

Abstract

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es über die unterlassenen Pflegetätigkeiten, „Missed Care“ aufzuklären, einen Überblick über die „Missed Care“ Forschung zu liefern, sowie die Dringlichkeit dieser Thematik zu beleuchten.

Hintergrund: Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Pflegealltag gewinnt verstärkt an Bedeutung. Um dies auszugleichen sind eine Priorisierung und das Vernachlässigen von pflegerischen Tätigkeiten fast unumgänglich. Das unreflektierte und nicht hinterfragte Auftreten von „Missed Care“ könnte einen erheblichen Einfluss auf die Pflege haben. Die Forschungen zu dieser Thematik haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und gute Erkenntnisse bezüglich der vernachlässigten und priorisierten Tätigkeiten, sowie Ursachen von „Missed Care“ geliefert. Allerdings ist im deutschsprachigen Raum ein Forschungsdefizit zu verzeichnen.

Methodik: Das methodische Vorgehen dieser Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cinahl. Die Recherche ergibt 46 Studien, diese werden analysiert und die Ergebnisse der Studien kategorisiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Auseinandersetzung zeigen, dass „Missed Care“ eine aktuelle und internationale Problematik darstellt. Die Forschung beschreibt ein vermehrtes Vernachlässigen von grundpflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und edukativen Tätigkeiten. Anhand der Auseinandersetzung mit der „Missed Care“-Thematik kann darauf geschlossen werden, dass medizinischen Tätigkeiten scheinbar eine stärkere Bedeutung zugeschrieben wird.

Es wird deutlich, dass eine patientenorientierte, individuelle Pflege gefährdet wird, wenn eine Priorisierung von Tätigkeiten ohne einen vorgehenden Entscheidungsrahmen stattfindet.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
1 Einleitung.....	1
2 Methodisches Vorgehen.....	4
3 Aufgaben und Anspruch der professionellen Pflege.....	6
3.1 Die professionelle Pflege	6
3.2 Gesetzlicher Rahmen pflegerischer Tätigkeiten	7
3.3 Pflegewissenschaftliche Anforderungen	8
4 Kategorisierung der Rechercheergebnisse	11
4.1 Entwicklung der „Missed Care“ Forschung	11
4.2 Bestimmung von „Missed care“ Tätigkeiten	12
4.3 Ursachenbestimmung	16
4.4 Folgen von „Missed Care“	19
4.5 Lösungsansätze.....	22
4.6 Konflikt der Verantwortungszuschreibung.....	24
5 „Missed Care“ und/ oder eine professionelle Pflegepraxis	27
6 Zusammenfassung und Ausblick.....	32
7 Limitationen der Arbeit	34
Literaturverzeichnis	36
Anhang.....	44

Abkürzungsverzeichnis

ICN International Council of Nursing

MeSh Medical Subject Headings

1 Einleitung

Pflege hat laut dem „International Council of Nursing“ (ICN) Ethikkodex (ICN, 2014) vier Aufgaben zugrunde liegen. Die Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit, die Vermeidung von Krankheit und das Reduzieren von Leid. Diese vier Aufgaben stehen immer unter Berücksichtigung, einer individuellen Betrachtung des zu pflegenden Menschen.

Die deutsche Gesetzeslage definiert im §14 SGB XI diese Pflegeaufgaben noch genauer. Sie unterscheidet zwischen sechs Bereichen: der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Verhaltensweisen bei psychischen Problemen, der Selbstversorgung, der Bewältigung und dem Umgang mit krankheits- oder therapiebedürftiger Anforderungen, der Belastungen und der Gestaltung des alltäglichen Lebens und sozialer Kontakte.

Bartholomeyczik (2011, S.67) hat das Aufgabenfeld der Pflege, wie folgt zusammengefasst „Pflege beschäftigt sich mit den Auswirkungen und Erfahrungen, die Menschen mit Krankheit und Gesundheit machen“. Die Pflegewissenschaft hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und immer neue theoretische Grundlagen für die Pflegepraxis geliefert. Jedoch zeigt sich in den letzten Jahren vermehrt das Phänomen, dass die Pflege, so wie es der Ethikkodex, das Sozialgesetzbuch und die Pflegewissenschaft vorgibt, unter den vorherrschenden Arbeitsbedingungen nur bedingt stattfinden kann.

Das Pflegethermometer 2018 hat gezeigt, dass schätzungsweise 14.000 offene Stellen für examinierte Pflegekräfte existieren (Isfort et al., 2018). Es wird deutlich, dass ein Anstieg der Arbeitsbelastung wahrgenommen wird. Dies wird ersichtlich durch eine Steigerung der Krankheitstage, Krankheitsschwere und die geleisteten Überstunden (Marschall et al., 2017).

Laut Jacobs et al. (2016) zählen zu den häufigsten Belastungsfaktoren die emotionale und psychische Belastung, der Arbeitsstress, als auch die Differenz zwischen dem Pflegeideal und der beruflichen Realität. Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Pflegealltag gewinnt verstärkt an Bedeutung. Um dies auszugleichen sind eine Priorisierung und das Vernachlässigen von pflegerischen Tätigkeiten fast unumgänglich (Suhonen & Scott, 2018; Suhonen et al., 2018). In der Literatur wurde dies Phänomen als erstes von Kalisch (2006) als „Missed Nursing Care“ identifiziert. Es werden in der Literatur die Begriffe „rationed care“, „care left undone“, „omitted care“ oder auch „unfinished care“ als Synonyme

verwendet. Ein deutschsprachiges Äquivalent zu diesen Begrifflichkeiten existiert noch nicht. Auf Grundlage der Arbeit von Kalisch (2006) wird im Verlauf dieser Arbeit der Begriff „Missed Care“ verwendet. Außerdem werden: vernachlässigen, nicht ausführen, sowie ungetan genutzt, um „Missed Care“ zu beschreiben.

Das unreflektierte und nicht hinterfragte Auftreten von „Missed Care“ könnte einen erheblichen Einfluss auf die Pflege haben, da „Missed Care“, so wie sie derzeit stattfindet, gegen eine wertbasierende, humane, reflektierende Praxis spricht und Professionalisierungsprozesse behindert (Scott et al., 2020; Suhonen & Scott, 2018; Suhonen et al., 2018).

Die Forschungen zu dieser Thematik haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und gute Erkenntnisse bezüglich der vernachlässigten und priorisierten Tätigkeiten, sowie Ursachen von „Missed Care“ geliefert. Allerdings ist im deutschsprachigen Raum ein Forschungsdefizit zu verzeichnen, welches eine Auseinandersetzung mit „Missed Care“ beeinträchtigt. Aus diesem Grund beschäftigt sich folgende Arbeit mit der Problemstellung:

Welche Auswirkungen hat „Missed Care“ auf den theoretischen Anspruch an eine professionelle Pflege im klinischen Setting?

Das Ziel dieser Arbeit ist es über die unterlassenen Pflegetätigkeiten, „Missed Care“ aufzuklären, einen Überblick über die „Missed Care“ Forschung zu liefern, sowie die Dringlichkeit dieser Thematik zu beleuchten. Dabei begrenzt sich diese Arbeit auf das klinische Setting aufgrund des Umfangs dieser Arbeit.

Zu Beginn dieser Arbeit wird das methodische Vorgehen der systematischen Literaturrecherche beschrieben. Auf Grund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit werden im ersten Kapitel die theoretischen Grundlagen der Pflege zusammenfassend dargestellt. Dafür wird die professionelle Pflege definiert und dessen Tätigkeitsfeld kurz dargestellt. Darauf folgt die Betrachtung des gesetzlichen Rahmens unter dem die Pflege stattfindet, sowie ein kurzer Einblick in die Pflegetheorien. Im nachfolgenden Kapitel werden die Rechercheergebnisse zur „Missed Care“ Forschung dargestellt. Die beinhaltet die Definition und die Entwicklung von „Missed Care“, gefolgt von der Beschreibung der vernachlässigten Tätigkeiten, sowie den auslösenden Faktoren, welche zu einem vermehrten Auftreten von „Missed Care“ beitragen. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die

Folgen, sowie die bisher diskutierten Maßnahmen dargestellt und ein Einblick in die Debatte um die Verantwortung von „Missed Care“ geliefert. Im dritten Kapitel werden die Recherche Ergebnisse im Zusammenhang mit den anfangs dargestellten theoretischen Rahmenbedingungen der Pflege diskutiert und eine Antwort auf die anfangs gestellte Frage formuliert. Abschließend werden die Limitationen dieser Arbeit erläutert sowie eine Zusammenfassung und ein Ausblick gegeben.

2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen dieser Arbeit basiert auf einer Sekundärforschung. Diese wird anhand einer systematischen Literaturrecherche durchgeführt. Die Auswahl dieser Methodik ist zurückzuführen auf die Problemstellung dieser Arbeit, sowie die gegebene Aktualität der „Missed Care“-Forschung. Die erste Phase der Recherche verläuft am 23.01.2020 in der Datenbank PubMed zur Themenfindung und zur Eingrenzung der Thematik (siehe Anhang 1). Aufgrund der Aktualität dieser Forschungsthematik wurde am 31.03.2020 erneut eine Recherche durchgeführt. Um die, der Arbeit zugrundeliegende Forschungsfrage zielgerichtet und evidenzbasiert beantworten zu können, wird die Erhebung der Studien auf Grundlage einer systematischen Recherchestrategie in den Datenbanken PubMed (siehe Anhang 2) und Cinahl (siehe Anhang 3) vollzogen.

Um den behandelnden Forschungsstand zu beschreiben, wird aufbauend auf vorher formulierten Medical Subject Headings (MeSH) die Suche durchgeführt. Dafür werden „missed care“ sowie „rationed care“ verwendet, um das zu behandelnde Phänomen zu beschreiben. Für die Eingrenzung der Rechercheergebnisse, als auch der Thematik, wird die Suche durch das Setting, beschrieben als „hospital“ und „clinic“, ergänzt. Schlussendlich wurde noch „nurse*“ verwendet, da sich die Arbeit auf die Pflege bezieht. Um eine Verfälschung der Suchergebnisse zu vermeiden, werden weitere Filter bewusst weggelassen. Die MeSh-Terms werden durch die Booleschen Operatoren „OR“ und „AND“ ergänzt. Die Suche ergab 136 Treffer auf PubMed und 188 Treffer auf Cinahl. Diese werden zunächst nach Titel und unter Berücksichtigung der verwendeten Begrifflichkeiten, sowie Duplikaten gesichtet. Die Prüfung der Ergebnisse nach deren Relevanz wird anhand von „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (PRISMA) (Moher et al., 2009) vollzogen. Es werden die Studien ausgeschlossen, welche nicht im Zusammenhang zu „Missed Care“ stehen. Außerdem wird das neonatologische, pädiatrische und onkologische Setting ausgeschlossen, wenn dies bereits im Titel angegeben wurde.

Im Anschluss werden die Abstracts der 71 ausgewählten Studien analysiert und selektiert. Für die Volltextanalyse werden 57 Studien, die zuvor beschriebenen Kriterien entsprechen, miteinbezogen. Für die weitere Selektierung werden als Ein- und Ausschlusskriterien das klinische Setting, der thematische Bezug, sowie die Anzahl der Stichprobengröße mit einbezogen. 11 Studien können nicht

hinzugezogen werden, da der Zugriff trotz des Einsatzes von verschiedenen „virtual privat network“ (VPN) Clients nicht möglich ist.

Die Prüfung der Ergebnisse auf Volltext ergeben 46 Studien. (Siehe Anhang 4)

Um die Daten auszuwerten, werden die Kernaussagen jeder einzelnen mit in die Datenerhebung eingebrachten Studien in Form von Exzerpten formuliert und die Ergebnisse der Studien kategorisiert. Als Ergebnis der systematischen Literaturrecherche setzt sich die Autorin kritisch mit der bestehenden Literatur auseinander und wendet die gewonnen Erkenntnisse auf ihre Problemstellung an.

Kritisch an der Methodik ist, dass die verwendeten MeSH- Terms „missed care“ und „rationed care“ verwendet wurden, allerdings existieren in der Literatur noch weitere Begrifflichkeiten für die Beschreibung des „Missed-Care-Phänomen“. Durch das Ausklammern weiterer Begriffe, wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse der Recherche nicht vollständig sind. Dies bewirkt eine Limitation dieser Arbeit.

3 Aufgaben und Anspruch der professionellen Pflege

3.1 Die professionelle Pflege

Der ICN definiert die professionelle Pflege als eine „eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings)“ (ICN, 2002).

Im von dem ICN entwickelten Ethikkodex der Pflege sind die grundlegenden Haltungen und ein Umriss der Aufgaben von Pflegenden festgehalten. Dieser besagt, dass der Pflege vier Aufgaben zu Grunde liegen. Dies umfasst: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (ICN, 2014 S.1). Diese Stellungnahme gilt als international anerkannt. Bartholomeyczik (2011, S.63) definiert die Aufgaben von Pflege wie folgt: „Pflege beschäftigt sich mit den Auswirkungen und Erfahrungen, die Menschen mit Krankheit und Gesundheit machen“. Die Pflege ist nach Dunkel & Weinrich (2010) eine Dienstleistung, die sich auf den Menschen bezieht. Demnach liegt die Aufmerksamkeit bei dem zu pflegenden Menschen und seiner Fragilität und bildet die Grundlage für die pflegerische Arbeit (Corbin, 2008).

Bei der Definition von Pflege ist die Differenzierung von Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit erforderlich. Die Pflegebedürftigkeit umfasst die Fähigkeiten und Defizite, die ein Mensch mit sich bringt. Dahingegen beinhaltet der Pflegebedarf die Maßnahmen, welche erforderlich sind, um die Pflegebedürftigkeit zu bewältigen. Es sind theoretische Konzepte, relevant um den Begründungsrahmen des Pflegebedarfes eines Menschen zu bestimmen und pflegerische Maßnahmen abzuleiten (Bartholomeyczik, 2004). Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI §14 ist eine Person pflegebedürftig, wenn sie Hilfe aufgrund von Störungen in ihrer Selbstständigkeit oder in ihren Fähigkeiten in Anspruch nehmen muss. Dabei bezieht sich die Einschränkung, sowohl auf physische als auch auf psychische Funktionen.

Um die Pflege als professionell zu bezeichnen, müssen bestimmte Professionsmerkmale zutreffen, welche eine Abgrenzung zu anderen Berufen markieren (Pfadenhauer & Sander, 2010). Es existieren verschiedene Ansätze der Merkmalsbeschreibung, allerdings fehlt eine allgemeingültige Definition. Zu den

Merkmale zählen beispielsweise: Akademisierung, Autonomie und eine eigene Berufsethik, allerdings können diese aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden (Schaeffer, 2011).

Spichiger et al. (2006) beschreibt die Basis der professionellen Pflege, als eine auf evidenzbasierten, reflektierten Grundsätzen aufbauende Praxis. Diese sollte die zu betreuenden Personen mit einbeziehen und dementsprechend angepasst werden. Das wissenschaftlich, evidenzbasierte Handeln der Pflegeperson ist durch die Beziehung zum Patienten von besonderer Bedeutung und dementsprechend nicht losgelöst von der Individualität der Anwendung pflegerischer Maßnahmen zu betrachten (Müller, 2018). Als Ziel einer professionellen Pflegepraxis wird die Förderung der „Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung eines Menschen in einer sicheren Umgebung trotz seiner Einschränkungen [...]“ gesehen (Müller, 2018, S. 87).

3.2 Gesetzlicher Rahmen pflegerischer Tätigkeiten

Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit die Auswirkungen von „Missed Care“ auf den theoretischen Anspruch zu erläutern, werden im folgenden Kapitel die gesetzlich geregelten Aufgaben der pflegerischen Tätigkeiten kurz dargestellt.

Die deutsche Gesetzeslage definiert im §14 SGB XI diese Pflegeaufgaben noch ausführlicher. Sie unterscheidet zwischen sechs Bereichen: der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Verhaltensweisen bei psychischen Problemen, der Selbstversorgung, der Bewältigung und dem Umgang mit krankheits- oder therapiebedürftiger Anforderungen, der Belastungen und der Gestaltung des alltäglichen Lebens und sozialer Kontakte.

Das Pflegeberufgesetz beschreibt und definiert die der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten. Dazu zählen drei Aufgabenbereiche, welche im §4 PfIBG aufgeführt werden. Die Analyse und Aufstellung eines an die Bedürfnisse des Patienten angepassten Pflegebedarfs und die Planung der pflegerischen Tätigkeiten um diesen Bedarf zu erfüllen. Die zweite Aufgabe ist die Planung und Erarbeitung des Pflegeprozesses. Als dritte Aufgabe wird die Aufrechterhaltung der Pflegequalität durch Erhebung, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation aufgeführt.

Ergänzt werden die Aufgaben durch die im §5 des PfIBG festgelegten Ausbildungsziele und das Anforderungsprofil an die Berufsgruppe. Demnach soll Pflege unter Einbeziehung der fachlichen und personellen Kompetenz während der

Pflegesituationen vorurteilsfrei und gleichberechtigt stattfinden, sowie eine Patientenorientiertheit, Reflexion und Weiterentwicklungen der eigenen Pfl egetätigkeit erfolgen. Pflege umfasst demnach Tätigkeiten, welche zur Vorbeugung oder Verhinderung (Prävention), Heilung (Kuration), Wiederherstellung (Rehabilitation), Sterbebegleitung (Palliation), sowie sozialpflegerische Begleitung während des Krankheits- und Gesundheitsprozesses von Patienten beinhalten.

Außerdem schreibt §5 Absatz 2 PflGB vor, dass die Pflege „entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik“ stattfinden soll.

Diese Formulierung der pflegerischen Tätigkeiten lässt Spielraum für eine vielseitige Auslegung. Genaue Tätigkeiten werden nicht benannt. Allerdings sind der Rahmen und die Bedingungen unter denen die Pflege stattfinden soll eindeutig.

Dies wurde durch die gesetzliche Regelung der hochschulischen Ausbildung in der Pflege 2020 ergänzt und ist im §37 Absatz 3 PflGB zu finden. Die dort aufgeführten Tätigkeiten umfassen das Kennen der Pflegeforschung, sowie die Fähigkeit wissenschaftlich und evidenzbasiert zu arbeiten und die gewonnenen Erkenntnisse in die Theorie und Praxis zu übertragen. Außerdem gilt es, sich an der Entwicklung und Weiterentwicklung der Pflege zu beteiligen und beispielsweise den Bedarf an Fort- und Weiterbildungen zu erkennen und abzudecken. Es wird eine evidenzbasierte, kritische, reflektierte Haltung und Handlung vorausgesetzt. Außerdem befähigt der §37 Absatz 3 PflGB ein „[Mitwirken] an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards“.

3.3 Pflegewissenschaftliche Anforderungen

Aber nicht nur auf gesetzlicher Ebene zeigt sich eine Festlegung des Handlungsrahmens der Pflege. Grundlage für die Entwicklung und Definition pflegerischer Tätigkeiten sind die Erkenntnisse aus der Pflegeforschung mit den dort begründeten Pflege-theorien. Diese sind Grundstein der professionellen Pflege. Florence Nightingale legt 1859 das Fundament für die Entwicklung von Pflege-theorien mit ihrem Werk „Notes on Nursing“. Darin beschreibt sie erstmals die theoretischen Grundlagen der Pflege. Sie fordert die Pflege auf nachzudenken, das

Bewusstsein über die Verantwortung gegenüber dem Patienten zu haben und eine strukturierte Planung der Pflegemaßnahmen durchzuführen. Außerdem zählt sie die Bedürfnisse des Patienten auf und appelliert für die Notwendigkeit einer Fachkompetenz der Pflege (Nightingale, 2018).

Darauf folgen rund hundert Jahre später weitere Pflege-theorien. Mittlerweile existieren verschiedene Theorien und daraus abgeleitete Pflegemodelle. Im Folgenden werden die Grundlagen der Pflege-theorien zusammenfassend dargestellt. Die bisher entwickelten Pflege-theorien haben die Wahrung des Patienten und seine individuellen Bedürfnisse, sowie die Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft im Versorgungsprozess gemeinsam. Dies liefert die Begründung des Aufgabenfeldes und die Bedeutung der professionellen Pflege. Allerdings liegt der Fokus der Theorien an verschiedenen Stellen. Dies wurde beispielsweise als Einordnung der Pflege-theorien genutzt. (Steppe, 2000)

Die Bedürfnismodelle befassen sich vordergründig mit der Erfassung der Bedürfnisse und Probleme des Menschen und inwiefern die Pflege bei der Bewältigung dessen unterstützend wirken kann. Vertreter dieser Theorien sind beispielsweise Henderson (1955) und Orem (1971). (Steppe, 2000)

Folglich wird beispielhaft genauer auf die Pflege-theorie von Henderson (2006) eingegangen. Im Jahr 1977 beschreibt sie in ihrer Arbeit „The concept of nursing“ die Grundregeln der Krankenpflege. Diese beinhalten, dass die auszuführenden Tätigkeiten an die individuellen Bedürfnisse und die Eigenart des Patienten angepasst werden sollen, aber auch die entstandenen Bedürfnisse aufgrund der Krankheitssituation mit betrachtet werden müssen. Sie führt eine Differenzierung und Präzision von Grundbedürfnissen auf und nimmt eine Unterscheidung zwischen grundpflegerischer und medizinischer Pflege vor. Henderson (2006) positioniert sich klar, dass die Ausführung der Grundpflege nicht durch die Tätigkeiten der medizinischen Pflege eingeschränkt werden sollte.

Die Theorien der Interaktionsmodelle legen den Fokus auf den, durch den Kontakt mit dem Patienten entstandenen, Prozess. Peplau (1952) und Orlando (1961) zählen unter anderen mit ihren Theorien zu den Vertretern dieser Kategorie. Bei den Theorien der Ergebnismodelle steht das Ergebnis der pflegerischen Tätigkeit im Zentrum. Auf Grundlage des Zieles werden die notwendigen Tätigkeiten bestimmt. (Steppe, 2000)

Pflegetheorien „[...] stellen einen Sinnzusammenhang bezüglich pflegespezifischer Phänomene auf theoretischer Ebene her und bilden damit die Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnis über das, was Pflege ist und welche Gesetzmäßigkeiten sie aufweist.“ (Steppe, 2000, S.92)

4 Kategorisierung der Rechercheergebnisse

4.1 Entwicklung der „Missed Care“ Forschung

Beatrice J. Kalisch legt 2006 den Grundstein für die „Missed-Care“-Forschung. Sie befasst sich mit der Herausforderung, der Sicherstellung von Pflegequalität und der Patientensicherheit. Es war bis zu diesem Zeitpunkt bereits bekannt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Personalbestand in Krankenhäusern und einer erhöhten Mortalität, dem Auftreten von Komplikationen, wie beispielsweise Stürzen, Dekubiti und Infektionen gibt. Allerdings kommt Kalisch 2006 zu der Erkenntnis, dass spezifische Aspekte der Pflegetätigkeit nicht erfüllt werden. Sie stellt ein Forschungsdefizit bezüglich den gegebenen Arbeitsbedingungen von Pflegenden und dem waren der Pflegequalität fest.

Um die regelmäßig versäumte Pflege und die Begründung für eine Priorisierung von Tätigkeiten zu ermittelt, führt Kalisch eine qualitative Forschung durch. Sie führt Interviews mit Pflegenden in Fokusgruppen und leitet daraus das „Missed Care“-Phänomen ab.

Kalisch (2006) definiert „Missed Care“ als Tätigkeiten, die in der alltäglichen Pflegepraxis nicht durchgeführt werden. Davon ausgeschlossen sind nicht stattgefunden Tätigkeiten in Notfallsituationen. Pflegekräfte sind nicht in der Lage, alle Pflegetätigkeiten, die ein Patient braucht, zu gewährleisten. Diese Definition ist heute noch grundlegend für Forschungsarbeiten in diesem Feld.

Eine Passage aus den Interviews von Kalisch (2006, S. 307) beschreibt den Sachverhalt: „We have to give them meds to keep them alive, we have to make sure they can breath and we have to keep the heart going. Things after that get missed.“ Wenn das Pflegepersonal nicht in der Lage ist, beziehungsweise, es ihnen nicht möglich ist, eine pflegerische Versorgung sicherzustellen, entsteht bei den Pflegenden ein ausgeprägtes Gefühl von Bedauern, Frustration und Schuld (Kalisch, 2006).

Kalisch & Williams (2009) haben die „Missed Care“-Forschung weitergeführt und eine quantitative Forschung aus den bereits bestehenden Forschungsergebnissen abgeleitet. Dabei wurde ein Fragebogen (MISSCARE) entwickelt, um „Missed Care“ zu ermitteln. Dieser besteht aus zwei Teilen. Teil A befasst sich mit den Tätigkeiten, die nicht gewährleistet werden und ungetan bleiben. Teil B ermittelt die Ursachen,

für das Weglassen von pflegerischen Tätigkeiten. Dieser Fragebogen ist häufig Grundlage der heutigen „Missed Care“-Forschung.

Kalisch & Williams ergänzen zu „Missed Care“, dass es zwei Arten von Fehlern gibt: „Act of Commission“, also ein legitimes Unterlassen und „Act of omission“, ein nebenbei passierendes Versäumen. „Missed Care“ ist ein „Act of omission“ und ist dementsprechend erschwerter wahrzunehmen. Diese Fehler haben allerdings eine hohe Bedeutung im Pflegeprozess. (Kalisch & Williams, 2009)

Neben dem MISSCARE Fragebogen gibt es noch weitere Instrumente, welche jedoch weniger häufig genutzt werden. Das Vorhandensein verschiedener Fragebögen erschwert es, die Ergebnisse in einen Zusammenhang zu bringen (Gustafsson et al., 2020).

Seit 2006 scheint die Forschung um die „Missed Care“-Thematik eine hohe Relevanz erlangt zu haben. Es zeigt sich, dass es eine internationale Problematik ist, bei der die Ergebnisse ähnlich sind. Weltweit werden Daten zum Auftreten von „Missed Care“ erhoben (Ball et al., 2016; Griffiths et al. 2018; Gustafsson et al., 2020). Dabei wird das Auftreten, die vernachlässigten Tätigkeiten, Folgen, Maßnahmen und die Entscheidungsprozesse um das „Missed Care“-Phänomen ergründet und erforscht.

Es wurden bereits einige Studien zur Patientensicht auf das „Missed Care“-Phänomen durchgeführt. Allerdings sind die Ergebnisse noch sehr limitiert. Es ist noch unklar, wie ausgeprägt Patienten „Missed Care“ wahrnehmen und wie aus der Patientensicht „Missed Care“ definiert und identifiziert werden kann (Gustafsson et al., 2020). Bagnasco et al. (2020) beschreibt, dass „Missed Care“ aus der Patientenperspektive die ungedeckten Bedürfnisse sind. Allerdings könnte es eine Differenz zwischen der Definition von „Missed Care“ aus der Patientensicht und der pflegerischen Perspektive geben. Deshalb ist die Berücksichtigung der Patientenperspektive für die Definition von „Missed Care“ entscheidend und bedarf weiterer Forschung.

4.2 Bestimmung von „Missed care“ Tätigkeiten

Um die Bedeutung von „Missed Care“ zu ermitteln, ist es notwendig die vernachlässigten Tätigkeiten zu definieren. Dabei ist entscheidend, bei welchen Tätigkeiten eine verstärkte Priorisierung auftritt (Bagnasco et al., 2017; Gustafsson et al., 2020; Kalisch, 2006; Suhonen et al., 2018; Suhonen & Scott, 2018).

Die Mobilisierung von Patienten ist eine von dem Pflegepersonal als „Missed Care“ bezeichnete Tätigkeit (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Labrague et al., 2019; Saquer & AbuAlRub, 2018). 31,9% bis 43,26% der Pflegenden geben an, dass sie die mindestens dreimal tägliche Mobilisierung von Patienten vernachlässigen, beziehungsweise nicht regelmäßig durchführen (Eskin Bacaksiz et al., 2020; Chapman et al., 2017; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2014; Park et al., 2018; Smith et al., 2018). Bei Gravlin & Phoenix Bittner (2010) zählt die Mobilisierung von pflegebedürftigen Menschen aus dem Bett zu der am häufigsten nicht ausgeführten Tätigkeit. In den anderen Studien wird die Art der Mobilisierung nicht weiter erläutert.

Kalisch (2006) beschreibt in ihrer Studie, dass die Positionierung von bettlägerigen Patienten eher durchgeführt wird, als die Mobilisierung. Allerdings wird dies nicht wie vorgeschrieben alle zwei Stunden durchgeführt, sondern in den meisten Fällen alle vier, sechs oder acht Stunden oft jedoch auch in größeren Zeitabständen. Smith et al. (2018) und Chapman et al. (2017) zeigen auf, dass etwa 30% der Befragten eine zweistündige Positionierung von zupflegenden Personen nicht gewährleisten können. Auch andere Studien bestätigen eine Vernachlässigung dieser Tätigkeit (Bittner & Gravlin, 2009; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Labrague et al., 2019).

Das Anreichen, beziehungsweise zur Verfügung stellen, von noch warmen Mahlzeiten wird von Pflegenden vernachlässigt (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Cho et al., 2019; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Saquer & AbuAlRub, 2018). Das Essen muss für die Patienten dann erneut aufgewärmt werden oder wird wieder zurück in die Küche gefahren, da keine rechtzeitige Versorgung der Patienten mit der Mahlzeit gewährleistet werden kann (Kalisch, 2006). Bei 33,4% der Befragten ist dies, in der Studie von Eskin Bacaksiz et al. (2020), eine „Missed Care“-Tätigkeit. Die hygienische Versorgung von Patienten ist eine, stark im Zusammenhang mit dem „Missed Care“-Begriff, diskutierte Tätigkeit. Dazu zählen bei Bittner & Gravlin (2009), Cho et al. (2015) und Kalisch (2006) das Baden, Waschen und die Hautpflege von Patienten. Laut der Studie von Kalisch et al (2014) wird dies von 26,9% der Pflegenden als „Missed Care“ definiert. Neben der Körperhygiene scheint die Mundhygiene eine weitaus häufiger vergessene Tätigkeit zu sein. Cho et al. (2019) und Saquer & AbuAlRub (2018) beschrieben die Mundhygiene als die am häufigsten vernachlässigte Tätigkeit. Auch andere Studien geben mit einer

Häufigkeit von 22,9% bis 50,3% an, die Mundhygiene regelmäßig nicht durchführen zu können (Bittner & Gravlin, 2009; Chapman et al., 2017; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2014; Park et al., 2018; Smith et al., 2018). Eskin Bacaksiz et al. (2020) bestätigt diese Aussage nicht. Allerdings stammt diese Studie aus der Türkei. Dort werden die Familien intensiv mit in die grundpflegerische Versorgung einbezogen und übernehmen weitestgehend die hygienische Versorgung des Patienten. Es besteht eine hohe Varianz der Prozentzahlen bei der Vernachlässigung von Mundhygiene, was keine genauen Aussagen zulässt. Allerdings wird die Mundhygiene in den vorliegenden Studien oft mit „Missed Care“ in Zusammenhang gebracht.

Die Unterstützung bei dem Toilettengang innerhalb von fünf Minuten wird von Smith et al. (2018) und Kalisch et al. (2014) als nicht durchgeführte Tätigkeit aufgelistet. Allerdings scheint dies in den anderen Studien keine hohe Relevanz zu haben.

Ähnlich verhält sich die Studienlage zu der Vernachlässigung der Händehygiene des Pflegepersonals, woraus sich keine eindeutigen Aussagen ableiten lassen. Gravlin & Phoenix Bittner (2010) beschreiben dies als weniger vernachlässigte Tätigkeit, wohingegen Eskin Bacaksiz et al. (2020) angibt, dass 19,3% der Befragten dies als „Missed Care“ Tätigkeit sehen.

Ähnliche Diskrepanzen existieren bei der Pflegeverlaufsdokumentation und dem konsequenten Ausführen von Protokollen. Cho et al. (2015), Gibbon & Crane 2018, Kalisch (2006) und Smith et al. (2018) sprechen von einer häufigen Vernachlässigung der Administration von Pflegeaktivitäten. Ball et al. (2013) gibt an, dass 47% der Befragten die Evaluation und Erneuerung der Pflegeplanung vernachlässigen. Allerdings sprechen Gravlin & Phoenix Bittner (2010) und Park et al. (2018) von einem weniger häufig auftretenden Problem.

Eine weitaus häufigere ungetane Tätigkeit scheint eine nachhaltige Patientenedukation zu sein. In den Interviews von Kalisch (2006) wird deutlich, dass beispielsweise Diabetes-Schulungen oftmals nicht ausgeführt werden und die Patienten ohne ausreichende Aufklärung aus dem Krankenhaus entlassen werden. Einen hohen Stellenwert hat die emotionale Unterstützung bei Pflegenden (Blackman et al., 2018; Jones et al., 2015; Labrague et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019). Es führt laut Kalisch (2006) zu einer hohen Frustration, wenn Pflegende die psychologischen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen nicht

gewährleisten können. Auch Bagnasco et al. (2020) stellt eine geringe Durchführung von therapeutischer Pflege fest.

Um Pflēgetätigkeiten individuell und patientenzentriert durchzuführen, ist die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen auch im interprofessionellen und interdisziplinären Team entscheidend (Josuks, 2018). Dies wird von Pflēgenden im Alltag jedoch häufig nicht oder nur mangelhaft durchgeführt (Griffiths et al., 2018; Labrague et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019). 50,1% bis 66% der befragten Pflēgenden geben an die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen regelmäßig zu vernachlässigen (Ball et al., 2013; Park et al., 2018; Smith et al., 2020). Bagnasco et al. (2020) ermittelten, dass die fehlende Kommunikation für Patienten am relevantesten und am ehesten als „Missed Care“ definiert wird. Kalisch et al. (2014) differenzieren die fehlende Kommunikation präziser und stellen fest, dass mit 26,5% am häufigsten die Kommunikation während der Versorgung mit dem Patienten vernachlässigt wird. Darauf folgt, dass die Teilhabe vom Patienten an der Pflegeprozessgestaltung nicht gewährleistet wird. 7,8% geben an, dem Patienten bei Bedarf zuhören zu können (Kalisch et al., 2014).

Die adäquate Überwachung von Patienten kann hingegen in den meisten Fällen gewährleistet werden. (Chapman et al., 2017; Smith et al., 2020; Zhu et al., 2019). Dahingegen stellt Kalisch (2006) ein Vernachlässigen der regelmäßigen Kontrollen von Patienten fest. Weiterhin zur Überwachung von Patienten zählen unter anderem das Durchführen von Assessments, sowie die Beurteilung und Einschätzung von Patienten. Diese Tätigkeiten werden in den Studien jedoch kaum zu „Missed Care“ gezählt (Eskin Bacaksiz et al., 2020; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2019; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Griffiths et al. 2018; Smith et al. 2018). Chapman et al. (2017) und Kalisch et al. (2011) stellen die Überwachung als am wenigsten vernachlässigte Tätigkeit dar.

Außerdem zählen regelmäßige Kontrollen von Vitalzeichen zur Patientenüberwachung. Auch diese werden in den meisten Fällen durchgeführt (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Kalisch et al., 2011; Smith et al., 2018; Zhu et al., 2019). Nur Bittner und Gravlin (2009) sprechen von einem vermehrten Auftreten einer Vernachlässigung der Vitalzeichenkontrolle. In den Studien geben die Befragten mit 90,1% bis 98,8% an, die Blutzuckermessung

regelmäßig durchzuführen (Chapman et al., 2017; Cho et al., 2015; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Kalisch et al., 2011; Smith et al., 2018).

Auch die zeitnahe Gabe von Medikamenten zählt zu den weniger vernachlässigten Tätigkeiten (Eskin Bacaksiz et al., 2020; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2019; Griffiths et al., 2018; Park et al., 2018; Zhu et al., 2019). Allerdings beschreiben einige Studien verschiedene Verabreichungszeiträume. Diese reichen von fünfzehn Minuten bis „zeitnah“, dabei ist die Formulierung des Zeitraumes unpräzise.

Aus den Studienergebnissen zu der Ermittlung der „Missed Care“-Tätigkeiten wird deutlich, dass medizinische und klinische Tätigkeiten anscheinend einen höheren Stellenwert haben und weniger vernachlässigt werden. Die physische Heilung steht demnach scheinbar im Fokus. Dies bedingt eine Priorisierung der Vitalzeichenüberwachung, sowie die Gabe von Medikamenten. Dabei werden die therapeutischen, sozialen und psychologischen Aspekte der pflegerischen Tätigkeit vermehrt vernachlässigt. Aber auch grundpflegerische Tätigkeiten, wie das Anreichen von Mahlzeiten oder die Körperhygiene der Patienten, nicht ausreichend durchgeführt (Bagnasco et al., 2017; Gustafsson et al., 2020; Suhonen et al., 2018).

4.3 Ursachenbestimmung

Die Gründe für das Auftreten von „Missed Care“ sind vielfältig und wurden in den letzten Jahren vermehrt untersucht. Um „Missed Care“ entgegenzuwirken, müssen die auslösenden Faktoren identifiziert werden (Ball et al., 2016; Labrague et al., 2019).

Die Personalausstattung ist mit 79,3% bis 93,1% der am häufigsten genannte Faktor für das Auftreten von „Missed Care“ (Kalisch et al., 2011; Chapman et al., 2020). Umso mehr Patienten eine Pflegende betreut, umso höher ist das Auftreten von „Missed Care“ (Kalisch et al., 2011,; Ball et al., 2013; Ball et al., 2018; Blackman, 2015; Cho et al., 2015; Kalisch et al., 2012; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Griffiths et al., 2018; Kalisch & Williams, 2009; Park et al., 2018; Recio-Saucedo et al., 2017; Saquer & AbuAlRub et al., 2018; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017; Scott et al., 2020; Smith et al., 2018; Verrall et al., 2015; Zhu et al., 2019). Lake et al. (2020) stellt nur einen möglichen Zusammenhang fest und fordert diesbezüglich weitere Forschung. Gibbon & Crane (2018) und Ball et al. (2016) machen deutlich, dass bei einem Patienten-Pflegepersonal-Verhältnis von eins zu sechs weniger „Missed Care“ auftritt, als bei einem Verhältnis von eins zu zehn. Auch Chapman et al. (2017),

Eskin Bacaksiz et al. (2020) und Kalisch (2006) machen deutlich, dass das Verhältnis von hoher Bedeutung ist. Durch eine bessere Personalausstattung könnte das Vorkommen von „Missed Care“ im Pfleralltag reduziert werden (Cho et al., 2015; Kalisch & Williams, 2009).

Neben der Personalausstattung, haben ein unvorhersehbarer Anstieg des Patientenaufkommens, eine hohe Inanspruchnahme des Personals und das dadurch unkalkulierbar steigende Arbeitspensum einen starken Einfluss auf die Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten (Ball et al., 2016; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2107; Cho et al., 2019; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Kalisch, 2006; Saquer & AbuAIRub, 2019; Scott et al., 2019; Scott et al., 2020; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017; Suhonen et al., 2018). Es wird deutlich, dass der Umgang mit den Personalressourcen ein relevanter Einflussfaktor ist.

Auch die Beschaffenheit des Arbeitsumfeldes könnte eine mögliche Ursache für das Auftreten von „Missed Care“ sein (Lake et al., 2020). Andere Studien beschreiben das Arbeitsumfeld als einen Einflussfaktor für das vermehrte Auftreten von „Missed Care“ (Ball et al., 2016; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2019; Park et al., 2018; Saquer & AbuAIRub, 2018; Smith et al., 2018). Das Arbeitsumfeld als Einflussfaktor subsumiert sich aus verschiedenen Gegebenheiten, demnach ist er nicht differenziert darzustellen. Beispielhaft wird die Größe der Station thematisiert und damit auch die bestehende Kapazität einer Station (Kalisch et al., 2012). Aber auch die Schichten in denen das Pflegepersonal arbeitet, werden als Einflussfaktor definiert. Es wurde ein vermehrtes Auftreten von „Missed Care“ in Früh- und Spätschichten festgestellt (Ball et al., 2013; Ball et al., 2016; Blackman et al., 2015; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2019). Außerdem stellt Chapman et al. (2017) und Eskin Bacaksiz et al. (2020) fest, dass eine Arbeitszeit von mehr als acht Stunden pro Tag eine Unterlassung von Pflergetätigkeiten begünstigt.

Das zur Verfügung stehende Material, welches für die Durchführung von Pflergetätigkeiten benötigt wird, ist ein weiterer Faktor der es Pflerenden erschwert, Tätigkeiten auszuführen. Das Organisieren von fehlenden Materialien wird dabei von Pflerenden als hinderlich empfunden (Chapman et al., 2017; Cho et al., 2015; Kalisch & Williams, 2009 Saquer & AbuAIRub, 2018). Insbesondere fehlende Medikamente, welche eine sichere Versorgung des Patienten gewährleisten, kosten den Pflerenden Zeit und bedingen, dass zum Teil andere Tätigkeiten nicht mehr

ausgeführt werden können (Blackman et al., 2015; Bittner & Gravlin, 2009; Kalisch et al., 2011).

Als weiterer auslösender Faktor für das Auftreten von „Missed Care“ scheint die Dauer der Durchführung von Tätigkeiten zu sein. Dementsprechend werden pflegerische Tätigkeiten, welche einen geringeren Zeitaufwand bedürfen, häufiger ausgeführt als zeitaufwendige Tätigkeiten (Blackman et al., 2015; Kalisch, 2006; Gustafsson et al., 2020). Allerdings findet in diesem Kontext keine Benennung von Tätigkeit und dessen Zeitaufwand statt. Verrall et al. (2015) erweitert den Faktor des Zeitaufwandes und beschreibt diese Tätigkeiten als konkurrierend, insbesondere, wenn dadurch eine Unterbrechung der Pflegeroutine zustande kommt.

Aus der Forschungslage ist ein unzureichender Qualifikationsmix des Pflegepersonals für das Auftreten von „Missed Care“ identifizierbar. Dies ist hinderlich, wenn die Schichtbesetzung nicht dem Patientenbedarf entspricht (Kalisch, 2006; Verrall et al., 2015). Aber auch unerfahrenes Personal und inadäquate Einarbeitung scheinen einen Einfluss zu haben. Allerdings sind die Aussagen der Forschung diesbezüglich widersprüchlich. Ball et al. (2013) bestätigt, dass ein höheres Aufkommen von „Missed Care“, durch unzureichend qualifiziertes Personal bedingt wird. Wohingegen Gustafsson et al. (2020), Cho et al. (2015) noch kein signifikantes Ergebnis feststellen können.

Entscheidend könnte auch die Zusammenarbeit im interprofessionellen und multiprofessionellen Team sein. Ein gutes kollegiales Verhältnis bewirkt ein geringeres Auftreten von „Missed Care“ (Bittner & Gravlin, 2009; Chapman et al., 2017; Kalisch et al., 2012; Park et al., 2018; Recio-Saucedo et al., 2017; Saquer & AbuAlRub, 2018). Dabei scheint es durch fehlende oder unzureichende Kommunikation zum Auftreten von „Missed Care“ zu kommen. Dabei ist sowohl die Kommunikation im Team, als auch mit den Patienten entscheidend (Blackman et al., 2018; Bittner & Gravlin, 2009; Chapman et al., 2017; Cho et al., 2015; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Gustafsson et al., 2020; Kalisch & Williams, 2009; Kalisch et al., 2012).

Teil einer funktionierenden Zusammenarbeit im Team ist eine klare Aufgabenverteilung und ein Zuständigkeitsgefühl (Becker, 2016). Das Pflegepersonal gibt ein Vernachlässigen von Aufgaben an, welches durch eine unzureichende Delegation bedingt wird. Ergänzend dazu begünstigt eine fehlende Rückmeldung diese Problematik, sodass letztendlich nicht klar ist welche,

Tätigkeiten erledigt wurden. Kalisch (2006) und Bittner & Gravlin (2009) beschreiben die routinemäßige Delegation als schwierig und begünstigend für „Missed Care“, da der Delegationsvorgang in Bezug auf Verständlichkeit und Absprachen unklar verlaufen kann. Allerdings scheinen die anderen Studien dies als nicht relevant einzustufen. Ein viel entscheidenderer Punkt, der durch eine Delegation begünstigt wird, scheint, dass sie sich nicht mehr verantwortlich fühlen für bestimmte Tätigkeiten. Das Pflegepersonal gewöhnt sich an das Auftreten von „Missed Care“ und nutzt die Unwissenheit darüber, um mit der Problematik umgehen zu können (Kalisch 2006). Eine Pflegefachperson äußert sich im Interview mit Kalisch (2009, S.310): „We don't let ourself think about it. It's the way we cope. Underneath we don't feel about it.“

Es werden in den Studien weitere Faktoren als auslösend beschrieben. Diese sind jedoch nur vereinzelt und mit einem geringen Prozentsatz vertreten. Dazu zählen die Unzufriedenheit im Beruf (Blackman et al., 2015; Kalisch et al., 2012), aber auch die institutionellen Rahmenbedingungen, welche durch gesundheitspolitische Prozesse und Entscheidungen bedingt werden. Allerdings wurden diese nicht genauer in den Studien von Scott et al. (2019) und Scott et al. (2020) aufgeführt. Außerdem sollen die soziodemografischen Umstände einen Einfluss auf das Vorkommen von „Missed Care“ haben. Dazu nahmen Srulovici & Drach-Zahavy (2017) in ihrer Studie Stellung. Es fehlen weitere Forschungen, um diese Aussage zu unterstützen.

Kalisch et al. (2011) und Chapman et al. (2017) stellen fest, dass bestimmte Personaleigenschaften (weibliches, arbeitserfahrenes Pflegepersonal und während der Tagschicht arbeitend) zu einem höheren Report von „Missed Care“ führen.

Es zeigt sich, dass verschieden Faktoren für das Auftreten von „Missed Care“ entscheiden sein können. Allerdings ist es durchaus schwierig, diese getrennt voneinander zu betrachten, da sie parallel zu einander auftreten und sich gegenseitig bedingen. Es ist mehr Forschung zu den Ursachen von „Missed Care“ nötig, um die relevanten Faktoren genauer zu bestimmen.

4.4 Folgen von „Missed Care“

Um die Bedeutung von „Missed Care“ einzuschätzen, ist die Betrachtung der Auswirkungen, welche die nicht geleisteten Tätigkeiten mit sich bringen, notwendig.

Es wird im Zusammenhang mit „Missed Care“ vermehrt die Gewährleistung der Patientensicherheit in Frage gestellt. Es scheint Einbußen in der Patientensicherheit durch die Unterlassung von Pflegeleistungen zu geben (Ball et al., 2013; Cho et al., 2019; Labrague et al., 2019; Scott et al., 2020). Kalánková et al. (2020a) zählt das Auslassen von Pflegeinterventionen als einen der vier Hauptgründe für das Auftreten von Komplikationen bei Patienten während des Krankenhausaufenthaltes. Auch Recio-Saucedo (2017), Jones et al. (2015) und Zhu et al. (2019) stellen bei einem vermehrten Auftreten von „Missed Care“ ein erhöhtes Eintreten von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen bei Patienten fest.

Die ausgewählten Studien nutzten für die Ermittlung der Folgen Querschnittsstudien oder Fokusgruppen Interviews. Diese stellten die Erfahrungen, die das Pflegepersonal mit „Missed Care“ macht, fest. Allerdings sind die Folgen schwer voneinander abzugrenzen und durch verschiedene Faktoren bestimmt. Präzise Folgen von „Missed Care“ sind demnach nur schwer feststellbar und ein Teilaspekt von vielfältigen Prozessen.

In den Studien von Kalánková et al. (2020b) und Kalisch et al. (2014) konnten verstärkt Hautirritationen und Defekte, wie beispielsweise Dekubitus, festgestellt werden. Aber auch ein gehäuftes Auftreten von Sturzereignissen der Patienten wird verzeichnet. Fehler bei der Medikamentengabe treten verstärkt im Zusammenhang mit „Missed Care“ auf, da diese nicht noch einmal geprüft werden können. Als häufigste Komplikation werden Neuinfektionen, wie nosokomiale Infektionen, Harnwegsinfekte, Blutkreislaufinfektionen und Entzündungen des intravenösen Zuganges beschrieben (Kalánková et al., 2020b; Kalisch et al., 2014). Außerdem konnten Kalisch et al. (2014) ein vermehrtes trocken laufen und subkutan laufen der Infusionen feststellen.

„Missed Care“ wird im Zusammenhang mit einem erneuten Auftreten von Herzerkrankungen durch Brooks Carthon et al. (2015) untersucht. Diese stellen einen eindeutigen Zusammenhang her. Zu erwähnen ist jedoch, dass es sich bei dieser Studie um eine Sekundäranalyse von zwei verschiedenen Studien, welche in einen neuen Kontext gestellt wurden, handelt. Durch das Studiendesign sind die Erkenntnisse der Studie fraglich. Der Zusammenhang zwischen erneut auftretenden Herzerkrankungen und dem Auftreten von „Missed Care“ bedarf einer intensiveren Forschung.

Ball et al. (2018) untersucht die Sterblichkeitsrate bei postoperativen Patienten und stellte ein erhöhtes Risiko bei einem vermehrten Auftreten von „Missed Care“ fest. Allerdings fehlen auch in diesem Zusammenhang weitere Studienergebnisse.

Das Eintreten von Komplikationen ist nicht nur aus pflegerischer Perspektive zu betrachten und macht deshalb eine Ermittlung der spezifischen, durch die Pflege bedingten, Folgen schwierig. Allerdings zeigt sich, dass der Patient nicht die benötigte Versorgung bekommt, welche ihm zustünde (Kalisch et al., 2014).

Aus der Sicht des Pflegepersonals bedeutet ein Anstieg von „Missed Care“ und weniger Zeit für den Patientenkontakt eine Reduzierung der Pflegequalität. Diese kann kaum in dem vorgegeben Maße gewährleistet werden (Kalánková et al., 2020a). Diesen Zusammenhang stellen auch andere Studien fest und beschreiben Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung (Ball et al., 2013; Jones et al., 2015; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019).

Durch die Vernachlässigung von pflegerischen Tätigkeiten im Pflegealltag leidet der Aufbau einer guten Patienten-Pflegekraft-Beziehung. Dadurch kann eine patientenorientierte Pflege nur bedingt stattfinden (Cho et al., 2017; Gibbon & Crane, 2018; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020). Das spiegelt sich in der Patientenzufriedenheit wieder und stellt eine der häufigsten Folgen von „Missed Care“ dar (Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2020a; Recio-Saucedo, 2017; Zuhu et al., 2019).

Bei dem Pflegepersonal stellt sich, durch das nicht in der Lage sein, die vorgesehenen Tätigkeiten ausführen zu können, eine steigende Unzufriedenheit im Job und ein erhöhtes Bedürfnis den Beruf zu wechseln, ein (Cho et al., 2019; Jones et al., 2015; Saquer & AbuAlRub, 2018; Suhonen et al., 2018). Um dies zu bewältigen, findet eine Akzeptanz von „Missed Care“ statt und die Frustration stellt sich als Norm ein. Durch Routinen wie „Stationsrunden“ wird dieser Effekt noch verstärkt. In der Literatur wird dieses Verhalten auch als moralische Desensibilisierung bezeichnet (Gibbon & Crane, 2018; Scott et al., 2020). Es entsteht die Gefahr, dass die Pflege konzeptualisiert und demnach zu einer durch klar vorher festgelegte, strukturierte Abläufe geprägte Pflegepraxis wird, die wenig Zeit für Individualität lässt (Suhonen & Scott, 2018). In der Literatur wird der Verlust von Pflegewerten und dem Fürsorgeaspekt der Pflege im Zusammenhang mit „Missed Care“ stark diskutiert. Diese Entwicklung könnte durch die moralische Desensibilisierung entstehen (Bagnasco et al., 2017; Gibbon & Crane, 2018;

Labrague et al., 2019; Scott et al., 2019; Scott et al., 2020; Suhonen et al., 2018). Dies könnte laut Scott et al. (2020) zur Folge haben, dass in den nächsten Jahren eine Veränderung des Pflegebildes verursacht wird. Dabei könnte sich die Pflege zu einer weniger auf Werte basierten, inhumanen und unreflektierten Pflegepraxis entwickeln (Suhonen & Scott, 2018; Suhonen et al., 2018). Es ist offensichtlich, dass sich durch eben diese Prozesse eine Gefahr von Diskriminierung und Ungerechtigkeit im Patientenkontakt einstellen können. Somit besteht durch eine unreflektierte Priorisierung von pflegerischen Tätigkeiten und Patienten das Risiko, ethisch nicht mehr vertretbare Entscheidungen zu treffen (Suhonen & Scott, 2018). Eine ganzheitliche, patientenorientierte Pflege, welche auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst wird, steht unter dem Auftreten von „Missed Care“ in Gefahr. Dies zu realisieren, ist unter den gegebenen Arbeitsbedingungen nur schwer umzusetzen (Suhonen et al., 2018).

Es wird deutlich, dass die Folgen von „Missed Care“ bisher nur unzureichend erforscht sind und eine hohe Relevanz besteht, die Folgen vor deren verschlimmerten Eintreten festzustellen und sinnvolle Maßnahmen abzuleiten.

4.5 Lösungsansätze

Um wirksame Strategien zur Bewältigung und Prävention von „Missed Care“ zu entwickeln, ist eine ganzheitliche Betrachtung des Phänomens notwendig (Kalánková et al., 2020a). Somit kann die Messung von „Missed Care“, als ein Frühwarnindikator für ein bestehendes Risiko für Patient und Pflege, Hinweise auf die bestehende Pflegequalität geben (Ball et al., 2018). Dies kann zur Indikation für den Einsatz und Verbesserung von Maßnahmen genutzt werden.

Eine in der „Missed Care“-Forschung bereits diskutierte Maßnahme ist die klinische Supervision. Diese soll das Bewusstsein für das Auftreten von „Missed Care“ stärken. Außerdem fördert die klinische Supervision die Selbstkritik des Pflegepersonals und einen kritischen und sensiblen Umgang mit dem Auftreten von „Missed Care“. Des Weiteren bietet es die Möglichkeit, die Teamarbeit zu fördern und schafft einen Raum für Äußerung von Wertschätzung und Sorgen (Markey et al., 2020).

Kalisch et al., (2012) sehen die Förderung von Teamarbeit als Maßnahme, um das Auftreten von „Missed Care“ zu reduzieren. Sie vergleichen in ihrer Studie verschiedene Teams und das Vorkommen von „Missed Care“ miteinander. Dabei

entdeckenden sie einen Zusammenhang zwischen dem Rückgang von „Missed Care“ und einem positiv ausgeprägten Teamarbeitsgefühls.

Teil einer funktionierenden Teamarbeit ist eine erfolgreiche Delegation von Tätigkeiten. Dadurch kann das Zuständigkeitsgefühl, die Verbindung im Team und der Respekt untereinander gefördert werden (Gravlin & Phoenix Bittner, 2010).

Avallin et al. (2020) beschreiben in ihrer Studie den positiven Effekt von Kommunikation in der Reduzierung von „Missed Care“. Durch eine effektive Kommunikation mit dem Patienten wird der zwischenmenschliche Respekt gefördert. Außerdem kann das Pflegepersonal eher auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten eingehen, mit dem Patienten gemeinsam die Bedürfnisse feststellen und so den Schwerpunkt der Behandlung setzen. Demnach werden mit dem Patienten gemeinsam Prioritäten der erforderlichen Tätigkeiten gesetzt. Dafür sollte das Pflegepersonal für die Kommunikation mit dem Patienten zugänglich sein und zur Verfügung stehen. Entscheidend ist hierbei eine klare und deutliche Formulierung des Zeitraumes und Rahmens, in dem die Absprachen miteinander stattfinden können. Funktioniert die Kommunikation, kann bei dem Patienten ein ganzheitliches Gefühl für die Pflegemaßnahmen hergestellt werden und bewirkt eine Transparenz. Ohne dies bleibt ein möglicher Bedarf oder eben auch Nicht-Bedarf der Patienten unbemerkt und dementsprechend entsteht ein höheres Vorkommen von „Missed Care“ (Avallin et al., 2020).

Zunächst sind grundlegende gesundheitspolitische Entscheidungen entscheidend, um effektiv das Auftreten von „Missed Care“ zu vermeiden. Dafür sollten laut Ball et al. (2018) die Fähigkeiten von Krankenhäusern maximiert werden, um die erforderliche Patientenbetreuung zu gewährleisten.

Gibbon & Crane (2018) stellen fest, dass durch eine regelmäßige Überprüfung und Durchführung von Kontrollen im so genannten Vier-Augen-Prinzip, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von vernachlässigten Tätigkeiten reduziert wird. Durch das Fehlen eines explizierten Entscheidungsrahmens und Konzepte, die eine Priorisierung nachvollziehbar machen, sehen Scott et al. (2019), Scott et al. (2020) und Suhonen & Scott (2018) eine Möglichkeit im Ausbau des Entscheidungsprozesses und Begründungsrahmes, um „Missed Care“ Tätigkeiten transparenter und nachvollziehbar zu machen.

Ball et al. (2018) sieht in der Entwicklung und Weiterentwicklung von Richtlinien und Leitlinien für Pflegenden eine Lösung, um das Risiko für das Auftreten von „Missed

Care“ zu reduzieren. Hessels (2019) und Suhonen & Scott (2018) sprechen sich für eine Förderung der Weiterentwicklung und den Ausbau von Pflegestandards diesbezüglich aus.

Durch eine Förderung einer methodischen, reflektierten und realistischen Einschätzung von Pflegenden könnte das Bewusstsein für „Missed Care“ entwickelt und gestärkt werden (Bagnasco et al., 2017). Dafür ist es notwendig, die evidenzbasierte und ethische Pflege zu fördern (Scott et al., 2019; Scott et al., 2020).

Es wird deutlich, welche Herausforderungen das „Missed Care“-Phänomen für die Weiterentwicklung und Durchführung einer professionellen Pflegepraxis mit sich bringt (Suhonen et al., 2018). Es sollte das Bewusstsein von Pflegewerten und eine Stärkung der Pflege als Berufsgruppe ausgebaut werden (Labrague et al., 2019).

Um konkrete Maßnahmen zu entwickeln und deren Wirkung evident beurteilen zu können, ist weitere Forschung notwendig. Es muss das Verständnis, die Diskussion, sowie eine genaue Analyse der Thematik stattfinden, um konkrete Maßnahmen ableiten zu können (Chapman et al., 2017; Kalánková et al., 2020b; Scott et al., 2020; Suhonen & Scott, 2018; Verrall et al., 2015).

4.6 Konflikt der Verantwortungszuschreibung

Es ist laut Bittner & Gravlin (2009) ein Zuschreiben der Verantwortlichkeit für das Auftreten von „Missed Care“ noch schwer feststellbar und unklar. Dies könnte an der noch weitestgehend geringen Erforschung der philosophischen und ethischen Aspekte des Auftretens von „Missed Care“ liegen. Scott et al. (2019) und Suhonen & Scott (2019) erachten eine genauere Betrachtung als notwendig, um die Verantwortung für nicht durchgeführte pflegerische Tätigkeiten zu bestimmen. Entscheidend für das Auftreten von „Missed Care“ ist die Priorisierung. Priorisierung bedeutet nach Garphenby (2003, In: Preusker 2004, S.16), dass die „bewusste Wahl, bei der erwogene Alternativen nach bewusst gewählten Kriterien in eine Rangordnung gesetzt werden“. Die Schuldzuschreibung für „Missed Care“ ist insofern schwierig, als, dass die bisher getroffenen Entscheidungen blind oder bewusst ablaufen, jedoch der Entscheidungsrahmen nicht nachvollziehbar und feststellbar ist (Suhonen & Scott, 2019). Es handelt sich nach der Definition von Garphenby zwar um eine, durch festgelegte Kriterien, erfolgte Priorisierung der pflegerischen Tätigkeiten, diese ist aber nicht allgemeingültig. Labrague et al.

(2019) spricht in dem Zusammenhang von einer persönlichen Beeinflussung der Entscheidung von Pflegenden und stellt dies als fragwürdig dar. Auch Scott et al. (2019) und Suhonen & Scott (2019) machen deutlich, dass derzeit das Stattfinden oder nicht Durchführen von Pflegeleistungen der Pflege selbst überlassen wird. Allerdings wird die Kritik geäußert, dass die Strukturen in denen diese Entscheidungen stattfinden von den Institutionen vorgegeben werden. Hier kann es zu Konflikten beiderseits kommen, was eine nachvollziehbare Priorisierung erschwert. Ursächlich hierfür ist, der mögliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten von „Missed Care“ und ökonomischen und ethischen Entscheidungen auf Seiten der Institution (Scott et al., 2019).

Scott et al. (2019) beschreibt das Konzept der Ressourcenzuteilung grundlegend als neutral. Problematisch ist, dass die Entscheidung für, beziehungsweise gegen das Ausführen einer Tätigkeit durch viele Faktoren beeinflusst wird. Dies macht eine Klärung der Verantwortung schwierig (Kearns, 2020).

Kearns (2020) begründet diese Aussage mit dem „Out implies can“-Prinzip. Dieses besagt, dass durch die individuellen Kapazitäten einer Person ein moralisches Urteil erschwert sein kann. Da in dem Fall die Entscheidung von der persönlichen Leistungskapazität einer Person abhängt, ist die Verantwortungsbestimmung kaum möglich und fair zutreffen. Allerdings rechtfertigt diese Erklärung auch keine unbegründet durchgeführte Rangfolge von Tätigkeiten (Kearns, 2020). Es wird deutlich, wie notwendig eine Prüfung der Entscheidungsprozesse von Pflegeleistungen ist und wie dies im Zusammenhang mit „Missed Care“ steht, um eine Priorisierung abzuleiten (Suhonen & Scott, 2018; Suhonen et al., 2018).

Auf der Grundlage des Grundgesetzes, welches Allgemeingültigkeit hat, stellt sich ein grober Rahmen, in dem das pflegerische Handeln stattfinden sollte. Im Artikel 2 Absatz 1 GG heißt es, dass jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat. Daraus lässt sich ableiten, dass jedem Patienten eine pflegerische Versorgung zusteht und er dementsprechend ein Grundrecht auf eine pflegerische Versorgung hat. Unter Heranziehung des Gleichheitsgrundsatzes im Artikel 3 GG, zeigt sich, dass ein diskriminierendes und unrechtmäßiges Verhalten keinen Einfluss auf den Entscheidungsprozess von den Akteuren im Gesundheitssystem, so auch der Pflegenden haben sollte. Dementsprechend ist die Unterlassung von pflegerischen Tätigkeiten nur unter Wahrung dieser drei Gesetze

gerechtfertigt. Dies könnte entscheidend für die Verantwortungszuschreibung sein. Allerdings müsste die Forschung diesbezüglich in Zukunft weiter vertieft werden.

5 „Missed Care“ und/ oder eine professionelle Pflegepraxis

Um die Auswirkungen von „Missed Care“ auf den theoretischen Anspruch von Pflege zu identifizieren, wird im folgenden Verlauf versucht, die theoretischen Vorgaben aus Gesetz, Pflegeforschung, Pflegeprofession und Ethikkodex zusammenzuführen.

Es wird von dem Pflegepersonal gefordert, „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“ (ICN, 2002). Henderson (1955) definiert in ihrer Pflegetheorie die pflegerischen Tätigkeiten genauer und macht eine Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege. Dabei obliegt die Verantwortung für das Ausführen der Grundpflege einzig dem Pflegepersonal. Behandlungspflegeleistungen hingegen sind assistierend und unterstützend wirkende Tätigkeiten. Henderson (1977, S.10) sagt:

„Das ist der Bereich schwesterlicher Tätigkeiten, der ihrer alleinigen Kontrolle unterliegt und in der sie ihr eigener Meister ist. [...] Als Mitglied der medizinischen Arbeitsgruppen unterstützt sie die anderen Mitglieder bei ihrer Tätigkeit, wie diese auch ihr bei der Planung und Abwicklung des gesamten Programmes bestehen [...]. Keiner der Beteiligten darf so große Anforderungen an andere stellen, daß eigene Aufgaben darüber zu kurz kommen.“

In der Praxis zeigt allerdings die „Missed Care“-Forschung, dass scheinbar die Grundpflege wie das Mobilisieren des Patienten (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Labrague et al., 2018; Saquer & AbuAlRub, 2018), das Anreichen von Mahlzeiten (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Cho et al., 2019; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Saquer & AbuAlRub, 2018), die Mundpflege (Bittner & Gravlin, 2009; Chapman et al., 2017; Cho et al., 2015; Cho et al., 2019; Gibbon & Crane, 2018; Gravlin & Phoenix Bittner, 2010; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2014; Park et al., 2018; Saquer & AbuAlRub, 2018; Smith et al., 2018), aber auch die therapeutische Pflege, die psychologische Betreuung und die Patientenedukation (Blackman et al., 2018; Jones et al., 2015; Labrague et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019) vermehrt vernachlässigt werden. Auch treten vermehrt Komplikationen auf, was das Gewährleisten einer umfassenden Patientensicherheit infrage stellt (Ball et al., 2013; Cho et al., 2019; Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2020a; Kalánková et al., 2020b; Kalisch et al., 2014; Labrague et al., 2019; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020; Zhu et al., 2019).

Diese, ausschließlich der Pflegeprofession vorenthaltenen, Tätigkeiten werden auch im §4 des PflGB beschrieben. Hingegen werden medizinische und klinische Tätigkeiten einem höheren Stellenwert zugeordnet und eher durchgeführt. Dazu zählen Tätigkeiten wie die Kontrolle der Vitalzeichen (Blackman et al., 2018; Cho et al., 2015; Gibbon & Crane, 2018; Kalisch et al., 2011; Smith et al., 2018; Zhu et al., 2019), und die Gabe von Medikamenten (Eskin Bacaksiz et al., 2020; Blackman et al., 2018; Cho et al., 2019; Griffiths et al., 2018; Park et al., 2018; Zhu et al., 2019). Diese Vorgehensweise spricht eindeutig gegen den theoretischen Anspruch der professionellen Pflege.

Pflegerische Tätigkeiten sollen anhand des bestehenden Bedarfes des Patienten individuell ermittelt werden. (Nightingale, 2018; Henderson, 2006). Der Pflegebedarf ist mit den bestehenden Interessen des Patienten Teil der patientenorientierten Pflege. Der ICN (2002) definiert die Gestaltung einer patientenorientierten Pflege als die Schlüsselaufgabe der Pflege. Es ist von hoher Bedeutung, dem Patienten gegenüber vorurteilsfrei zu bleiben, sowie eine Gleichberechtigung in der Verteilung der persönlichen Ressourcen zu gewähren. Dies schreibt nicht nur das PflGB und der Ethikkodex vor, sondern ist auch im Grundgesetz verankert. Allerdings zeigt sich an den Folgen, welche durch ein vermehrtes Auftreten von „Missed Care“ entstehen, dass eine patientenorientierte Pflege in vielen Fällen nicht gewährleistet werden kann (Cho et al., 2017; Gibbon & Crane, 2018; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020). In einer unbedachten und unreflektierten Verteilung der Ressourcen besteht die Gefahr von Diskriminierung und Ungerechtigkeit dem Patienten gegenüber (Suhonen & Scott, 2018).

Durch unzureichende Kommunikation (Griffiths et al., 2018; Labrague et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019), einem erhöhten Durchführen von Tätigkeiten mit einem geringeren Zeitaufwand (Blackman et al., 2015; Kalisch, 2006; Gustafsson et al., 2020), sowie das Unterlassen der Grundpflege und therapeutischen Pflege (Bagnasco et al., 2020; Gustafsson et al., 2020; Suhonen et al., 2018), liegt es nahe, dass Pflege unter diesen Bedingungen wenig patientenorientiert sein kann. Außerdem bedingt dies Einschränkungen im Aufbau einer Patienten-Pflegekraft-Beziehungen (Cho et al., 2017; Gibbon & Crane, 2018; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020).

Die Erfassung der Patientenbedürfnisse bildet die Grundlage für den Pflegeprozess. Dieser soll geplant und erarbeitet werden und somit als Strukturierung der

auszuführenden Tätigkeiten dienen. (Bartholomeyczik, 2004; Henderson, 2006). Durch das Auftreten von „Missed Care“ und der bestehenden Theorie-Praxis-Differenz entsteht eine damit einhergehende Frustration in der Pflege. Des Weiteren lastet auf der Pflege ein starker Druck. Dadurch besteht die Gefahr einer Konzeptualisierung und eines nicht auf den individuellen Bedarf des Patienten angepassten Pflegeprozesses (Suhonen & Scott, 2018). Ein solches Durchführen von pflegerischen Tätigkeiten begünstigt unverantwortbare, wahllose Entscheidungen. (Bagnasco et al., 2017; Gibbon & Crane, 2018; Labrague et al., 2019; Scott et al. 2019; Scott et al., 2020; Suhonen et al., 2018) Henderson (2006) fordert hingegen das willkürliche Ausführen von Tätigkeiten zu verhindern und sieht dies als Gefährdung der pflegerischen Profession. Allerdings ist es schwer nachvollziehbar, ob die unterlassenen Tätigkeiten willkürlich durchgeführt werden oder zuvor im Pflegeprozess geplant wurden, da die, in der Pflegepraxis stattfindenden, Entscheidungsprozesse noch kaum erforscht sind.

Es liegt nahe, dass ein unreflektiertes und unbegründetes Treffen von Entscheidungen Einbußen in der Qualität der Pflege bewirken könnte. Das wissenschaftliche Fundierte Arbeiten und die Aufrechterhaltung der Pflegequalität ist Teil der im §4 PflGB und §5 PflGB festgelegten Aufgaben der Pflegenden. Demnach soll das Handeln analysiert, hinterfragt, bewertet und weiterentwickelt werden. Dies wird im §37 PflGB für die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen noch erweitert. Es wird eine kritische Auseinandersetzung von Pflegenden bezüglich ihrer Arbeits- und Entscheidungsprozesse gefordert. Die Forschung von „Missed Care“ zeigt, dass Einbußen in der Qualität der Pflege hervorgerufen werden (Ball et al., 2013; Jones et al., 2015; Recio-Saucedo, 2017; Scott et al., 2020; Suhonen et al., 2018; Zhu et al., 2019). Durch die Priorisierung der medizinisch, klinischen Tätigkeiten (Bagnasco et al., 2020; Gustafsson et al., 2020; Suhonen et al., 2018), besteht die Gefahr, dass die Pflege vermehrt im Auftrag der Medizin und weniger autonom arbeitet. Diese Entwicklung würde die Pflegewerte gefährden und womöglich die Pflegepraxis immens verändern. Ein unreflektiertes und wahlloses Ausführen von Tätigkeiten, sowie das Setzen von Prioritäten, bedeuten eine weniger wertebasierte, inhumane, unreflektierte Pflegepraxis (Suhonen & Scott, 2018; Suhonen et al., 2018).

Die Diskrepanz zwischen dem gestellten Anspruch und der Möglichkeit, diesen auch in der Praxis umzusetzen, wird deutlich. Der §5 PflGB schreibt ein Handeln

nach einer professionellen Ethik vor und auch der Ethikkodex des ICN fordert gleichberechtigtes und vorurteilsfreies Handeln. Dies ist jedoch ohne einen vorgegebenen Entscheidungsrahmen und ohne definierte Kriterien für eine fundierte Entscheidung scheinbar unmöglich. Die Maßnahmen, um die „Missed Care“-Problematik zu bewältigen und eine ethisch vertretbare Pflege zu gewährleisten, sind noch relativ unerforscht. Es fehlen Leitlinien und Handlungsstränge, welche „Missed Care“ miteinbeziehen (Ball et al., 2018; Hessels, 2019; Suhonen & Scott, 2018).

Die ärztliche Profession scheint in der Debatte zur Ressourcenknappheit und zu Priorisierungsentscheidungen schon deutlich weiter zu sein. Die Ethikkommission der zentralen Ärztekammer hat sich mit der Thematik wissenschaftlich auseinandergesetzt. So heißt es in der Stellungnahme (Zentrale Ethikkommission 2007, S.2):

„Aufgrund der besonderen Bedeutung des Gutes „Gesundheit“ für das Wohlergehen und die Selbstbestimmung des Einzelnen sowie die Chancengleichheit in der Gesellschaft sollten sich Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen primär an ethischen und rechtlichen und nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Maßstäben orientieren.“

Die Erkenntnisse, sowie der bereits festgelegte Entscheidungsrahmen der zentralen Ärztekammer könnten auch für die Pflege, insbesondere in der „Missed Care“-Debatte von Bedeutung sein. Die dort definierten Kriterien begründen ein faires Verfahren, welches aus verfassungsrechtlicher Sicht begründbar ist (Zentrale Ethikkommission, 2007).

Es scheint eine Notwendigkeit zu bestehen, unausweichliche Kriterien für die Priorisierung von Pflegetätigkeiten festzulegen. Strech (2011) stellt dazu die These auf, dass festgelegte Kriterien die Entscheidungsprozesse von Pflegenden nachvollziehbar, transparent, konsistent und begründbar machen könnten.

Der Ausbau der Professionalisierung der Pflege scheint notwendig, um evidenzbasierte und ethisch vertretbare Begründung von pflegerischen Tätigkeiten sicherzustellen und diese nach festgelegten Kriterien zu priorisieren. Allerdings fehlen aussagekräftige Forschungen bezüglich „Missed Care“ und der Priorisierung von Pflegetätigkeiten, sowie die Aufklärung der Pflegenden über diese Thematik. Es scheint notwendig, um Folgen, welche durch „Missed Care“ auftreten, zu vermeiden und eine Stärkung der Pflege und dessen Bedeutung im

Versorgungsprozess zu bewirken. Das stellt die Pflege vor eine neue Herausforderung, bietet aber gleichzeitig auch Möglichkeiten Konzepte, Leitlinien und Maßnahmen für eine Priorisierung und gegen das Auftreten von „Missed Care“ zu entwickeln.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Auf Grundlage einer empirischen Untersuchung strebte die vorliegende Arbeit an, den aktuellen Forschungsstand, sowie die Problematik von „Missed Care“ zu identifizieren. Dabei sollten übersichtlich die pflegetheoretischen Grundlagen dargestellt werden, um den theoretischen Anspruch und die Aufgaben der Pflege zu umreißen. Miteinbezogen wurde dafür die gesetzliche Grundlage, der Versuch die professionelle Pflege zu definieren und schlussendlich die pflegetheoretische Perspektive. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf den Ergebnissen der Literaturrecherche. Diese wurden kategorisiert dargestellt und beleuchten „Missed Care“ umfassend. In der Diskussion wurde versucht, ein Zusammenhang zwischen den theoretischen Anforderungen an die Pflege und dem „Missed Care“ Phänomen darzustellen, um die anfangs gestellte Frage: *„Welche Auswirkungen hat „Missed Care“ auf den theoretischen Anspruch an eine professionelle Pflege im klinischen Setting“* zu beantworten.

Die Ergebnisse der Auseinandersetzung zeigen, dass „Missed Care“ eine aktuelle und internationale Problematik darstellt. Die Forschung beschreibt ein vermehrtes Vernachlässigen von grundpflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und edukativen Tätigkeiten. Anhand der Auseinandersetzung mit der „Missed Care“-Thematik kann darauf geschlossen werden, dass medizinischen Tätigkeiten scheinbar eine stärkere Bedeutung zugeschrieben wird.

Es wird deutlich, dass eine patientenorientierte, individuelle Pflege gefährdet wird, wenn eine Priorisierung von Tätigkeiten ohne einen vorgehenden Entscheidungsrahmen stattfindet. Außerdem begünstigt das Vorkommen von „Missed Care“ Einbußen in der Pflegequalität und eine moralische Desensibilisierung des Pflegepersonals.

Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass eine konzeptualisierte und auf medizinische Tätigkeiten konzentrierte Pflege eine Gefährdung der Pflegeprofession und Abwertung des theoretischen Anspruches bewirken könnte. Demnach bedeutet die Aufwertung der Pflegeprofession nicht, dass die Pflege mehr Aufgaben mit einer scheinbar höheren Relevanz übernehmen sollte. Stattdessen müssten die bereits durch den theoretischen Rahmen festgelegten Tätigkeiten an Bedeutung gewinnen.

Demzufolge kann eine Entwicklung von Entscheidungsrahmen, Leitlinien und Konzepten helfen, um evidenzbasierte, begründete und professionelle Entscheidungen zu treffen. Allerdings sind langfristig die Veränderungen der Rahmenbedingungen, unter denen die Pflegepraxis stattfindet, notwendig, um „Missed Care“ entgegenzuwirken.

Diese Arbeit hat einen Forschungsbeitrag zur Ergründung von vernachlässigten Pflegeleistungen, deren Ursachen, Auswirken, sowie Bedeutung geleistet und in einen theoretischen Kontext gesetzt. Die Ergebnisse sind ein Ansatz für weitere Forschung, welche eine hohe Relevanz hat. Demnach wäre eine intensivere Auseinandersetzung mit den bestehenden Pflege-theorien unter Berücksichtigung von „Missed Care“ interessant, um die Bedeutung, sowie Lösungsansätze für zukünftige Forschungen zu ermitteln.

7 Limitationen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist Limitierungen auf, diese werden im folgenden Abschnitt benannt.

Auf inhaltlicher Ebene mussten aus Gründen des Umfangs dieser Arbeit Einschränkungen vorgenommen werden. Somit wurden die Aufgaben und der theoretische Anspruch der Pflege nur angeschnitten und vermitteln einen zusammenfassenden Überblick. Das bewirkt Limitationen in der Diskussion, welche die Problematik nur anschnidet.

Die wesentlichste Limitation der Arbeit ergibt sich aus der Recherchestrategie, die durch die verwendeten MeSH-Terms eine Einschränkung der Suchergebnisse bewirkt. Dies wurde bereits ausführlicher in der Methodik erläutert. Außerdem wurden nur zwei Datenbanken für die systematische Recherche verwendet. Die Ergebnisse der Recherche zeigen wie umfassend die „Missed Care“-Thematik ist. In diesem Zusammenhang wäre eine nähere Betrachtung der einzelnen Ergebniskategorien sinnvoll gewesen. Auch eine Prüfung der Studien, auf Grundlage eines Bewertungsassessments, würde die Evidenz und Aussagekraft dieser Arbeit verstärken. Dies war allerdings auf Grund der Begrenzung durch Zeit und Umfang nicht möglich.

Dennoch wird das Ziel dieser Arbeit erfüllt, in dem die Autorin einen aufschlussreichen Überblick über die gegenwärtige Forschungslage gibt und über „Missed Care“ aufklärt. Es konnte der Arbeit entsprechend ein kontrastreiches Bild von „Missed Care“ dargestellt werden. Dennoch lässt die „Missed Care“-Thematik Raum für eine intensivere Auseinandersetzung unter Berücksichtigung verschiedener Blickwinkel. Aufschlussreich wäre zudem eine Befragung der Pflegenden in Deutschland gewesen, um den tatsächlichen Wissensstand über die Thematik sowie deren Dringlichkeit zu ermitteln.

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, den 03.06.2020

(Maria Jahne)

Literaturverzeichnis

- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of Nursing Management*, jonm.12963. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Galanti, C., Varone, G., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., & Sasso, L. (2020). Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 347–369. <https://doi.org/10.1111/jocn.15089> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Bagnasco, A., Timmins, F., de Vries, J. M. A., Aleo, G., Zanini, M., Catania, G., & Sasso, L. (2017). Understanding and addressing missed care in clinical placements—Implications for nursing students and nurse educators. *Nurse Education Today*, 56, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.015> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., & Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2086–2097. <https://doi.org/10.1111/jan.12976> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Bartholomeyczik, S. (2004). Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. *Printernet*, 7–8, 389–395.
- Bartholomeyczik, S. (2011). Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In: Schaeffer, D., & Wingenfeld, K. (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft* (Neuausg) . Juventa-Verl.
- Becker, F. (2016). *Teamarbeit, Teampsychologie, Teamentwicklung: So führen Sie Teams!* (1. Auflage). Springer.

- Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical Thinking, Delegation, and Missed Care in Nursing Practice: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(3), 142–146. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31819894b7> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., Abery, E., & Harvey, C. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1–2), 47–56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Blackman, I., Lye, C. Y., Darmawan, I. G. N., Henderson, J., Giles, T., Willis, E., Toffoli, L., Xiao, L., & Verrall, C. (2018). Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 178–188. <https://doi.org/10.1111/wvn.12285> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Brooks Carthon, J. M., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & Kutney-Lee, A. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 24(4), 255–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003346> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1–2), 170–181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13433> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Cho, S., Lee, J., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12803> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Cho, S.-H., Kim, Y.-S., Yeon, K. N., You, S.-J., & Lee, I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care: Nurse staffing and missed nursing care. *International Nursing Review*, 62(2), 267–274. <https://doi.org/10.1111/inr.12173> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Cho, Sung-Hyun, Mark, B. A., Knaf, G., Chang, H. E., & Yoon, H.-J. (2017). Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care: Nurse Staffing and Patients' Experiences. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 347–355. <https://doi.org/10.1111/jnu.12292> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 163–165. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.09.003> [abgerufen am: 31.03.2020]

- Dabney, B. W., Kalisch, B. J., & Clark, M. (2019). A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Applied Nursing Research*, 50, 151202. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist.
- Dunkel, W. & Wehrich M. (2010). Arbeit als Interaktion. In: Böhle, F., Voß, G. G., & Wachtler, G.. *Handbuch Arbeitssoziologie* (S. 177-200). VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92247-8> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Eskin Bacaksiz, F., Alan, H., Taskiran Eskici, G., & Gumus, E. (2020). 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. *Journal of Nursing Management*, jonm.12999. <https://doi.org/10.1111/jonm.12999> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Gibbon, B., & Crane, J. (2018). The impact of ‘missed care’ on the professional socialisation of nursing students: A qualitative research study. *Nurse Education Today*, 66, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.002> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Gravlin, G., & Phoenix Bittner, N. (2010). Nurses’ and Nursing Assistants’ Reports of Missed Care and Delegation: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 329–335. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181e9395e> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & the Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546) geändert worden ist.
- Gustafsson, N., Leino-Kilpi, H., Prga, I., Suhonen, R., & Stolt, M. (2020). Missed Care from the Patient’s Perspective – A Scoping Review. *Patient Preference and*

- Adherence, Volume 14*, 383–400. <https://doi.org/10.2147/PPA.S238024> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing* (5.). Macmillan.
- Henderson, Virginia. (2006). The concept of nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x> [abgerufen am: 12.05.2020]
- Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events: *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 287–294. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378> [abgerufen am: 31.03.2020]
- ICN. (2002). *Nursing Definitions*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitons> [abgerufen am: 12.05.2020]
- International Council of Nurses, & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskefören.
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J., & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). <http://www.dip.de> [abgerufen am: 23.01.2020]
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2016). *Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Schattauer.
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Josuks, H. (2018). Die Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Rogall-Adam, R., Josuks, H., Adam, G., & Schleinitz, G.. *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management: Ein praxisnaher Leitfaden* (3., aktualisierte Auflage). Schlütersche.
- Kalánková, D., Kirwan, M., Bartoníčková, D., Cubelo, F., Žiaková, K., & Kurucová, R. (2020a). Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, jonm.12978. <https://doi.org/10.1111/jonm.12978> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalánková, D., Suhonen, R., Stolt, M., Kurucová, R., Katajisto, J., Žiaková, K., & Gurková, E. (2020b). Psychometric testing of perceived implicit rationing of nursing

- care (PIRNCA). *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1469–1482. <https://doi.org/10.1111/jan.14351> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J., Gosselin, K., & Choi, S. H. (2012). A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care: *Health Care Management Review*, 37(4), 320–328. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e318249727e> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H., & Friese, C. R. (2011). Hospital Variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kalisch, B. J., Xie, B., & Dabney, B. W. (2014). Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415–422. <https://doi.org/10.1177/1062860613501715> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Kearns, A. J. (2020). “Ought implies can” & missed care. *Nursing Philosophy*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/nup.12272> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Labrague, L. J., De los Santos, J. A. A., Tsaras, K., Galabay, J. R., Falguera, C. C., Rosales, R. A., & Firmo, C. N. (2019). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, jonm.12894. <https://doi.org/10.1111/jonm.12894> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Lake, E. T., Riman, K. A., & Sloane, D. M. (2020). Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *Journal of Nursing Management*, jonm.12970. <https://doi.org/10.1111/jonm.12970> [abgerufen am: 31.03.2020]

- Markey, K., Murphy, L., O'Donnell, C., Turner, J., & Doody, O. (2020). Clinical supervision: A panacea for missed care. *Journal of Nursing Management*, jonm.13001. <https://doi.org/10.1111/jonm.13001> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Marschall, J., Hildebrandt-Heene, S., Sydow, H., & Nolting, H.-D. (2017). *Update: Schlafstörungen* (A. Storm, Hrsg.). medhochzwei Verlag GmbH.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> [abgerufen am: 12.05.2020]
- Müller, K. (2018). Handlungskonzept und Haltung in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, C., Lademann, J., & Müller, K.. *Moderne Pflege heute: Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben* (1. Auflage) (S. 87- 103). Verlag W. Kohlhammer.
- Nightingale, F. (2018). *Notes on nursing*.
- Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730. <https://doi.org/10.1111/jnu.12434> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Pfadenhauer, M., & Sander, T. (2010). Professionssoziologie. In G. Kneer & M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Spezielle Soziologien* (S. 361–378). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92027-6_20 [abgerufen am: 12.05.2020]
- Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S: 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020 (BGBl. I S.66) geändert worden ist.
- Preusker, U. K. (2004). Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? *G+G Wissenschaft*, 16–22. http://www.wido.de/fileadmin/Datein/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/ido_ggw_0204_Preusker.pdf [abgerufen am: 21.05.2020]
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058> [abgerufen am: 31.03.2020]

- Saqer, T. J., & AbuAlRub, R. F. (2018). Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2887–2895. <https://doi.org/10.1111/jocn.14380> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Sasso, L., Bagnasco, A., Aleo, G., Catania, G., Dasso, N., Zanini, M. P., & Watson, R. (2017). Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: The potential impact on missed care. *BMJ Quality & Safety*, 26(11), 929–932. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006622> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege – Verheißung und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(5–6), 30–37. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-5-6-30> [abgerufen am: 21.05.2020]
- Scott, P Anne, Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., Christiansen, K., Toffoli, L., & Papastavrou, E. (2019). Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics*, 26(5), 1528–1539. <https://doi.org/10.1177/0969733018759831> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Scott, Philomena Anne, Suhonen, R., & Kirwan, M. (2020). Missed care, care left undone: Organization ethics and the appropriate use of the nursing resource. *Nursing Philosophy*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/nup.12288> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E., & Lake, E. T. (2018). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Smith, S., Lapkin, S., Sim, J., & Halcomb, E. (2020). Nursing care left undone, practice environment and perceived quality of care in small rural hospitals. *Journal of Nursing Management*, jonm.12975. <https://doi.org/10.1111/jonm.12975> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19(1), 45–51. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.1.45> [abgerufen am: 12.05.2020]
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003> [abgerufen am: 31.03.2020]

- Steppe, H. (2000). Zur Situierung und Bedeutung von Pflege-theorien in der Pflegewissenschaft. *Pflege*, 13(2), 91–98.
- Strech, D. (2011). Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen—Status quo und Perspektiven. In P. Hensen & C. Kölzer (Hrsg.), *Die gesunde Gesellschaft* (S. 51–61). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92818-0_2 [abgerufen am: 20.05.2020]
- Suhonen, R., & Scott, P. A. (2018). Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics*, 25(5), 549–551. <https://doi.org/10.1177/0969733018790837> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorsen, K., Harvey, C., Toffoli, L., & Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Verrall, C., Abery, E., Harvey, C., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., & Blackman, I. (2015). Nurses and midwives perceptions of missed nursing care – A South Australian study. *Collegian*, 22(4), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.001> [abgerufen am: 31.03.2020]
- Zentrale Ethikkommission. (2007). *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenersicherung (GKV) Langfassung*. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf> [abgerufen am: 21.05.2020]
- Zhu, X., Zheng, J., Liu, K., & You, L. (2019). Rationing of Nursing Care and Its Relationship with Nurse Staffing and Patient Outcomes: The Mediation Effect Tested by Structural Equation Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1672. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101672> [abgerufen am: 31.03.2020]

Anhang

Anhang 1: Systematische Literaturrecherche PubMed, 23.01.2020

Suchnummer	Suchbegriff	Trefferzahl
#1	„missed care“	171
#2	„rationed care“	17
#3	#1 OR #2	188
#4	hospital	4837962
#5	clinic	622846
#6	#4 OR #5	5220681
#7	nurs*	943216
#8	#3 AND #6 AND #7	116

Anhang 2: Systematische Literaturrecherche PubMed, 31.03.2020

Suchnummer	Suchbegriff	Trefferzahl
#1	„missed care“	195
#2	„rationed care“	19
#3	#1 OR #2	206
#4	hospital	5135227
#5	clinic	6448957
#6	#4 OR #5	9486995
#7	nurs*	963499
#8	#3 AND #6 AND #7	136

Anhang 3: Systematische Literaturrecherche Cinahl, 31.03.2020

Suchnummer	Suchbegriff	Trefferzahl
#1	„missed care“	888
#2	„rationed care“	56
#3	#1 OR #2	932
#4	hospital	494229
#5	clinic	114046
#6	#4 OR #5	584543
#7	nurs*	906556
#8	#3 AND #6 AND #7	188

Anhang 4: Übersicht der miteinbezogenen Studien

Autor, Jahr, Land	Titel
Avallin et al., 2020, Schweden,	“Using communication to manage missed care: a case study applying the Fundamentals of Care framework“
Eskin Bacaksiz et al., 2020, Türkei	“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”
Bagnasco et al., 2020, Italien	“Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients’ perspectives“
Bagnasco et al., 2017, Italien, Irland	“Understanding and addressing missed care in clinical placements - Implications for nursing students and nurse educators”
Ball et al., 2013 Groß Britanien	“‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care”
Ball, 2018, Schweden, Groß Britanien, USA,	“Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study“
Ball et al., 2016, Schweden	“A cross sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals”

Blackman et al., 2015, Australien	“Factors influencing why nursing care is missed”
Blackman et al., 2018, Australien	“Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice”
Gravlin & Phoenix Bittner, 2009, USA	“Critical Thinking, Delegation, and Missed Care in Nursing Practice”
Brooks Carthon et al., 2015, USA	“The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals”
Chapman et al., 2017, Australien	“Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals”
Cho et al., 2015, Korea	“Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care“
Cho et al., 2017, Korea	“Relationships Between Nurse Staffing and Patients’ Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care”
Cho et al., 2019, Korea	“Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes“
Dabney et al., 2019, USA	„A revised MISSCARE survey: Results from pilottesting“
Gibbon & Crane, 2018, Groß Britannien	“The impact of ‘missed care` on the professional socialisation of nursing students: A qualitative research study”
Gravlin & Phoenix Bittner, 2010, USA	“Nurses’ and Nursing Assistants’ Reports of Missed Care and Delegation”
Griffiths et al., 2018, Groß Britannien	“The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review”
Gustafsson et al., 2020, Finnland	“Missed Care from the Patient’s Perspective – A Scoping Review”

Hessels, 2019, USA	“Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events”
Jones et al., 2015, USA	“Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of The science review”
Kálanková et al, 2020a, Slowakei	“Psychometric testing of perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA)”
Kálanková et al., 2020b, Slowakei	“Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes”
Kalisch, 2006, USA	„Missed Nursing Care“
Kalisch & Williams, 2009, USA	“Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care”
Kalisch et al., 2011, USA	“Hospital Variation in Missed Nursing Care”
Kalisch & Gosselin & Choi, 2012, USA	“A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care“
Kalisch et al., 2009, USA	“Missed nursing care: a concept analysis”
Kalisch et al., 2014, USA	“Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events”
Labrague et al., 2019, Philippinen	“The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study”
Lake et al., 2020, USA	“Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study”
Markey et al., 2020, Irland	“Clinical supervision: a panacea for missed care”
Park et al., 2018, USA	“Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care”
Recio-Saucedo, 2018, Groß Britanien	“What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature”

Saquer & AbuAlRub, 2018, Jordan	“Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses”
Sasso, 2017, Italien	“Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care”
Scott et al., 2019, Irland	“Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper“
Scott et al., 2020, Irland	“Missed care, care left undone: Organization ethics and the appropriate use of the nursing resource”
Smith et al., 2018, USA	„Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care”
Smith et al., 2020, Australien	„Nursing care left undone, practice environment and perceived quality of care in small rural hospitals”
Srulovici & Drach-Zahavy, 2017, Israel	„Nurses 'personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study”
Suhonen & Scott, 2018, Irland	“Missed care: A need for careful ethical discussion“
Suhonen et al., 2018, Finnland	Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review
Verrall et al., 2015, Australien	“Nurses And midwives perceptions of Missed nursing care“
Zhu et al., 2019, China	“Rationing of Nursing Care and Its Relationship with Nurse Staffing and Patient Outcomes: The Mediation Effect Tested by Structural Equation Modeling”