA, Chee S, Rajaram R, Kowitlawakul Y, Liaw SY: Missed nursing care in patient education: A qualitative study of different levels of nurses' perspectives. In: *J Nurs Manag.* 2020, 28 (8): 1960-1967.
- Simonetti M, Cerón C, Galiano A, Lake ET, Aiken LH: Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study. In: *J Clin Nurs.* 2021, 00: 1-12.

- Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET: Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. In: *West J Nurs Res*. 2018, 40 (6): 779-798.
- Smith S, Lapkin S, Sim J, Halcomb E: Nursing care left undone, practice environment and perceived quality of care in small rural hospitals. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2166-2173.
- Sochalski J: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. In: *Med Care*. 2004, 42 (2), Supplement: II67-II73.
- Srulovici E, Drach-Zahavy A: Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. In: *Int J Nurs Stud*. 2017, 75: 163-171.
- Stemmer R, Schubert M: Rationierte und unterlassene Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit – Konzept, Einflussmöglichkeiten und Bedeutung für die Pflegepersonal-ausstattung. In: *Pflege & Gesellschaft*. 2019, 24 (4): 293-311.
- Taskiran Eskici G, Baykal U: Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. In: *Int J Nurs Pract*. 2022: e13050.
- Tønnessen S, Scott A, Nortvedt P: Safe and competent nursing care: An argument for a minimum standard? In: *Nurs Ethics*. 2020, 27 (6): 1396-1407.
- Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, Wleklík M, Rosińczuk J: The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2185-2195.
- Uchmanowicz I, Kubielaś G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E: Rationing of nursing care and professional burnout among nurses working in cardiovascular settings. In: *Front Psychol*. 2021, 12: 726318.
- Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A: Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. In: *Nurs Ethics*. 2018, 25 (6): 707-723.
- Wieczorek-Wojcik B, Gaworska-Krzemińska A, Owczarek AJ, Kilańska D: In-hospital mortality as the side effect of missed care. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 2240-2246.
- Willis E, Brady C: The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. In: *Nurs Open*. 2022, 9 (2): 862-871.
- Willis E, Zeleníková R, Bail K, Papastavrou E: The globalization of missed nursing care terminology. In: *Int J Nurs Pract*. 2021, 27: e12859.
- Winter V, Dietermann K, Schneider U, Schreyögg J: Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: A cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals. In: *BMJ Open*. 2021, 11 (11): e051133.
- Witczak I, Rypicz Ł, Karniej P, Młynarska A, Kubielaś G, Uchmanowicz I: Rationing of nursing care and patient safety. In: *Front Psychol*. 2021, 12: 676970.
- Zander B, Dobler L, Bäumlér M, Busse R: Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: *Gesundheitswesen* 2014, 76: 727-734.

- Zander B, Köppen J, Busse R: Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: *Krankenhaus-Report 2017 „Zukunft gestalten“*. Hrsg. von Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Schattauer, Stuttgart 2017: 61-78.
- Zeleníková R, Drach-Zahavy A, Gurková E, Papastavrou E; RANCARE Consortium COST: Understanding the concept of missed nursing care from a cross-cultural perspective. In: *J Adv Nurs*. 2019, 75 (11): 2995-3005.
- Zeleníková R, Gurková E, Friganovic A, Uchmanowicz I, Jarošová D, Žiaková K, Plevová I, Papastavrou E: Unfinished nursing care in four central European countries. In: *J Nurs Manag*. 2020a, 28 (8): 1888-1900.
- Zeleníková R, Jarošová D, Plevová I, Janíková E: Nurses' perceptions of professional practice environment and its relation to missed nursing care and nurse satisfaction. In: *Int J Environ Res Public Health*. 2020b, 17 (11): 3805.
- Zhao Y, Ma D, Wan Z, Sun D, Li H, Sun J: Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. In: *J Nurs Manag*. 2020, 28 (8): 1841-1850.
- Zhao Y, Su J, Ma D, Li H, Li Y, Zhang X, Li Z, Sun J: The role of teamwork in the implicit rationing of nursing care: A systematic mixed-methods review. In: *J Nurs Manag*. 2021, 29 (5): 890-904.
- Zhu X, Zheng J, Liu K, You L: Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. In: *Int J Environ Res Public Health*. 2019, 16 (10): 1672.

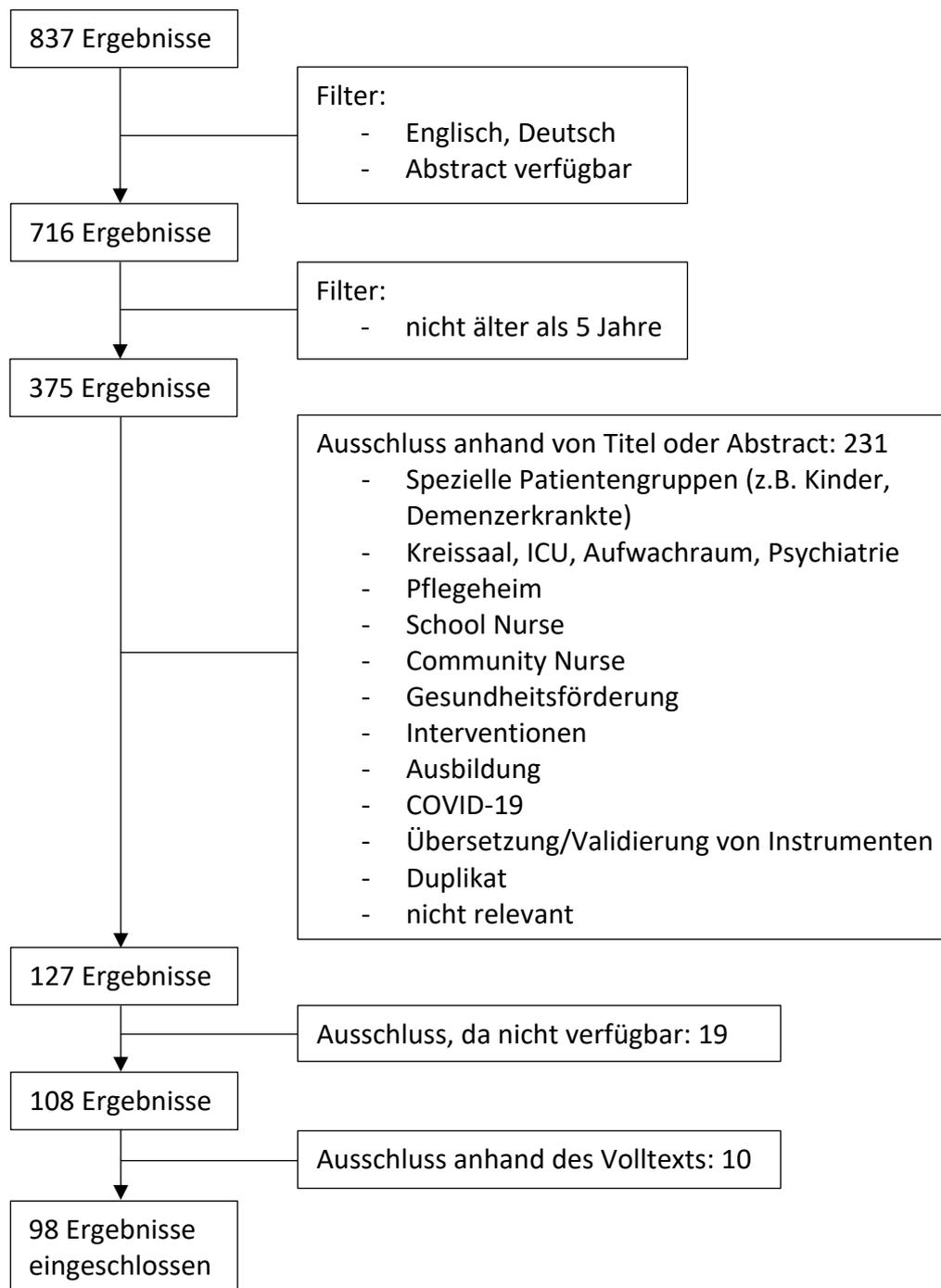
Anhang

1. Systematische Literaturrecherche

Suche auf PubMed am 3.4.2022

(missed OR unfinished OR rationing OR omissions) AND "nursing care"

Flussdiagramm:



2. Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des MISSCARE-Fragebogens

	MISSCARE Item/Studie	Kim et al. 2018 South Korea	Saqer /Abu Al-Rub 2018 Jordan	Ham-mad et al. 2021 Egypt	Ars-lan et al. 2022 Turkey	Vryo-nides et al. 2018 Cyprus	Cho et al. 2020 South Korea	Min et al. 2019 South Korea	Eskin Bac-aksiz et al. 2020 Turkey	Che-gini et al. 2020 Iran	Naha-saram et al. 2021 Malay-sia	Juvé-Udina et al. 2020 Spain	Du et al. 2020 China	Jaro-šová et al. 2021 Czech Republic	Smith et al. 2018 USA	Al-Faou-ri et al. 2020 Jordan	Rabin et al. 2019 Brazil
Assessment	Full documentation of all necessary data	3	23	21	23	12	7	2	14	11	19	8	24	8	5	21	16
	IV site care and assessment according to hospital policy	12	21	23	26	20	17	15	18	10	20	8 (peri- pheral) 14 (central)	21	20	16	22	19
	Monitoring intake/output	17	18	19	21	18	23	23	17	14	12	9	26	19	11	18	18
	Vital signs assessed as ordered	18	22	22	25	18	21	-	16	19	22	22	29	18	20	23	14
	Focused reassessment according to patient	13	16	8	-	17	14	12	-	9	14	19	16	17	18	20	17
	Hand washing	8	14	17	20	10	11	4	20	12	21	21	13	11	21	13	20
	Bedside glucose monitoring as ordered	19	24	20	19	22	24	24	19	18	24	25	27	24	22	24	22
	Patient assessments performed each shift	16	20	13	24	19	19	18	21	6	16	24	15	22	19	19	21
	Assess effectiveness of medications	7	13	11	18	13	9	6	12	17	10	13	18	7	8	12	9
Interventions – Individual Needs	PRN medication requests acted on within 15 minutes	10	17	14	16	16	18	16	2	9	15	16	22	12	10	17	5
	Medications administered within 30 minutes before or after scheduled time	11	12	18	17	11	16	14	8	10	13	7	7	10	6	14	4
	Assist with toileting needs within 5 minutes of request	6	11	9	12	10	12	10	6	7	8	10	8	9	4	6	1
	Response to call light is provided within 5 minutes	15	15	16	5	15	20	21	9	7	17	15	23	14	7	15	7
	Emotional Support to patient and/or family	2	10	10	11	6	4	1	11	2	6	8 (family) 12 (patient)	6	3	14	7	11

Interventions – Basic Needs	Ambulation three times per day or as ordered	-	1	2	1	4	3	13	1	8	3	1	4	1	2	1	2
	Turning patient every 2 hours	5	5	9	7	2	1	3	4	5	4	6	5	5	3	5	3
	Mouth Care	1	3	4	15	3	5	9	13	7	5	2	9	4	1	4	8
	Feeding patient when the food is still warm	-	2	6	9	9	8	17	3	15	7	11	2	15	9	3	6
	Patient bathing/skin care	-	9	3	10	7	2	5	7	13	18	23	3	13	12	11	13
	Setting up meals for patients who feed themselves	-	8	12	14	21	10	22	5	20	11	17	1	21	15	8	12
Planning	Patient teaching	4	6	5	8	8	15	20	15	1	2	7	-	16	17	9	15
	Attend interdisciplinary care conferences whenever held		4	1	2	1	6	7	-	3	-	4	10	2	-	2	5
	Ensuring discharge planning	14	6	7	3	8	22	20	-	1	9	5	12	16	-	9	15
Zusätzliche Items angepasster Fragebögen	Skin/wound care	9	19	15	22	14	13	11	-	16	23	20	19	23	-	16	10
	Reviewing the dose, taking time, and side effects of the medication with the discharged patient	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Participating in ward visits with doctors	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-
	Training the patient about hospital rules, tests, and other diagnostic procedures	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	20	-	13	-	-
	Patient teaching about illness, tests, and diagnostic studies	-	7	-	-	5	-	8	10	4	-	-	14	6	-	10	5
	Attending family conferences	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	Sleep and rest care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
	Respiratory care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-
	Pain relief measures	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-
	Drainage catheter care	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-
	Patient sample collection as required	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-

3. Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des BERNCA-Instruments

Item/Studie	Koltuniuk et al. 2021 Poland
Sponge bath	23
Partial sponge bath	25
Skin care	18
Oral hygiene	16
Dental hygiene	14
Assist food intake	20
Mobilization	11
Changing patient's position	13
Change of the bed linen	10
Emotional & psychological support	4
Necessary conversation	5
Information about therapies	13
Continence training (diapers)	19
Continence training (insert catheter)	24
Activating or rehabilitating care	7
Education and training	12
Preparation for discharge	9
Monitoring of patients as described by physician	8
Monitoring of patients as the nurse felt necessary	6
Monitoring of confused patients & use of restrains	22
Monitoring of confused patients and use of sedatives	17
Delay in measure because of a physician delay	14
Administration of medications, infusions	3
Change of wound dressings	15
Preparation for test and therapies	21
Keep patient waiting who rung	12
Adequate hand hygiene	26
Necessary disinfection measures	21
Studying care plans	1
Assessment of newly admitted patient	2
Set up care plans	3
Documentation & evaluation of the care	5

4. Am häufigsten unterlassene Pflegehandlungen gemessen mithilfe des PIRNCA-Instruments

	Item/Studie	Campbell et al. 2020 USA
Assistance with physical care	Routine hygiene	11
	Routine skin care	16
	Change soiled linen	19
	Assist with ambulation	3
	Assist with repositioning	13
	Assist with bowel and bladder elimination	4
	Assist with oral nutrition and hydration	9
	Promote physical comfort/pain control	12
Implementation of prescribed treatment plan	Medication administration	27
	Enteral and parenteral nutrition	29
	Wound care	24
	Dressing changes	-
	IV therapy	25
	Infection control practices	30
Emotional support and teaching	Teaching patient or family	8
	Prepare patient or family for treatments/procedures	23
	Offer emotional or psychological support	2
Surveillance/vigilance	Monitoring physiological status	26
	Monitoring behavior	20
	Monitoring safety	28
	Follow-up on status changes/requests/unclear orders	21
	Timely response to requests	1
	Supervise delegated tasks	15
	Evaluate the plan of care	10
Coordination of care and discharge planning	Converse with team members	5
	Converse with external agency	14
	Converse with patient regarding discharge	18
Documentation	Review documentation	7
	Document initiation/revision of plan of care	10
	Document assessments and monitoring activities	17
	Document care/interventions	6
Zusätzliches Item	Recommended guidelines for safe patient handling	22

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“