

# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Missed Nursing Care: Erleben von Studierenden  
der Gesundheits- und Krankenpflege im akutstationären Bereich

verfasst von | submitted by

Robert Ziegler BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |  
Degree programme code as it appears on the  
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-  
gramme as it appears on the student record  
sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl



## Danksagung

Ein großes Danke an die **Studienteilnehmer\*innen**,  
die durch ihre teils sehr leidenschaftlichen Interviews  
dieses Projekt ermöglicht haben.

Dankeschön an meine Betreuerin, Frau **Dr. Heimerl**,  
für ihre Expertise, die Unterstützung und die guten Anregungen  
während dieser Masterarbeit.

Dankeschön an Frau **Dr. Cartaxo**,  
dass ich mit ihrer freundlichen Genehmigung aus ihrer Dissertationsarbeit  
„MISSCARE-Austria-Study“ zitieren durfte.

Dankeschön an die **Gatekeeper**,  
die mir den Zugang zu dieser Forschungsarbeit ermöglicht haben.

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund:**

Missed Nursing Care bezieht sich auf notwendige Pflegeaspekte der Patient\*innenversorgung, die nicht vollständig durchgeführt, verzögert oder weggelassen werden. Dies stellt einen Fehler der Unterlassung dar. Dieses Phänomen kann in allen Settings auftreten. Missed Nursing Care kann die Pflegequalität und die Patient\*innensicherheit beeinträchtigen. In den letzten Jahren wurden in Österreich quantitative Erhebungen bei fertig ausgebildetem Pflegepersonal in Krankenhäusern durchgeführt. In Österreich gibt es bisher jedoch keine qualitativen Studien, die das Erleben Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege von Missed Nursing Care untersuchen.

### **Methode:**

Zur Schließung der vorhandenen Lücke wurden zehn problemzentrierte Interviews durchgeführt, transkribiert und mit der qualitativ strukturierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) analysiert. Die Interviews zielten darauf ab, die Erfahrungen der Studierenden mit Missed Nursing Care in ihren Praktika zu erfassen. Da für das junge Konzept Missed Nursing Care noch kein spezifisches Modell für Studierende entwickelt wurde, ist diese Masterarbeit in die vorhandene Literatur eingebettet.

### **Ergebnisse:**

Studierende berichteten von physischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen durch Missed Nursing Care. Sie fühlten sich oft überfordert und allein gelassen. Gründe für Missed Nursing Care waren unter anderem Zeit- und Personalmangel sowie fehlende Unterstützung durch erfahrenes Pflegepersonal.

### **Schlussfolgerung:**

Der Umgang mit Missed Nursing Care kann für Studierende problematisch sein, da ihnen die Erfahrung fehlt, um damit umzugehen. Aufgrund des fehlenden Modells für Studierende im Umgang mit Missed Nursing Care, wäre weitere Forschung und die Entwicklung eines zielgerichteten Modells erforderlich.

**Schlüsselwörter:** Missed Nursing Care, Akutpflege, Krankenhaus, Patient\*innensicherheit

## **Abstract**

### **Background:**

Missed nursing care refers to necessary nursing aspects of patient care that are not fully provided, delayed or omitted. This constitutes an error of omission. This phenomenon can occur in all settings. Missed nursing care can affect the quality of care and patient safety. In recent years, quantitative surveys have been conducted in Austria among fully trained nursing staff in hospitals. However, in Austria there are currently no qualitative studies examining the experiences of nursing students regarding missed nursing care.

### **Method:**

To close the existing gap, ten problem-centred interviews were conducted, transcribed and analysed using the qualitatively structured content analysis method according to Kuckartz and Rädiker (2022). The interviews aimed to capture students' experiences of missed nursing care in their internships. Since no specific model for students has yet been developed for the young concept of missed nursing care, this master's thesis is embedded in the existing literature.

### **Results:**

Students reported physical, emotional and social challenges as a result of missed nursing care. They often felt overwhelmed and left alone. Reasons for missed nursing care included a lack of time and staff, as well as a lack of support from experienced nursing staff.

### **Conclusions:**

Dealing with missed nursing care can be problematic for students because they lack the experience to deal with it. Due to the lack of a model for students to deal with missed nursing care, further research and the development of a targeted model would be required.

**Key words:** Missed nursing care, acute care, hospital, patient safety

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vorwort .....                                                                          | 1  |
| 1 Einleitung .....                                                                     | 2  |
| 1.1 Unsichere Pflege .....                                                             | 2  |
| 1.2 Pflegepersonalmangel .....                                                         | 3  |
| 1.3 Die Intention, den Pflegeberuf zu verlassen .....                                  | 4  |
| 1.4 Missed Nursing Care aus der Perspektive von Studierenden .....                     | 5  |
| 1.5 Missed Nursing Care in Österreich .....                                            | 18 |
| 2 Hintergrund und Problemstellung .....                                                | 20 |
| 2.1 Missed Nursing Care .....                                                          | 20 |
| 2.2 Weitere Auslegungen zum Phänomen Missed Nursing Care .....                         | 24 |
| 2.2.1 Unfinished Nursing Care .....                                                    | 24 |
| 2.2.2 Implicit Rationing of Nursing Care .....                                         | 26 |
| 2.2.3 Nursing Care Left Undone .....                                                   | 26 |
| 2.3 Gelebte Erfahrungen mit versäumter Pflege .....                                    | 28 |
| 2.4 Distress .....                                                                     | 29 |
| 2.5 Coolout .....                                                                      | 31 |
| 2.6 Stufen zur Pflegekompetenz .....                                                   | 33 |
| 2.7 Elemente der Pflege, die weggelassen werden .....                                  | 35 |
| 2.8 RANCARE .....                                                                      | 36 |
| 2.9 Fehlende konzeptionelle Verortung von Studierenden<br>in Missed Nursing Care ..... | 37 |
| 3 Methodik .....                                                                       | 38 |
| 3.1 Literaturrecherche .....                                                           | 38 |
| 3.2 Forschungsziel und Forschungsfrage .....                                           | 40 |
| 3.3 Design .....                                                                       | 41 |
| 3.4 Teilnehmendenbeschreibung .....                                                    | 41 |
| 3.5 Feldzugang und Rekrutierung .....                                                  | 42 |
| 3.6 Datenerhebung .....                                                                | 42 |
| 3.7 Datenanalyse .....                                                                 | 44 |
| 3.8 Ethische Aspekte .....                                                             | 50 |
| 3.9 Sicherung der Zuverlässigkeit in den Ergebnissen .....                             | 51 |

|       |                                                                       |     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 4     | Ergebnisse.....                                                       | 53  |
| 4.1   | Erfahrungen mit Missed Nursing Care.....                              | 55  |
| 4.1.1 | Erste Wahrnehmungen versäumter Pflege .....                           | 55  |
| 4.1.2 | Gründe für Missed Nursing Care .....                                  | 59  |
| 4.1.3 | Formen nicht geleisteter Pflege .....                                 | 64  |
| 4.2   | Auswirkungen von Missed Nursing Care.....                             | 67  |
| 4.2.1 | Auswirkungen für die Patient*innen .....                              | 67  |
| 4.2.2 | Auswirkungen für das Pflegepersonal.....                              | 69  |
| 4.3   | Entwicklung pflegerischer Kompetenzen .....                           | 74  |
| 4.4   | Strukturelle Rahmenbedingungen .....                                  | 78  |
| 5     | Diskussion .....                                                      | 82  |
| 5.1   | Einbettung dieser Masterarbeit.....                                   | 82  |
| 5.2   | Diskussion zu den Ergebnissen dieser Masterarbeit.....                | 84  |
| 5.3   | Der Weg zur „ <i>pragmatischen Akzeptanz</i> “ versäumter Pflege..... | 96  |
| 5.4   | Limitation .....                                                      | 98  |
| 5.5   | Schlussfolgerung und Ausblick.....                                    | 100 |
| 6     | Literaturverzeichnis .....                                            | 103 |
| 7     | Abbildungsverzeichnis .....                                           | 113 |
| 8     | Anhang .....                                                          | 114 |

## Vorwort

*„Menschen leben nicht nur, sie erleben und alles was sie erleben,  
hat Bedeutung für diejenige Person.“ (Heidegger, 2006)*

Der deutsche Philosoph Martin Heidegger zeigt, wie wichtig die Erlebens- und Bedeutungswissenschaft ist. Er war ein maßgeblicher Phänomenologe und zeigte, wie wesentlich es ist, dass das menschliche Erleben sich zeigen und darstellen darf (Heidegger, 2006). Auch ich möchte in dieser Masterarbeit das Erleben des Phänomens Missed Nursing Care aus Sicht von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege darstellen. Ich versuche anhand der Zitate der Studierenden zu zeigen, wie ihre Erfahrungen mit dem Phänomen und seinen Auswirkungen sind, wie ihr Umgang damit ist und welche Bedürfnisse sie haben. Ich versuche damit den Studierenden in dem Phänomen Missed Nursing Care nahe zu kommen und es aus ihrer Sicht aufzuzeigen, wie sie es erleben und was es mit ihnen in den Situationen macht.

Missed Nursing Care ist noch ein relativ junges und sehr spannendes Konzept in der Pflege. Gerade in Österreich gibt es noch nicht ausreichend Literatur zu diesem Thema. Es wurden zwar in den letzten Jahren sehr viele quantitative Erhebungen zu diesem Thema in österreichischen Spitälern bei fertig ausgebildetem Pflegepersonal durchgeführt, jedoch konnte ich trotz intensiver Recherche keine Studien finden, die sich mit dem Erleben österreichischer Studierender von Missed Nursing Care in ihren Praktika auseinandersetzen. In anderen Ländern gibt es diese qualitativen Befragungen von Studierenden zu diesem Thema.

Da ich schon in den Lehrveranstaltungen des Masterstudiums mit der Thematik von Missed Nursing Care konfrontiert war, wollte ich dieses Thema in meiner Masterarbeit weiterverfolgen und einen Beitrag zur Erforschung von Missed Nursing Care bei Studierenden in Österreich leisten.



# 1 Einleitung

## **Abschnitt 2**

### **Recht auf Behandlung und Pflege**

#### **Artikel 7**

- (1) *„Diagnostik, Behandlung und Pflege haben entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaften bzw. nach anerkannten Methoden zu erfolgen. Dabei ist auch der Gesichtspunkt der bestmöglichen Schmerztherapie besonders zu beachten.“*

*(Österreichische Patient\*innencharta, 1999)*

Die Österreichische Patient\*innencharta (ab 1999 zwischen Bund und allen Ländern abgeschlossen) als Vereinbarung zur Sicherstellung der Patient\*innenrechte sichert allen Bürgern und Bürgerinnen Österreichs das Recht auf bestmögliche Pflege und Behandlung zu (BGBl. I Nr. 195/1999 – Bund Kärnten). Die Patient\*innencharta soll Menschenrechte, Solidarität und ein allgemeines Interesse an einer funktionierenden Gesellschaft sicherstellen. Der Wortlaut in Artikel 7 ist auch heute noch unverändert und beschreibt die geforderten Qualitätsstandards (BGBl. I Nr. 42/2006 – Bund Wien).

## **1.1 Unsichere Pflege**

Zsifkovits et al. (2016) beschreiben, dass in der Europäischen Union bei 4–17% aller hospitalisierten Patient\*innen unerwünschte Ereignisse auftreten, 44% bis 50% davon wären vermeidbar. Dies kostet die Länder im europäischen Durchschnitt 1,5% der Gesundheitsausgaben und belastete das öffentliche Gesundheitswesen 2021 mit etwa 21 Milliarden Euro. Durch die hohen Kosten entsteht eine Debatte um die ökonomischen Auswirkungen von unsicherer Pflege. Die Mitgliedsstaaten der EU versuchen diesen hohen finanziellen Belastungen mit Maßnahmen in der Reduktion der Ausgaben und der Steigerung in der Effizienz ihrer Gesundheitssysteme entgegenzuwirken. Unsichere Pflege hat neben den monetären Belastungen auch einen Vertrauensverlust der Patient\*innen in das Gesundheitssystem als auch zum Gesundheitspersonal zur Folge. Der Rat der Europäischen Union berichtet, dass der Großteil unerwünschter Ereignisse im Krankenhausbereich als auch in der Primärversorgung

vermeidbar wären. Die Autor\*innen beziffern die Gesamtbelastung für unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen in Österreich zwischen 72,7 Millionen Euro (unterer Bereich = 0,2% des jährlichen Haushaltseinkommens) und 2,18 Milliarden Euro (oberer Bereich = 6% des jährlichen Haushaltseinkommens) (Zsifkovits et al., 2016).

## **1.2 Pflegepersonalmangel**

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragte das SORA-Institut mit der Erhebung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Die vorgelegte Studie aus dem Jahr 2021 weist aus, dass in Österreich rund 127.000 Personen im akutstationären Bereich oder im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung arbeiten. 65% der Studienteilnehmer\*innen gaben an, dass sie sich nicht vorstellen können, ihren Beruf bis zur Pension auszuüben. 15% der Befragten hatten schon konkrete Gedanken für einen Berufswechsel (BMSGPK, 2021).

30% des derzeitigen Pflegepersonals ist über 50 Jahre alt und wird in den nächsten Jahren in Pension gehen. In der Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich fehlen bis zum Jahr 2030 jährlich 3900 bis 6700 zusätzliche Pflegefachkräfte. Zusätzlich herrscht schon heute ein Mangel an Fachkräften und Spezialisten in der Pflege. Es gibt Bestrebungen die Zahl an Pflegepersonen zu erhöhen, dem steht jedoch eine erhöhte Fluktuation gegenüber, die es schwer macht den benötigten Pflegebedarf abzudecken. Dies zeigt, dass die Ausbildung von Pflegepersonal ein wichtiger Teil zur Erhaltung unseres Gesundheitssystems ist (Rappold & Juraszovich, 2019). Den 30% des Pflegepersonals, die in den kommenden Jahren in Pension gehen werden, stehen jedoch nicht genügend Absolvent\*innen von Fachhochschulen, Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und Pflegeassistent\*innen-Lehrgängen gegenüber (BMSGPK, 2021). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigen. Jedoch wird es immer schwieriger, die dafür benötigte Anzahl an Pflegepersonen zu gewinnen oder auszubilden. Für viele Personen ist der Pflegeberuf zu unattraktiv. In einer Sonderauswertung zur PISA-Studie aus dem Jahr 2018 kam der Pflegeberuf bei den Mädchen auf Platz 5 der Wunschberufe, bei den Burschen jedoch nicht in die Top 15 der Wunschberufe (OECD, 2020). Für Jugendliche ist der Pflegeberuf zu unattraktiv, da Bezahlung, Entwicklungs- und Karrierechancen als zu gering eingestuft werden. Darüber hinaus werden die Arbeitsbedingungen in der Pflege als zu hart empfunden (BMFSFJ, 2020).

Durch einen Mangel an Ressourcen und Personal sowie schwieriger Zusammenarbeit in Teams können Pflege und Behandlung beeinträchtigt sein. Dadurch können Tätigkeiten des pflegerischen Alltags verzögert oder weggelassen werden. Diese implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten wird international als *Missed Nursing Care* bezeichnet und kann zu einer verminderten Pflegequalität führen (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009).

### **1.3 Die Intention, den Pflegeberuf zu verlassen**

Versäumte Pflege kann ein ethisches Problem sein und die Qualität der Pflege und die Patient\*innensicherheit beeinflussen (Rooddehghan, Yekta & Nasrabadi, 2018). Laut Schätzungen verabsäumen 55-98% der Pflegekräfte mindestens eine Pflegeaufgabe während jeder Schicht in ihrem Arbeitsalltag (Jones, Hamilton & Murry, 2015). 84,4% (n=849) der Studienteilnehmer\*innen in der MISSCARE-Austria-Studie geben an, dass sie mindestens eine Pflegetätigkeit in der Patient\*innenversorgung in den letzten zwei Wochen weggelassen haben (Cartaxo, 2023).

Fehlende Betreuung, Alter, Überstunden und Fehlzeiten werden als signifikante Prädiktoren für Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege genannt, die den Beruf der Pflege verlassen wollen. Somit wird ein klarer Zusammenhang zwischen Missed Nursing Care und der Intention, den Pflegeberuf zu verlassen, aufgezeigt (Kalisch & Xie, 2014). „*Mundpflege, Umlagerung, Aufstehen aus dem Bett in einen Stuhl, Bereitstellen von Informationen über Tests/Verfahren und Baden*“ werden als die fünf am häufigsten genannten Elemente der fehlenden oder weggelassenen Pflege genannt (Kalisch, Xie & Dabney, 2014).

Wenn nach Gründen für das Weglassen notwendiger Pflegetätigkeiten gesucht wird, zeigen Cartaxo, Eberl und Mayer (2022) in der MISSCARE-Austria-Studie „*Durchführen von mehreren Tätigkeiten gleichzeitig, häufige Unterbrechungen, Zunahme hochpflegebedürftiger Patient\*innen und Mangel an Pflegepersonal*“ als häufigste Gründe auf. Eine weitere wichtige Erkenntnis war, dass grundsätzlich eine positive Einstellung zur Arbeitszufriedenheit unter dem befragten Pflegepersonal herrscht, jedoch 75% der Befragten auch schon einmal über einen Ausstieg aus dem Beruf nachgedacht haben. Somit konnte in der MISSCARE-Austria-Studie ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Missed Nursing Care und fehlender Arbeitszufrieden-

denheit sowie der Intention den Beruf zu verlassen gezeigt werden (Cartaxo et al., 2022).

Eine Studie benannte die Versäumnisse der Pfl egetätigkeiten in vier Pflegekategorien: „(a) *Kommunikation und Informationsaustausch*; (b) *Selbstmanagement, Autonomie und Bildung, einschließlich Pflegeplanung, Entlassungsplanung und -entscheidung*; (c) *grundlegende medizinische Versorgung*; und (d) *emotionale und psychologische Versorgung, einschließlich spiritueller Unterstützung*“. Als beeinflussende Faktoren benannten die Autor\*innen „*Personalausstattung und/oder der Qualifikationsmix der Arbeitsressourcen, nicht verfügbare materielle Ressourcen, die Akuität der Patient\*innen und die Teamarbeit/Kommunikation*“. Als sich daraus ergebende Folge wurden eine „*geringere/schlechtere Qualität der Patient\*innenversorgung, Patient\*innenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals, vermehrte unerwünschte Patient\*innenereignisse und die organisatorischen Folgen einer längeren Verweildauer im Krankenhaus und einer längeren Wiederaufnahme*“ genannt (Chaboyer, Harbeck, Lee & Grealish, 2020).

## **1.4 Missed Nursing Care aus der Perspektive von Studierenden**

### Grundlegende Herangehensweise zur Darstellung des Erlebens Studierender

In diesem Kapitel soll die Perspektive der Studierenden aus der bereits vorhandenen Literatur unterschiedlicher Länder erläutert werden. Genauso wie im Ergebnisteil in Kapitel 4 die befragten Studierenden dieser Masterarbeit ausführlich dargestellt werden, sollen in diesem Kapitel die Studierenden der verwendeten Forschungsliteratur ausführlich beschrieben werden. Die Standpunkte der Studierenden aus Forschungsliteratur anderer Länder sollen zu Wort kommen und gehört werden, um der Masterarbeit in ihrer Gesamtheit mehr Tiefe zu geben. Demzufolge wurde dieses Kapitel ebenfalls sehr sorgfältig und zeitaufwändig ausgearbeitet. Genauso wie es im Ergebnisteil in Kapitel 4 das grundlegende Motto ist, die Studierenden mit ihren Zitaten sprechen zu lassen, genauso sollen hier die Studierenden anderer Länder sprechen können. Deshalb werden sowohl hier als auch im Ergebnisteil viele Originalzitate aus den in den Studien erhobenen Daten wiedergegeben, um nicht „über“ Studierende in der dritten Person zu sprechen, sondern aus ihnen heraus zu sprechen und sie mit ihren unverfälschten Originalzitaten sprechen zu lassen, um so ihr individuelles Erleben möglichst authentisch darzustellen.

### Das Erleben versäumter Pflege von Studierenden in der verwendeten Literatur

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen aus Sicht der Studierenden von Gibbon und Crane (2018), Kalánková et al. (2021), Najafi, Nikbakht Nasrabadi und Mardanian Dehkordi (2021), Habermann, Stemmer und Suhonen (2022) sowie dem Scoping Review von Abawaji, Cardwell und McKenna (2024) werden in Folge beschrieben.

Die unterschiedlichen Perspektiven der Studierenden sollen in den fünf namentlich genannten Studien dargestellt werden. Dies soll einen Einblick in das Erleben, die Gedanken und die Einstellungen der Studierenden aus anderen Ländern im Umgang mit Missed Nursing Care in den verwendeten Studien dieser Masterarbeit geben. Dadurch sollen die Themen dargestellt werden, die für Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege anderer Länder im Umgang mit Missed Nursing Care wichtig sind. Jede Studie wird zusammenfassend einzeln dargestellt.

#### Die Perspektive von Studierenden aus U.K. -

##### Gibbon und Crane (2018)

Die beiden Autor\*innen beschreiben in einer qualitativen Forschungsstudie den Einfluss von Missed Care auf die berufliche Sozialisation von englischen Pflegestudierenden. Mit beruflicher Sozialisation verstehen die beiden Autor\*innen den Erwerb von Normen und Verhaltensweisen innerhalb des beruflichen Umfelds während des Studiums. Zu den Zitaten dieser Studie gab es in der Originalstudie keine Quellenangabe (Gibbon & Crane, 2018).

Aus der Diskussion in den Fokusgruppen ergaben sich fünf Themenbereiche: Bewusstsein, Begründung für versäumte Pflege, Auswirkungen, Strategien zur Vermeidung versäumter Pflege und Einfluss versäumter Pflege auf den Berufswunsch (Gibbon & Crane, 2018).

**Table 2**

Convergence of themes from initial coding to resultant theme.

| Initial codes                                                                                                                              | Resultant theme                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Care delayed rather than missed<br>Examples of type of missed care provided                                                                | Awareness of missed care        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluid balance, delayed dressings, medications, mobilising patients, pressure area care</li> </ul> |                                 |
| Competing priorities                                                                                                                       | Rationale for missed care       |
| Teamwork inefficiencies - role ambiguity                                                                                                   |                                 |
| Delegation                                                                                                                                 |                                 |
| Tick box care                                                                                                                              |                                 |
| Poor handover                                                                                                                              |                                 |
| Lack of obvious immediate impact on patient                                                                                                | Impact                          |
| Negative impact on staff                                                                                                                   |                                 |
| Good teamwork, good organisation from RN                                                                                                   | Strategies to avoid missed care |
| Task based care                                                                                                                            |                                 |
| Rounds and routines to plan delivery of care                                                                                               |                                 |
| Realistic view that missed care is inevitable                                                                                              | Influence on career aspiration  |
| Other influences seen as higher priority – such as ability to get a broad view                                                             |                                 |

Abbildung 1. Darstellung der resultierenden Themenfindung.

Gibbon & Crane, 2018, S. 21

Die Studierenden hatte ein Bewusstsein für versäumte Pflege. Als häufig versäumte Pflegetätigkeiten identifizierten sie die Entlassungsplanung, Patient\*innenschulung, Überwachung, Hygiene, das Bewegen von Patient\*innen und die Aufrechterhaltung der Patient\*innendokumentation von Aufnahmen und Entlassungen. Mobilisierung von Patient\*innen wurde häufig vernachlässigt, insbesondere bei bariatrischen Patient\*innen (Gibbon & Crane, 2018).

Das Wechseln des Verbandes wurde oft *„bis auf das Ende des Tages verschoben“*, bis es ruhiger auf der Station wurde. Aber in der Realität wurde *„... es nie ruhiger, sondern immer geschäftiger, und die Verbände werden einfach immer weiter nach hinten geschoben.“* (Gibbon & Crane, 2018, S. 22).

Die häufigste Begründung für die versäumte Pflege war Personalmangel und Alleinarbeit. Keine Pflegeperson möchte Pflege versäumen, jedoch ist es der konkurrierende Druck zu vieler Prioritäten, der Pflegepersonal die Pflege nicht vollumfänglich durchführen lässt. Die Studierenden beschreiben eine pragmatische Akzeptanz, dass versäumte Pflege ein Teil des täglichen Arbeitsalltags ist (Gibbon & Crane, 2018).

*„(...) Ich glaube nicht, dass jemand darauf abzielt, verpasste Pflege zu leisten oder an einem Ort zu sein, an dem er nicht die beste Pflege leisten kann, aber ich versuche zu sagen, dass es nach einer Weile frustrierend wird, wenn man diese Dinge nicht tun kann.“*

*(Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

*„(...) Du hast deine Prioritäten, das ist es, was du tun wirst, und du akzeptierst einfach, dass Dinge übersehen werden.“*

*(Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

Studierende beschreiben ebenfalls eine ineffektive Teamarbeit als Gelegenheit für versäumte Pflege. So fühlten sie sich nicht immer als Teil des Teams. Die Studierenden beklagten, dass ihnen Informationen vorenthalten wurden, zum Beispiel über die Aufnahme von Patient\*innen (Gibbon & Crane, 2018).

*„(...) Wenn du Student bist, wollen sie dir nichts erzählen, du bist nicht Teil des Teams, du gehst [sozial] mit ihnen aus (...) Aber es gibt eine Hierarchie.“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

Wenn Studierende nicht in das Team miteinbezogen werden, kann dies zu einer ungenügenden Informationsweitergabe führen, die im schlechtesten Fall negative Auswirkungen auf die Patient\*innenversorgung hat. So muss aus mangelnder Informationsweitergabe nicht zwangsläufig Missed Nursing Care werden, jedoch kann ungeplante Pflege durchgeführt werden, die nicht individuell ist (Gibbon & Crane, 2018).

In der Teamarbeit gab es Probleme bei der Delegation. Ein\*e Studierende\*r berichtete in Bezug zur Mundhygiene, dass viele Pflegepersonen auf einer Station Mundhygiene nicht mehr als ihre Aufgabe sehen, da es Assistenzpersonal in der Pflege gibt, an die diese Tätigkeit delegiert werden kann. Somit gehen sie davon aus, dass diese es machen (Gibbon & Crane, 2018).

Für die Studierenden machte es den Anschein, dass die Lagerung von Patient\*innen in Bettruhe eher der Notwendigkeit zur Erfassung der druckentlastenden Aktivität geschuldet ist, als dem Patienten/der Patientin Komfort zu bieten. Die Anforderung einer vollständigen Dokumentation erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass Pflege priorisiert wird (Gibbon & Crane, 2018).

*„(...) Sie könnten eine Neupositionierung vornehmen, wenn Sie in Schwierigkeiten [mit Managern] geraten, wenn Sie es nicht tun. Ich denke, das ist es, was es zu einer Priorität macht.“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

Die Auswirkungen versäumter Pflege wurden unterschiedlich beschrieben. Von den Studierenden wurde erwähnt, dass versäumte Pflege nicht zu offensichtlichen Defiziten in der Betreuung führen muss. Ebenso wenig müssen auf kurze Sicht negative Folgen für Patient\*innen auftreten. Studierende kommentierten, dass versäumte Pflege *„niemanden umbringt“*. Dies deutet jedoch schon sehr auf eine pragmatische Akzeptanz der versäumten Pflege hin. Wenn ein Teil der versäumten Pflege verborgen bleibt, kann dies unter Umständen längerfristige Folgen für die Patient\*innen haben. Wenn Aspekte der Patient\*innenaufklärung bei der Entlassung übersehen werden, kann den Patient\*innen wichtige Information vorenthalten werden, die sie möglicherweise für ihre weitere Genesung gebraucht hätten (Gibbon & Crane, 2018).

*„Patienten bekommen oft nur den Entlassungsbrief und werden darauf hingewiesen, dass darin alles steht, und geben ihn dem Hausarzt. Wenn sie irgendwelche Probleme haben, sollen sie zum Hausarzt gehen.“*  
(Gibbon & Crane, 2018, S. 22)

Wenn versäumte Pflege von Studierenden in ihrer beruflichen Sozialisation als „Norm“ angesehen wird, dann wird sich diese akzeptierte versäumte Pflege auch in ihrem Alltag als fertig ausgebildete Pflegepersonen fortsetzen. Versäumte Pflege wirkte sich bei den Studierenden negativ auf ihre Einstellung zur Krankenpflege aus (Gibbon & Crane, 2018).

*„(...) man fühlt sich am Ende der Schicht ein bisschen schlecht.“*  
(Gibbon & Crane, 2018, S. 22)

Die Studierenden sprachen in der Studie auch über Strategien zur Vermeidung versäumter Pflege. Neben der pragmatischen Akzeptanz als negative Bewältigungsstrategie sprachen die Studierenden auch positive Strategien wie zum Beispiel Teamwork, an. Die Studierenden schätzen die Krankenpflegepersonen, die der Pflege und den damit verbundenen Handlungen die richtige Priorität einräumten und damit Anforderungen richtig zu adaptieren wussten (Gibbon & Crane, 2018).

Die Studierenden bemerkten auch, dass das stationäre Pflegepersonal sich oft eigene Strategien zur Bewältigung des pflegerischen Arbeitsalltags zurechtlegte. So ent-



wickelte das Pflegepersonal eine eigene Kultur, die sich in Routinen und Praktiken manifestierte. Die Studierenden berichteten von pflegerischen Handlungen, die als „Runde“ für alle Patient\*innen gleichzeitig durchgeführt wurden, somit nicht zu dem Zeitpunkt, zu dem die Handlungen hätten durchgeführt werden sollen (Gibbon & Crane, 2018).

*„(...) richtig, wir machen jetzt alle Lagerungen, aber wenn Sie sich die Patientenakte ansehen, werden Sie feststellen, dass einige Patienten alle zwei Stunden, andere alle vier Stunden gelagert werden. Es scheint, als würde das nicht berücksichtigt werden.“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

*„(...) Gegen 4 Uhr machten sie das, was sie „die Runde“ nennen, bei der alle Pflegepersonen zusammen waren...“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 22)*

Die Durchführung von „Runden“ und routinemäßiger Pflege führte einerseits zu weniger personenzentrierter Pflege, andererseits verhinderte diese Strategie, dass Pflege verabsäumt wird (Gibbon & Crane, 2018).

Diese Beobachtungen der Studierenden sind Indikatoren, wie berufliche Sozialisation das Lernen maßgeblich beeinflussen kann. Von den Studierenden wird verlangt, sich innerhalb dieser Normen zu verstehen und zu entwickeln (Gibbon & Crane, 2018).

Als fünfter Themenbereich wurde der Einfluss versäumter Pflege auf den Berufswunsch thematisiert. In früheren Studien waren fertig ausgebildete Pflegepersonen eher geneigt die Station oder den Beruf zu verlassen, wenn sie Pflege nicht wie gewünscht durchführen konnten. Versäumte Pflege wurde als eine Quelle großer Unzufriedenheit beschrieben, die Auswirkungen auf die Beschäftigungsabsicht hatte (Papastavrou, Andreou und Efstathiou, 2014). Es wurde angenommen, dass dies bei Studierenden genau so ist. Dies konnte in der Studie jedoch nicht bestätigt werden. Die Studienteilnehmer\*innen dieser Studie entschieden sich eher für sehr belebte Umgebungen, wie *akutmedizinische Notfalleinheiten (AMAU)*, da sie diese Vielzahl an unterschiedlicher Patient\*innengruppen als sehr bereichernde Erfahrung empfanden (Gibbon & Crane, 2018).

*„Ich denke, meine Erfahrung mit AMAU (...) ist der Ort, an dem ich arbeiten möchte, da es dich mehr antreibt.“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 23)*

*„Man mag Dinge wie die AMAU, weil man dabei viel lernt, aber man will auch unterstützt werden, denn wenn man die Pflege versäumt, ist das einfach schrecklich.“ (Gibbon & Crane, 2018, S. 23)*

Die Dissonanz in den Ergebnissen zwischen erwarteten und tatsächlichen Ergebnissen könnte darin begründet sein, dass Studierende an ihre Fähigkeiten glauben, versäumte Pflege verhindern zu können (Gibbon & Crane, 2018).

#### Die Perspektive von Studierenden aus der Slowakischen Republik - Kalánková et al. (2021)

In der qualitativen Studie werden die Erfahrungen von Pflegestudierenden mit rationierter Pflege anhand von drei Schwerpunkten thematisiert: *„Unvollständige Pflege wird normalisiert“*, *„Durchführung unpersönlicher Patient\*innenversorgung“* und *„Vorhandensein eines inneren Plans für die Praktika“* (Kalánková et al., 2021).

Pflege wird von den Studierenden als ritualisiert und nicht personenzentriert erlebt. In der Studie wurde gegenüberstellend *„individuelle Pflege versus ritualisierte Pflege“* thematisiert. Die Studierenden beschreiben die Diskrepanz zwischen dem, was sie im Studium lernen und dem, was sie in der Praxis erleben und umsetzen. Die Studierenden geben an, dass sie gerne einen ganzheitlicheren und individualisierten Versorgungsansatz hätten. Als Hauptgrund für versäumte Pflege nannten die Studierenden die hohe Arbeitsbelastung und Zeitmangel aufgrund des Personalmangels. Sie sind sich der steigenden Anforderungen an den Beruf bewusst. Sie verstehen auch, dass qualitativ hochwertige Pflege nicht möglich ist, wenn ineffektive Teamarbeit, ein unzureichendes Arbeitsumfeld oder ineffiziente Führung vorliegen. Bei belastenden Arbeitsbedingungen sind sich die Studierenden bewusst, dass Pflege von der Persönlichkeit des Einzelnen abhängt. So gab ein\*e Studierende\*r an, dass er/sie Initiative ergreifen wollte, jedoch davon abgehalten wurde (Kalánková et al., 2021).

*„(...) Ich möchte etwas tun, aber die Krankenschwestern unterbrechen mich und sagen so etwas wie: ‚Warum machst du das, wenn wir es seit mehr als zwanzig Jahren anders machen?‘“ (Kalánková et al., 2021, S. 5)*

Die Studierenden beschreiben, dass angeordnete Tätigkeiten eher durchgeführt werden als Tätigkeiten über die man selbst entscheiden kann. Somit ist Missed Nursing Care mehr bei den individuellen und unabhängigen Entscheidungen des

Einzelnen zu finden. Weiter wird in der Studie von einer problematischen Routineentwicklung in den pflegerischen Tätigkeiten gesprochen, wo wichtige Handlungen durchgeführt werden und nicht so wichtige Handlungen unterlassen werden (Kalánková et al., 2021).

*„(...) die Krankenschwestern haben sich an die Routine gewöhnt, dass dies getan werden muss und jenes andere nicht getan werden muss.“*  
(Kalánková et al., 2021, S. 3)

Die negativ erlebte Routine des Pflegepersonals kann bei Studierenden zu einer nicht gewünschten Gewohnheitsbildung führen (Kalánková et al., 2021).

*„(...) wenn wir sehen, dass Krankenschwestern ohne Handschuhe arbeiten, übernehmen wir diese Gewohnheit, und wahrscheinlich lässt sie sich auf unsere Praxis übertragen.“* (Kalánková et al., 2021, S. 5)

Einer der wichtigsten Punkte dieser Studie, warum sich Studierende von fertig ausgebildetem Pflegepersonal unterscheiden, wird mit den unzureichenden Kompetenzen beschrieben, die Studierende noch nicht haben. So beschreibt ein\*e Studierende\*r den Stress, den er/sie aufgrund der unzureichenden Kenntnisse und Fähigkeiten hat (Kalánková et al., 2021).

*„Ich brauche jemanden, der mich berät und mir versichert, dass ich das Richtige tue.“* (Kalánková et al., 2021, S. 5)

#### Die Perspektive von Studierenden aus dem Iran - Najafi, Nikbakht Nasrabadi und Mardanian Dehkordi (2021)

Aus zehn semi-strukturierten Einzelinterviews mit Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im Iran zum Erleben von Missed Nursing Care kristallisierten sich zwei Hauptthemen heraus: *„unerfüllte Pflege“* und *„Leben in der Ungewissheit“* (Najafi et al., 2021).

Unerfüllte Pflege wurde zeitweise als verpasste Chance von den Studierenden beschrieben, die neben katastrophalen Folgen sogar bis zum Tod führen kann. Aus den Interviews heraus wurden anhand von Zitaten unterschiedliche Facetten beschrieben, wie Pflege unerfüllt bleiben kann (Najafi et al., 2021).

*„Der Patient brauchte etwas Pflege, aber wir waren nicht in der Lage, ihm das tatsächlich zu bieten, wegen der Arbeitsbedingungen, ein fehlender Kreis in unserer Versorgung, was bedeutet, dass dem keine Aufmerksamkeit geschenkt wird.“* (Najafi et al., 2021, S. 49)

Leben in der Ungewissheit reflektiert ethische Konflikte und Herausforderungen, die in der Pflege von Patient\*innen auftreten können. Die Studierenden der Studie erzählten anhand verschiedener Erklärungen von Emotionen und Verwirrungen während der versäumten Pflege (Najafi et al., 2021).

Im Unterthema des ethischen Konflikts wurden neun Konzepte genannt: *„das Recht des Patienten mit Füßen treten, Diskreditierung, Diskriminierung in der Pflege, in Frage gestellt werden, unmoralische Pflege, sich wertlos und unzulänglich fühlen, Täuschung und Verleugnung, Ignorieren von Fehlern, Mangel an angemessener Information und angemessener Ausbildung.“* (Najafi et al., 2021, S. 49 & 50).

Aus Angst vor einer Rüge trauten sich die Studierenden versäumte Pflege nicht zu melden. Sie hofften, dass es keinem auffällt (Najafi et al., 2021).

*„Ich denke, die Angst vor einer Rüge, zum Beispiel einer Krankenschwester zu sagen, warum man das nicht getan hat, führt dazu, dass die pflegende Person die versäumte Pflege nicht meldet.“*  
(Najafi et al., 2021, S. 50)

Ebenfalls wurde im Unterkapitel der ethischen Konflikte der Mangel an angemessener Information und angemessener Schulung beschrieben (Najafi et al., 2021).

*„Wenn ich keine ausreichenden Informationen habe, schadet das einem Patienten auf jeden Fall. Es können verschiedene Dinge passieren.“*  
(Najafi et al., 2021, S. 50)

Im zweiten Unterthema der Herausforderungen wurden sieben Konzepte genannt: *„Gefühl des Bedauerns, mentaler Kampf, emotionaler Kampf, belastendes Gefühl, Auswirkungen auf den Geist der Krankenschwester, Verheimlichung der Wahrheit und Enttäuschung.“* (Najafi et al., 2014, S. 50).

Die Studierenden beschrieben psychische Belastungen, die sie auch noch nach dem Praktikumstag begleiteten. Einige der Studierenden spielten mit dem Gedanken, aus Frust das Praktikum zu beenden. Als Gründe für versäumte Pflege wurden unzu-

reichende Aufsicht und ein ineffizientes System genannt. Dies führte bei den Studierenden zu negativen Gefühlen und Frustration (Najafi et al., 2021).

### Die Perspektive von Studierenden aus Deutschland - Habermann, Stemmer und Suhonen (2022)

69 Studierende aus drei Universitäten in Deutschland erzählten in einer qualitativen Studie zum Erleben von Missed Nursing Care aus Sicht von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Sie nutzten eine Online-Plattform und schilderten ihre Erlebnisse in Form von Berichten mit maximal 1200 Wörtern (Habermann et al., 2022).

Aus den Berichten der Studierenden konnten induktiv vier Themenkomplexe eruiert werden. Diese waren *„Erfahrung von Missed Nursing Care, Bedeutung von Missed Nursing Care, Umgang mit Missed Nursing Care und allgemeine Überlegungen“*. Aus den vier Themenkomplexen entstanden Unterthemen (Habermann et al., 2022).

**Table 1.** Themes and sub-themes of students' reports of missed nursing care (MNC)

| Themes     | experiences of MNC        | meaning of MNC                                | dealing with MNC                    | general reflections     |
|------------|---------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Sub-themes | care not finished         | negative feelings                             | improving work                      | lack of resources       |
|            | care only partially given | learning opportunities                        | reporting mentors                   | state of nursing        |
|            | care not done/ omitted    | disregard of student status                   | asking for help                     | work organization       |
|            | care delayed              | violation of patients' and residents' dignity | accepting the situation             | insufficient management |
|            |                           | disregard of professional standards           | speaking with friends / family      |                         |
|            |                           |                                               | applying self-management strategies |                         |
|            |                           |                                               | speaking with patients/ residents   |                         |

### Abbildung 2. Themen und Unterthemen aus den Berichten Studierender zu Missed Nursing Care. Habermann, Stemmer und Suhonen, 2022, S. 3

In den Erfahrungen erzählten die Studierenden von noch nicht beendeter Pflege, nur bedingt geleisteter Pflege, nicht geleisteter/unterlassener Pflege sowie verzögerter Pflege (Habermann et al., 2022).

Studierende erzählten aus ihren Erfahrungen, dass bettlägrige Patient\*innen nur jeden zweiten Tag gewaschen wurden, teilweise sogar seltener. Oft wurden nur *„Drei-Punkt-Waschungen“* (Gesicht, Achselhöhle und Genitalbereich) durchgeführt. Zähneputzen und das Pflegen von herausnehmbaren Zahnprothesen wurde laut den Berichten der Studierenden oft verkürzt oder ganz weggelassen. Das Nichtwechseln

von Polstern und Hosen von Patient\*innen mit Inkontinenz wurde ebenfalls beschrieben. So wurde auch eine Demenzpatientin mit herausforderndem Verhalten mehrere Tage nicht in die Pflegevisite eingeschlossen (Habermann et al., 2022).

Bei den Bedeutungen zu Missed Nursing Care erzählten die Studierenden über negative Gefühle, Lernmöglichkeiten, Missachtung ihres Studierendenstatus, Verletzungen der Würde von Patient\*innen und der Missachtung professioneller Standards (Habermann et al., 2022).

Versäumte Pflege führte bei den Studierenden zu Konflikten im Team, die sich als Angst, Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Selbstzweifel darstellten (Habermann et al., 2022).

*„Nach Schichtende plagte mich manchmal das schlechte Gewissen, meine Arbeit nicht richtig und zufriedenstellend ausgeführt zu haben.“*  
(Habermann et. al, 2022, S. 18)

Ein\*e Studierende\*r formulierte es ähnlich.

*„Ich hatte ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Patienten, wenn die Pflege grob und hektisch erfolgte, nur um schnell fertig zu werden und das Zeitmanagement einzuhalten.“* (Habermann et. al, 2022, S. 18)

Ein\*e Studierende\*r beschrieb wiederum, dass er/sie aus den Versäumnissen der Pflege lernte Prioritäten zu setzen und das Zeitmanagement zu optimieren (Habermann et al., 2022).

Aus der Wahrnehmung der Lernmöglichkeiten heraus, beschrieb ein\*e Studierende\*r ihre Überforderung im Praktikum wie folgend:

*„Die Spätschicht auf der orthopädischen Station war wie gewohnt unterbesetzt: drei qualifizierte Pflegekräfte auf 82 Patienten (...) Eine Pool-Krankenschwester einer Agentur kam für die erwähnte Spätschicht. Ich wurde dieser temporär angestellten Krankenschwester als Studentin in meinem ersten klinischen Praktikum zugeteilt. (...) Schon zu Beginn der Schicht war mir klar, dass sie mit den Strukturen der Station oder des Krankenhauses nicht vertraut war. (...) Als sich die Verschiebung dahingehend entwickelte, dass ich die komplette Sektion mit 15 Patienten praktisch alleine organisieren musste, war das mehr, als ich bewältigen konn-*

*te, da dies mein erstes klinisches Praktikum war und ich kaum Autorität hatte. Ich musste die Infusionen und Injektionen einrichten und anbringen, jeden Patienten nach seinen Bedürfnissen richtig überwachen, die Visite machen und alle neuen Anweisungen der Ärzte ausführen. (...) Ich hatte keine Hilfe von der Pool-Krankenschwester der Agentur. Es schien sie nicht zu stören, dass ich die meisten Aufgaben weder ausführen durfte noch sie wahrscheinlich ordnungsgemäß ausführen würde.“*

(Habermann et. al, 2022, S. 18)

Einige Erlebnisse hatten bei den Studierenden lange nachgewirkt. So konnten einige Studierende gewisse Situationen nicht mehr aus dem Kopf bekommen, selbst nach Beendigung ihres Praktikumstages (Habermann et al., 2022).

Im Umgang mit Missed Nursing Care erzählten die Studierenden der Studie über Verbesserungen der Arbeit, Berichterstattung an Praxisanleiter\*innen, Bitte um Unterstützung, Situationen akzeptieren zu können, mit Freunden/Familie zu sprechen, Selbstmanagementstrategien und Gespräche mit Patient\*innen/Bewohner\*innen (Habermann et al., 2022).

Stationäres Pflegepersonal unterbrach Studierende bei ihren pflegerischen Aufgaben und delegierte häufig zu viele Aufgaben an Studierende, die diese noch gar nicht durchführen durften. Ein\*e Studierende\*r beschrieb die kritische und stillschweigende Akzeptanz in der Situation versäumter Pflege (Habermann et al., 2022).

*„Theoretisch sollte ich mit einem Mitarbeiter darüber sprechen, dass ich mehr Unterstützung brauche, aber dann habe ich das Gefühl, dass ich ein schlechter Schüler bin und versuche deshalb, es allen recht zu machen, was einfach nicht möglich ist und ich werde immer erschöpfter.“*

(Habermann et. al, 2022, S. 19)

Ein\*e Studierende\*r beschrieb seine/ihre entwickelte Selbstmanagementstrategie, um mit dem belastenden Stress umzugehen (Habermann et al., 2022).

*„Ich habe mittlerweile meine eigenen Bewältigungsstrategien für diese Art von Stress entwickelt und bin auch viel weniger anfällig dafür und auch für den wahnsinnigen Rausch geworden. Musik in meinem Kopf zu „spielen“ und leise zu singen/summen ist eine dieser Strategien. Nichtsdestotrotz*

*bleibe ich voll und ganz bei meiner Arbeit und werde weiterhin alles geben.“ (Habermann et. al, 2022, S. 19)*

Ein\*e Studienteilnehmer\*in sprach mit seinen/ihren Freunden und der Familie über die Herausforderungen und den Stressabbau im Praktikum, kam jedoch zum Schluss, dass die privaten Gespräche die schwierige Situation im Praktikum nicht ändert (Habermann et al., 2022).

In den allgemeinen Reflexionen der Studierenden wurde der Mangel an Ressourcen, der derzeitige Stand der Pflege, die Arbeitsorganisation und das unzureichende Management thematisiert (Habermann et al., 2022).

Ein\*e Studierende\*r schrieb ziemlich desillusioniert:

*„Die Situation hat mir sehr deutlich gemacht, dass individuelle Pflege oder Arbeit auf der Grundlage professioneller Standards in Krankenhäusern kaum möglich sind.“ (Habermann et. al, 2022, S. 19)*

Ein\*e Studierende\*r beschrieb seine/ihre Arbeit mit Routinearbeit wie am „*Fließband*“ (Habermann et. al, 2022, S. 19), um zumindest die Grundbedürfnisse von Patient\*innen zu befriedigen (Habermann et al., 2022).

Auf der anderen Seite waren Studierende in zwei Berichten auch durchaus in der Lage auf das Potenzial von Optimierungen der Arbeitsabläufe und des Selbstmanagements, zur Minimierung von Missed Nursing Care, hinzuweisen (Habermann et al., 2022).

Abschließend wies ein\*e Studierende\*r in einem Bericht auf die häufige Personalfluktuations hin, die durch schlechtes Management verursacht wurde. Diese Situation wurde ebenfalls als Potenzial für Missed Nursing Care beschrieben (Habermann et al., 2022).

Die Perspektive von Studierenden aus Italien, der Slowakischen Republik, Australien, U.K., Deutschland, dem Iran und Pakistan -  
Abawaji, Cardwell und McKenna (2024)

Die Forschungsarbeit beschrieb in einem Scoping Review Missed Nursing Care bei Pflegestudierenden aus sieben Ländern und schloss insgesamt neun Studien ein.



Die Studierenden erlebten während ihrer Praktika unterschiedliche Episoden versäumter Pflege. Aus der Wahrnehmung der Pflegestudierenden gehören zur versäumten Pflege Themen wie zum Beispiel Vernachlässigung der Rechte und Würde von Patient\*innen und die Entwicklung einer unvorteilhaften pragmatischen Akzeptanz von nicht vollständig durchgeführter Pflege. Die Gesundheit der Patient\*innen wurde durch versäumte Pflege negativ beeinflusst. Nicht vollständig durchgeführte Pflege behinderte das Lernen in den Praktika und wirkte sich negativ auf die berufliche Entwicklung der Studierenden aus. Versäumte Pflege verursachte bei den Studierenden moralischen Stress, Selbstzweifel, Schuldgefühle und Druck. Außerdem behindern versäumte Pflegehandlungen die Fähigkeit der Studierenden zur Erfüllung vorgeschriebener Praxisanforderungen (Abawaji et al., 2024).

Die Autor\*innen versuchten auch die Unterschiede in der Wahrnehmung von Missed Nursing Care durch fertig ausgebildetes Pflegepersonal und Studierende zu erfassen. So beschrieb fertiges Pflegepersonal die Unzulänglichkeit der Ressourcen, mit unzureichendem Personal, Zeitdruck und hoher Arbeitsbelastung. Die Studierenden benannten Faktoren wie Priorisierung von Anweisungen, ineffektive Führung, eine fehlende fürsorgliche Philosophie, mangelndes Interesse an der Fürsorge und mangelnde Kommunikation in Verbindung mit versäumter Pflege (Abawaji et al., 2024).

Somit benannten die Studierenden, im Gegensatz zu fertig ausgebildetem Pflegepersonal, vermehrt das fürsorgliche Verhalten des fertigen Pflegepersonals, die Kommunikation sowie die Führungsrollen im Umgang mit Missed Nursing Care (Abawaji et al., 2024).

## **1.5 Missed Nursing Care in Österreich**

In Österreich wurde seit dem Jahr 2019 sehr ausführlich an der Universität Wien und dem Institut für Pflegewissenschaft zum Phänomen Missed Nursing Care geforscht, jedoch ausschließlich im quantitativen Bereich. Hier wurden in der MISSCARE-Austria-Studie Fragebogenerhebungen an Krankenhäusern in Österreich durchgeführt, um das Phänomen bei fertig ausgebildetem Spitalspersonal zu eruieren (Cartaxo et al., 2022).

Cartaxo hat im Jahr 2023 in ihrer Dissertation zur MISSCARE-Austria-Studie valide Zahlen zu Missed Nursing Care bei fertig ausgebildetem Pflegepersonal in österreichischen Krankenhäusern geliefert. Diese statistischen Kennzahlen sind sehr inte-

ressant und zeigen einen guten Blick auf das Pflegepersonal im intramuralen Setting. Diese österreich-spezifischen Kennzahlen können in der Folge vielleicht einen vergleichenden Blick zwischen österreichischen Studierenden und fertig ausgebildetem Pflegepersonal zulassen. Studierende dieser Masterarbeit kritisierten, dass sie ihrer Meinung nach zu viele Patient\*innen in ihren Praktika zu betreuen haben, was eine subjektive und relative Aussage der Studierenden ist. Hier konnte die Dissertation von Cartaxo klare statistische österreichspezifische Kennzahlen bieten, die halfen gewisse individuelle Aussagen der Studierenden mit Kennzahlen besser verständlich darzustellen (Cartaxo, 2023).

In den letzten Jahren wurden anhand der MISSCARE-Austria-Studie österreichisches quantitatives Datenmaterial veröffentlicht, wie fertig ausgebildetes Pflegepersonal auf den Stationen im Krankenhaus Missed Nursing Care erlebt, verarbeitet und entgegnet.

In Österreich gibt es jedoch noch keine qualitativen Erhebungen, wie Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege Missed Nursing Care auf ihrem Weg während der Ausbildung erleben. Die Perspektive österreichischer Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege wurde bis dato noch nicht erhoben. Somit gibt es nur eine einseitige Sicht des fertigen Pflegepersonals, dem als Gegenüberstellung die Sicht von Studierenden fehlt. Dies stellt einen blinden Fleck in der österreichischen Forschung zum Thema Missed Nursing Care dar, zu dessen Beseitigung diese Masterarbeit in ersten Ansätzen einen Beitrag leisten möchte.

Diese Forschungsarbeit soll aufzeigen, wie Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege Missed Nursing Care in ihren Praktika erleben. Dadurch soll die Wahrnehmung österreichischer Studierender bei weggelassenen Pflegetätigkeiten aufgezeigt werden, um besser zu verstehen, was den Übergang von Studierenden in den pflegerischen Beruf sicherstellen und die Drop-Out-Quote senken könnte.

## 2 Hintergrund und Problemstellung

Pflege wird zeitweise aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in dem Maße ausgeführt wie sie sollte. Inmitten vielfältiger Anforderungen und unzureichender Ressourcen ist es für Pflegepersonal oft nicht leicht die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem individuellen Erleben von Missed Nursing Care aus der Sicht von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege und den Gründen für versäumte Pflege. Dieses Kapitel soll zuerst den grundlegenden Begriff dieser Masterarbeit erklären und folgend einen allgemeinen Überblick zum Hintergrund und zur Problemstellung geben.

### 2.1 Missed Nursing Care

Der Begriff *Missed Nursing Care* wurde erstmals 2006 von Kalisch als Middle Range Theory definiert und bezieht sich in pflegerischen Handlungen auf alle erforderlichen Aspekte der Patient\*innenversorgung, die nicht vollständig durchgeführt, verzögert oder weggelassen werden. Kalisch et al. (2009) bezeichnen Missed Nursing Care als einen Fehler der Unterlassung. Die Autor\*innen beschrieben verschiedene Attributkategorien, die von Krankenpflegepersonal in der Akutversorgung angegeben werden und zu einer weggelassenen Pflege beitragen: (1) Vorbedingungen, die die Notwendigkeit einer Entscheidung über Prioritäten auslösen; (2) Elemente des Pflegeprozesses und (3) interne Wahrnehmungen und Werte des Krankenpflegepersonals (Kalisch et al., 2009). Anhand Abbildung 3 soll der Begriff Missed Nursing Care und dessen Entstehung erklärt werden.

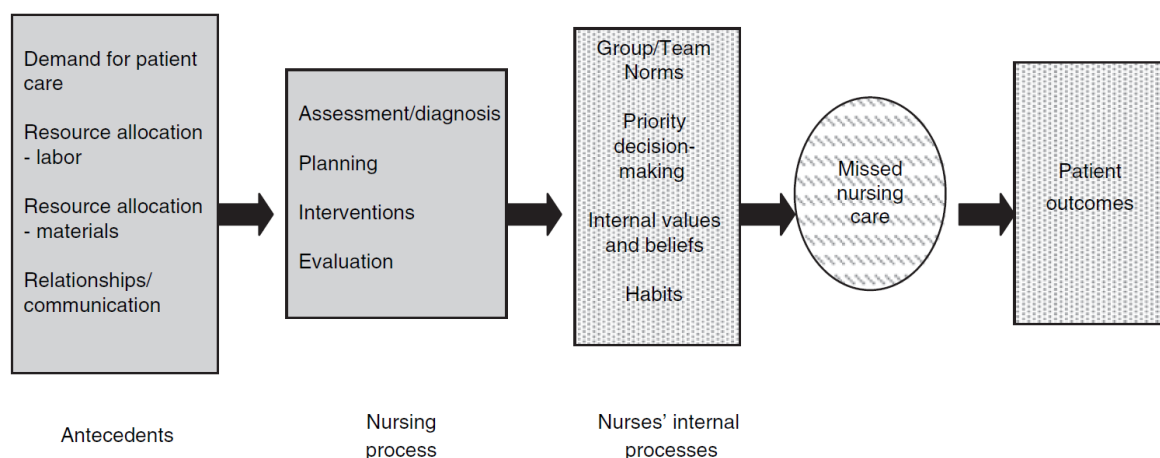


Abbildung 3. Missed Nursing Care. Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009, S. 4

Als Vorbedingung für Missed Nursing Care muss eine Nachfrage nach einer Patient\*innenversorgung da sein, die aufgrund einer Vorgeschichte – zum Beispiel fehlendes Personal, nicht vorhandene materielle Ressourcen oder verschiedene Beziehungs- und Kommunikationsfaktoren, die sich auf die Fähigkeit des Pflegepersonals auswirken – nicht in vollem Maße durchgeführt werden kann.

- Die Arbeitsressourcen können sich nach Anzahl und Art des Pflegepersonals (Ausbildung, Kompetenzniveau und Erfahrung) richten.
- Die Verfügbarkeit von materiellen Ressourcen, zum Beispiel Medikamente oder Hilfsmittel für die pflegerische Versorgung, kann die Versorgungsfähigkeit des Pflegepersonals beeinflussen.
- Ebenso können Teamarbeit und die Qualität der Kommunikation beeinflussende Vorbedingungen sein, warum pflegerische Versorgung nicht im vollen Ausmaß durchgeführt wird. Wenn Pflegepersonal versäumte Pflege nicht an die Leitung einer Station weiterleitet, wird diese keine weitere personelle Unterstützung der Person zur Verfügung stellen können.

Dies kann die gesamten Elemente eines Pflegeprozesses - aus Beurteilung, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation - beeinträchtigen.

Die internen Prozesse des Pflegepersonals können ebenfalls Einfluss auf die versäumte Pflege haben:

- Als erster Faktor der internen Prozesse werden die Teamnormen genannt, die auf der Station herrschen. So hat jede Station seine eigenen Regeln, die oft das Verhalten der Pflegepersonen mitbeeinflussen. Einige Normen sind strikt einzuhalten, während andere verschiedene Verhaltensweisen ermöglichen. Neues Personal einer Station lernt diese Verhaltensweisen sehr schnell.
- Der zweite Faktor der internen Prozesse ist die vorrangige Entscheidungsfindung. So ist die Entscheidungsfindung ein iterativer Prozess aus Bewertung, Interaktion und neuer Bewertung. So kann sich der Gesundheitszustand eines Patienten/einer Patientin minütlich ändern, so dass eine ständige Neubewertung der Situation erforderlich ist. Weniger prioritäre Elemente zur Heilung der Patient\*innen werden bei einer benötigten Entscheidungsfindung am ehesten verzögert oder weggelassen.

- Als dritter interner Faktor werden die Werte, Einstellungen und Überzeugungen genannt, die der jeweiligen Pflegeperson innewohnen. Sie haben maßgeblichen Einfluss für das Verhalten der jeweiligen Person. Das Fundament aus verinnerlichten Werten und Normen spielt für die Erwartungen, Gefühle und Überzeugungen eine wichtige Rolle. Selbst wenn die Vorbedingungen eine Pflegeperson dazu bewegen einen Aspekt der Pflege einzuschränken oder wegzulassen, können Werte und Überzeugungen die Pflegeperson dazu bringen andere Aspekte der Pflege in einer Situation durchzuführen. Somit können sich Vorbedingungen und Wertevorstellungen gegenseitig beeinflussen, welche Teile in der Patient\*innenversorgung geleistet, verzögert oder weggelassen werden. Jedoch kann auch ein Widerspruch in diesen zwei sich wechselseitig beeinflussenden Teilen der Pflege entstehen, der zu einem Gefühl des Bedauerns und der Schuld führt. Larrick behauptet 1993, dass Reue das Selbstbild eines Menschen bedrohen kann, wenn es den Menschen dazu bringt, seine Fähigkeit Gutes zu tun in Frage stellt (Larrick, 1993). Nach der Theorie der kognitiven Dissonanz, die diese Theorie unterstützt, fühlen sich Menschen unwohl, wenn sie eine Entscheidung getroffen haben, die eine negative Auswirkung hatte, vor allem wenn eine alternative Entscheidungsmöglichkeit für eine bessere Auswirkung vorhanden gewesen wäre (Steele, 1988). Kognitive Dissonanz kann auftreten, wenn persönliches Unbehagen durch Abweichungen zwischen den Pflegehandlungen und den pflegerischen Werten entsteht (McSherry, Timmins, de Vries & McSherry, 2018).
- Gewohnheiten sind der vierte interne Faktor der internen Prozesse einer Pflegeperson. Gewohnheiten können für die Entscheidungen leitend sein, Pflege nicht vollumfänglich durchzuführen. Gewohnheiten können so tief in unserem Inneren verwurzelt sein, dass Entscheidungen gar nicht mehr bewusst getroffen werden. (Kalisch et al., 2009).

Cartaxo, Mayer, Eberl und Bergmann (2024) wandelten das Modell von Kalisch, Landstrom und Hinshaw (2009) ab und fügten in einer eigenen Interpretation zur besseren grafischen Verständlichkeit den Vorbedingungen (Antecedents) Beispiele hinzu. Außerdem verdeutlichten sie mit Pfeilen, wie sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen.

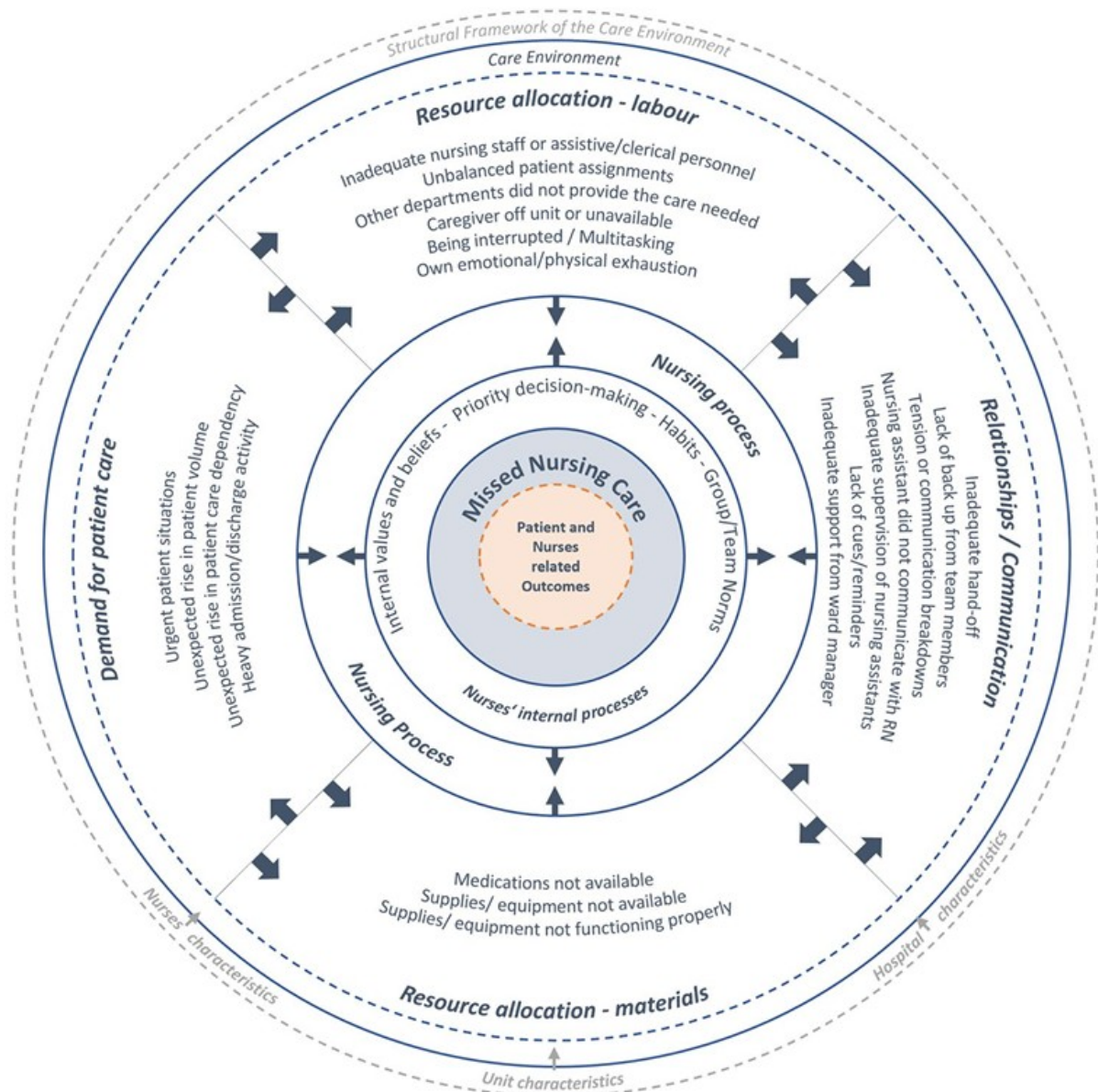


Abbildung 4. Die Middle-Range Erklärungstheorie von Missed Nursing Care.  
Adaptiert durch Cartaxo, Mayer, Eberl & Bergmann, 2024, S. 3

## 2.2 Weitere Auslegungen zum Phänomen Missed Nursing Care

Um zu zeigen wie vielfältig die Thematik zu Missed Nursing Care ist, werden weitere Auslegungen zu den aktuellen Perspektiven zum Phänomen erläutert. Die abgeschlossene und länderübergreifende RN4CAST-Querschnittsstudie (Registered Nurse Forecasting) aus dem Jahr 2013 (Sermeus et al., 2011; Aiken et al., 2012) identifizierte in der Literatur drei Konzepte in Bezug auf die Unterlassung von Pflegeleistungen: „*missed nursing care*“ als versäumte Pflege (Kalisch et al., 2009; Kalisch & Williams, 2009), „*implicit rationing of nursing care*“ als implizite Rationierung der Pflege (Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet & De Geest, 2007) und „*nursing care left undone*“ als unterlassene Pflege (Sochalski, 2004; Lucero, Lake & Aiken, 2009). Trotz unterschiedlicher konzeptioneller Definitionen und Operationalisierungen versuchte diese Studie pflegerische Tätigkeiten darzustellen, welche teilweise oder ganz unterlassen wurden, wenn Ressourcenmangel jeder Art dies unmöglich machte. Die RN4CAST-Studie sollte die Auswirkungen des organisatorischen Kontextes der Pflege (z. B. Arbeitsumfeld der Pflegekräfte, Personalausstattung und Bildungsniveau) auf die Ergebnisse von Pflegekräften und Patient\*innen untersuchen (z. B. Bindung von Pflegekräften, Burnout von Pflegekräften, Patient\*innenzufriedenheit und Mortalität im Krankenhaus) (Ausserhofer et al., 2014).

### 2.2.1 Unfinished Nursing Care

Als Synonym zu Missed Nursing Care wird in anderen Studien oft auch von „*Unfinished Nursing Care*“ gesprochen. Jones et al. (2015) definierten unter dem Oberbegriff Unfinished Nursing Care weggelassene, teilweise oder nur zu einem nicht angemessenen Zeitpunkt durchgeführte Pflege. Palese et al. definierten 2023 in ihrer Studie Unfinished Nursing Care als Oberbegriff für unvollendete Pflege, der die Begriffe „*unerledigte Aufgabe*“, „*verpasste Pflege*“ und „*implizite Rationierung der Pflege*“ einzuschließen versucht und alle Aspekte der erforderlichen Patientenpflege wiedergibt, die teilweise oder verspätet unterlassen werden. Sie legten im Gegensatz zu Jones et al. (2015) den Begriff Unfinished Nursing Care etwas anders aus (Palese et al., 2023).

Hübsch, Spirig und Kleinknecht-Dolf (2021) übersetzten das Konzept „*Unfinished Nursing Care*“ als „*nicht vollständig durchgeführte Pflege*“. Sie beschrieben Unfinished Nursing Care, wie in der RN4CAST-Studie (Sermeus et al., 2011; Aiken et al., 2012), anhand der drei Subkonzepte „*Missed Nursing Care*“ (Kalisch et al., 2009), „*Implicit rationing of nursing care*“ (Schubert et al., 2007) und „*Nursing care left undone*“ (Aiken, Clarke, Sloane & Sochalski, 2001). Ziel ihrer Studie war die Entwicklung eines konzeptionellen Verständnisses von „*vollständiger und unvollständiger Pflege*“, um daraus ableitend Messinstrumente operationalisieren zu können. Zum besseren Verständnis dient Abbildung 5.

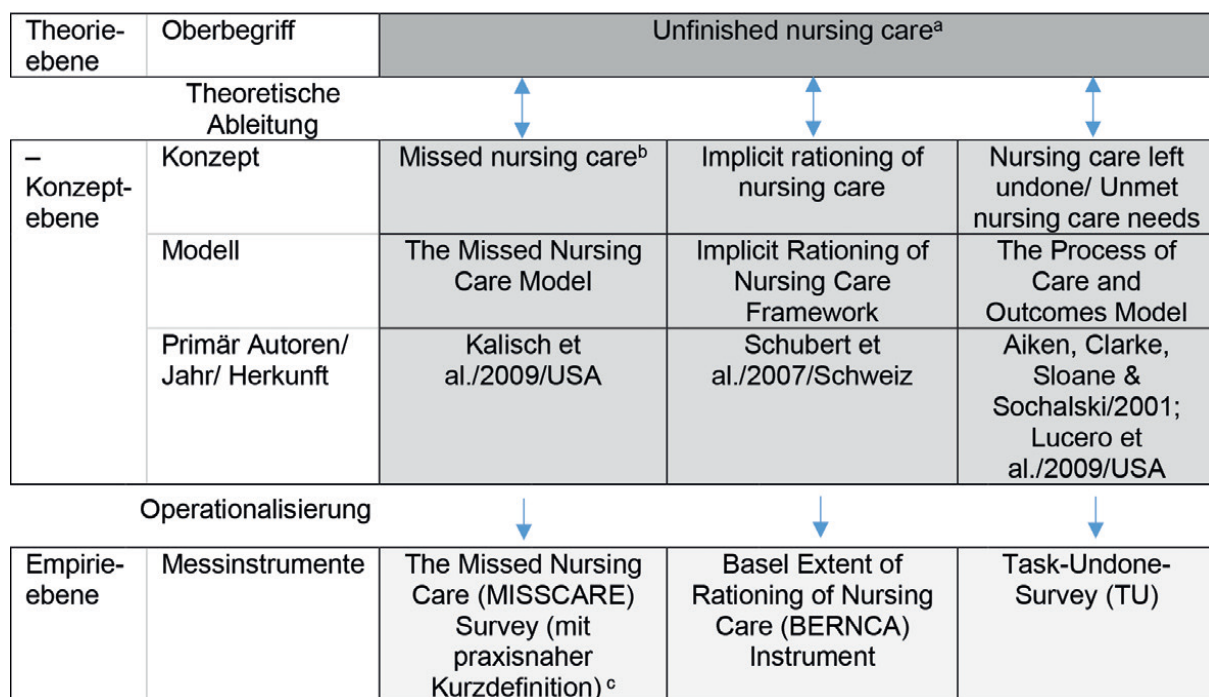


Abbildung 5. Darstellung des Begriffs Unfinished Nursing Care.

Hübsch, Spirig & Kleinknecht-Dolf, 2021, S.3

In der Literatur gibt es unterschiedliche Konzepte, welche nicht durchgeführte, versäumte und rationierte Pflege in unterschiedlichen namentlichen Ausprägungen beschreiben. Hübsch et. al (2021) kritisieren, dass im deutschsprachigen Raum eine kritisch reflektierte Definition fehlt, was unter durchgeführter und versäumter Pflege zu verstehen ist. Sie fanden keine Publikation, die einen konzeptuellen Rahmen für unterschiedliche Ausprägungen in der Durchführung von pflegerischen Handlungen beschrieb. In Ihrer Studie entwickelten die Autorinnen eine kontextabhängige Definition für „*durchgeführte und versäumte Pflege*“ (Hübsch et al., 2021).



So entstand je eine Definition für durchgeführte als auch für versäumte Pflege.

- Durchgeführte Pflege wurde wie folgt definiert: *„(...) Mit dem zeitlich angemessenen Durchführen notwendiger Pflegeinterventionen durch die Pflegefachpersonen eines Pflegeteams können der eruierte Pflegebedarf gedeckt und die erwünschten Pflegeergebnisse erreicht werden (...)“*  
(Hübsch et al., 2021, S.10)
- Versäumte Pflege wurde folgend definiert: *„Als versäumt hingegen gelten notwendige Pflegeinterventionen, die absichtlich oder unabsichtlich weggelassen, unvollständig oder zu einem Zeitpunkt durchgeführt wurden, der nicht mehr angemessen ist. Folglich kann der Pflegebedarf teilweise oder vollständig ungedeckt bleiben. Dies kann zur pflegerischen Unterversorgung führen und negative Patient\_innen- und Mitarbeiter\_innenergebnisse nach sich ziehen.“*  
(Hübsch et al., 2021, S.10)

## **2.2.2 Implicit Rationing of Nursing Care**

Rationierung wurde von Schubert et al. im Jahr 2008 als *"das Zurückhalten oder Nichtausführen notwendiger pflegerischer Aufgaben aufgrund unzureichender Zeit, unzureichender Personalausstattung und/oder unzureichender Qualifikation"* beschrieben (Schubert et al., 2008). Die beiden Konzepte *„Missed Nursing Care“* und *„Rationierung“* überschneiden sich in internationalen Diskussionen (Schubert et al., 2021). Der Begriff Missed Nursing Care wurde von Habermann et al. im Hinblick auf mögliche Ursachen als neutraler Begriff verwendet. Rationierungen werden in der Pflege häufig getätigt, sind jedoch nicht der einzige Grund für Missed Nursing Care (Habermann et al., 2022).

## **2.2.3 Nursing Care Left Undone**

Nursing Care Left Undone wird von Aiken et al. (2001) als notwendige pflegerische Tätigkeit definiert, die von Pflegepersonal aus Mangel an Ressourcen (Zeitmangel, Mangel an strukturellen Ressourcen sowie fehlenden personellen Ressourcen) nicht durchgeführt wurde. Die Autor\*innen untersuchten den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung von Krankenhäusern und den Arbeitsbedingungen aus Berichten von 43.000 Pflegepersonen aus mehr als 700 Krankenhäusern in den Verei-

nigten Staaten, Kanada, England, Schottland und Deutschland aus den Jahren 1998 und 1999 (Aiken et al., 2001).

#### Weiterentwicklung zum Konzept „unmet nursing care needs“

Nursing care left undone wurde von Lucero et al., im Jahr 2009 zum Konzept „unmet nursing care needs“ weiterentwickelt. Sie beschrieben darin den nicht erfüllten Pflegebedarf als ein Maß, das Pflegepersonal nicht für Patient\*innen erfüllen konnte. Unerfüllter Pflegebedarf bezieht sich auf notwendige pflegerische Tätigkeiten, die aufgrund fehlender Zeit nicht erledigt werden konnten. Die Unterschiede in der Qualität der Pflege in den einzelnen Krankenhäusern wurde sehr stark mit dem Pflegeumfeld assoziiert, in dem das Pflegepersonal arbeitete. Die Unterlassung notwendiger pflegerischer Maßnahmen in verschiedenen Krankenhäusern wurde als Qualitätsindikator für die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern untersucht und beschrieben (Lucero et al., 2009).

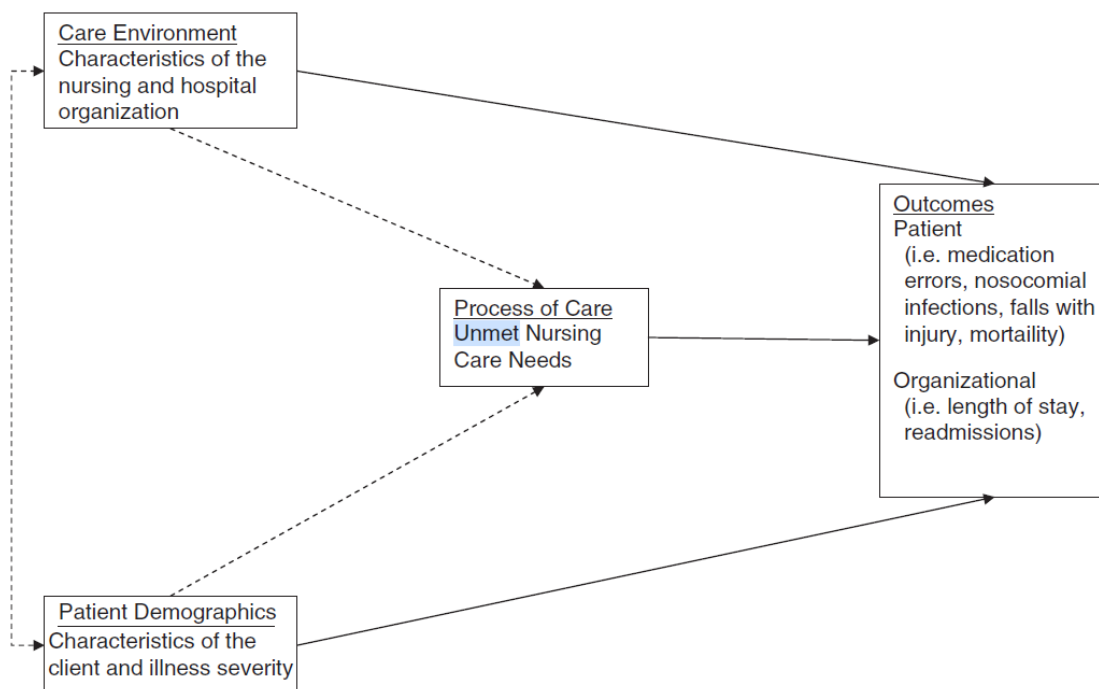


Abbildung 6. Darstellung des Konzepts unmet nursing care needs.

Lucero, Lake & Aiken, 2009, S. 2

Pflegeprozess, Patient\*innenfaktoren, Pflegeumfeld und Ergebnisse stehen im Modell in einer zeitlichen Beziehung. Pflegeprozess, Patient\*innenfaktoren und Pflegeumfeld haben direkten Einfluss auf die Ergebnisse. Strukturelle Merkmale der Krankenhausorganisation sind in die Pflegeumgebung integriert (Lucero et al., 2009).

## 2.3 Gelebte Erfahrungen mit versäumter Pflege

### Perspektive professionell Pflegender

Angst vor Konsequenzen, Vergeltung und Schuldzuweisungen für das Äußern von Bedenken können Gründe sein, dass Pflegepersonal Probleme in der Einhaltung von Praxisstandards nicht meldet (Attree, 2007). Weiters können Schuldgefühle, Ohnmacht und Angst Gründe sein, versäumte Pflege nicht anzusprechen (Kalisch, 2006). Da versäumte Pflege oft nicht angesprochen wird, fehlt das Wissen über tagtägliche Entscheidungen, welche Pflegetätigkeiten von Pflegepersonal vollständig geleistet werden, welche aufgeschoben und welche unterlassen werden (Kalisch et al., 2009).

### Perspektive der Studierenden

Krankenpflegestudent\*innen im Iran beschrieben in einer interpretativ-phänomenologischen Studie ihre gelebten Erfahrungen von versäumter Pflege. Die Autor\*innen beschrieben anhand der zwei Kernthemen „*Unerfüllte Pflege*“ als verpasste Chance und „*Leben in der Ungewissheit*“ ethische Konflikte und den Herausforderungen, die in Bezug auf die Patient\*innen auftreten können sowie die erlebten Verwirrungen und Emotionen während der versäumten Pflege. Die Student\*innen sprachen über Probleme wie zum Beispiel die moralische Belastung oder Stress, die weggelassene Pflege mit sich bringt. So erwogen einige Student\*innen aus Frust den Job zu quittieren. Als Faktoren für den Frust, mit den damit einhergehenden negativen Gefühlen, wurden unzureichende Aufsicht und ein ineffizientes System genannt. Die Studienteilnehmer\*innen beschrieben versäumte Pflege als eine irreparable Situation, wie einen fehlenden Kreis im Pflegeprozess (Najafi et al., 2021).

Abawaji (2024) verglichen Studierende aus sieben Ländern. Dieser Vergleich Studierender aus mehreren Ländern zeigte, dass versäumte Pflege in deren Erfahrungen moralischen Stress, Selbstzweifel, Schuldgefühle und Druck auslöste und die Fähigkeit zur Erfüllung vorgeschriebener Praxisanforderungen einschränkte.

Gibbon und Crane (2018) beschrieben in ihrer Studie sehr ausführlich wie englische Studierenden ihre gelebten Erfahrungen mit versäumter Pflege in pragmatische Akzeptanz umwandelten. Dies spiegelte sich bei den Studierenden auch in ihrem zukünftigen Berufswunsch wider.

Die international Studierenden erlebten Missed Nursing Care sehr vielfältig.

## 2.4 Distress

Hans Selye (1974) unterscheidet zwei Arten von Stress:

- Positiven Stress (Eustress)
- Negativen Stress (Distress oder Dysstress) (Selye, 1974)

Nach dem Konzept von Selye aus dem Jahr 1974 deutet negativer Stress, auch distress genannt, darauf hin, dass eine Person negative Emotionen und negative Auswirkungen auf körperlicher Ebene erlebt. Dies können zum Beispiel die meisten psychosomatischen Phänomene sein (Bienertova-Vasku, Lenart & Scheringer, 2020). Distress kann als Not *„emotionaler, sozialer, spiritueller oder körperlicher Schmerz oder Leiden sein, das dazu führen kann, dass sich eine Person traurig, ängstlich, deprimiert, beunruhigt oder einsam fühlt.“* (National Cancer Institute, 2024).

Nach der Definition des Begriffes distress möchte ich aufzeigen, was distress als Not oder Stress für diese Masterarbeit bedeutet, um einen Bezug zu dieser Forschungsarbeit und Missed Nursing Care herzustellen.

### Allgemeiner Stress

Stress kann in unterschiedlichen Formen auftreten und zu Missed Nursing Care führen. Stress kann körperlicher oder emotionaler Natur sein. Bedingende Stressfaktoren können zum Beispiel Zeit- oder Personalmangel sein. Versäumte Pflegetätigkeiten können bei Studierenden zu unterschiedlichen Arten von Stress führen, zum Beispiel zu moralischem Stress.

### Moral distress

Die Pflegewissenschaftlerin Corley beschreibt 2021 moral distress als ein erhebliches Problem, das Pflegende in allen Gesundheitssystemen betrifft. Moralischer Stress oder moralische Not tritt oft bei unzureichend ausgebildetem Personal, bei Personalmangel und bei organisationsinternen Faktoren auf. Dies kann den Pflegenden die Erfüllung der Bedürfnisse von Patient\*innen und deren Angehörigen erschweren. Leider wird dem Phänomen des moral distress bei Pflegepersonal zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Corley, 2021). Der Philosoph Jameton beschrieb im Jahr 1984 moral distress in der Pflege als psychologisches Ungleichgewicht oder quälendes Gefühl, das Pflegende empfinden, wenn sie sich der moralisch korrekten Handlung bewusst sind, diese aber aufgrund von Hindernissen oder fehlender Unterstüt-

zung nicht angemessen durchführen können (Jameton, 1984). Moralischer Stress entsteht bei dem Versuch, moralische Integrität aufrechtzuerhalten, wenn gegen eigene moralische Wertevorstellungen gehandelt wird (Kelly, 1998). In einer narrativen Synthese wurden 20 Schlüsseldefinitionen zu moral distress aus 152 Arbeiten identifiziert und analysiert. Aus den unterschiedlichen Facetten, wie die Studien moral distress definierten, wurde vorgeschlagen, dass die Kombination aus der Erfahrung eines moralischen Vorfalls, dem Erleben von psychischer Belastung und einem direkten kausalen Zusammenhang zwischen Vorfall und Belastung notwendige und ausreichende Bedingungen für moral distress sind (Morley, Ives, Bradbury-Jones & Irvine, 2019).

### Perspektive der Studierenden

Unzufriedenheit und moralischer Stress können zu einer verminderten pflegerischen Ergebnisqualität beitragen, wenn die Studierenden ihre pflegerischen Tätigkeiten nicht vollumfänglich durchführen können. Dadurch kann bei Studierenden die Bereitschaft steigen, den Beruf zu verlassen (Habermann et al., 2022).

## 2.5 Coolout

Die „Coolout“-Theorie von Kersting beschreibt, wie Pflegende lernen, mit dem unauf lösbaren Widerspruch in den Anforderungen an sie umzugehen. So haben viele Pflegepersonen auf den Stationen, auf denen sie arbeiten, nicht immer die optimalen Voraussetzungen. Es gibt Stress und Zeitmangel. Es gibt viele weitere Gründe, warum Pflegetätigkeiten nicht vollumfänglich durchgeführt werden. Coolout beschreibt einen Prozess der moralischen Desensibilisierung, ein gewisses „*Sich-kalt-Machen*“ (Kersting, 1999).

Die Fähigkeit zur Kälte wird als Mechanismus zum Selbstschutz beschrieben, um im pflegerischen Arbeitsalltag handlungsfähig zu bleiben. Es gilt den Widerspruch zwischen der normativen Forderung nach moralischem Handeln und den gegebenen Arbeitsverhältnissen auszuhalten und zu verarbeiten. Somit sollten Pflegende lernen, in diesen Widersprüchen handlungsfähig zu bleiben. Die Theorie schreibt, dass Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind. Die Autorin des Artikels geht sogar so weit zu behaupten, dass Regelverletzungen im pflegerischen Alltag der Normalfall sind, von der mikrokleinen Abweichung bis zur größeren wahrnehmbaren Abweichung. Ihrer Meinung nach ist es wichtig, diesen Widerspruch von Anspruch und Realität auszuhalten und sich immer neu an Situationen adaptieren zu können. Die Autorin beschreibt, wie wichtig es wäre, diese (präventive) Fähigkeit, in Widersprüchen zu denken, zu erwerben (Kersting, 2022).

Coolout greift auf die Metapher der „*Bürgerlichen Kälte*“ zurück und versucht zu erklären, wie Pflegende den Widerspruch des Arbeitsalltags zwischen Anspruch und gegebenen Verhältnissen aushalten können und wie dies auf einer strukturellen Ebene zu einer nicht akzeptablen Stabilisierung pflegerisch nicht vollständig durchgeführter Tätigkeiten beiträgt. Der Begriff der Bürgerlichen Kälte bezieht sich auf die von Max Horkheimer und Theodor Adorno beschriebene Dialektik der Aufklärung und erschien in der Erstausgabe im Jahr 1947 (Horkheimer & Adorno, 2022). Andreas Gruschka beschrieb ab 1994 bürgerliche Kälte im Kontext der Pädagogik. Der Begriff der bürgerlichen Kälte wurde von Andreas Gruschka zur Frage nach der Entwicklung moralischer Urteilskraft dargestellt (Gruschka, Deneke, Heinrich & Pollmans, 2005).

Anhand der Kälte in der Coolout-Theorie soll aufgezeigt werden, wie Pflegende das Spannungsfeld ihres Berufes aushalten und ihre moralische Integrität zu wahren versuchen (Kersting, 2016).

Kersting beschreibt anhand einer Kälteellipse Unterschiede in der Zunahme des Reflektionsniveaus:

- „Vom naivem Zugang, bei dem der Widerspruch in den Anforderungen gar nicht erkannt wird,
  - Über eine (gleichsam ohnmächtige) Hinnahme in der Praxis,
  - Über engagierte Versuche der praktischen Auflösung des Widerspruchs mit unterschiedlichen Strategien
  - Bis hin zu einer Einsicht in die Unauflösbarkeit des Widerspruchs.“
- (Kersting, 2016, S.5)



Abbildung 7. Kälteellipse. Kersting, 2011, S. 93

## 2.6 Stufen zur Pflegekompetenz

Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege stehen am Anfang ihrer pflegerischen Ausbildung und verfügen oft noch nicht über die benötigten Kompetenzen für den Umgang mit Missed Nursing Care. Die Kompetenz mit versäumten pflegerischen Tätigkeiten umzugehen, kann nicht vorausgesetzt werden, sondern muss erst im Laufe der Jahre erworben werden. So muss das Erkennen, Bewerten und das daraus resultierende Handeln erst durch jahrelange Praxis erlernt werden. Zum ersten Mal beschrieb die Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner 1982 in ihrem Buch *„From Novice to Expert“* anhand von fünf Entwicklungsstufen ein Modell zur Entwicklung von Pflegekompetenz (Benner, 1982). So befinden sich Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege in Stufe 1 (Anfänger). In ihrem nach dem Dreyfus-Modell des Kompetenzerwerbs aufbauenden Stufenmodell arbeiten Studierende wie Anfänger noch regelgeleitet und im Verhalten eingeschränkt und unflexibel. Das regelgeleitete Arbeiten beschrieb sie als Charakteristikum für pflegende Anfänger in Stufe 1 ihres Kompetenzmodells (Benner, 2017).

Die Wichtigkeit von Erfahrungen zur Erreichung von Kompetenzen in der Handlungsfähigkeit beschrieb Dreyfus 1982. So macht es einen Unterschied, wenn die anfängliche Kompetenzebene nur durch schulisch vermittelte Grundsätze und Theorien erreicht wird oder wenn eine Person auf der nächsten Kompetenzebene die Fähigkeit zu kontextabhängigem Handeln und Beurteilen erlernt (Dreyfus, 1982).

Um Patient\*innen gut pflegen zu können, ist für Benner die Entwicklung eines vertieften Patient\*innenverständnisses nötig. Sie beschreibt die dafür benötigten Fähigkeiten wie folgend:

- *„Die Person als einzigartiges Individuum wahrnehmen*
- *Wissen, wie ein Patient auf bestimmte Interventionen oder Medikamente reagiert*
- *Gewohnheiten und Präferenzen kennen*
- *Körperliche Belastbarkeit genau abschätzen können*
- *Psychische Belastbarkeit, innere Ressourcen und Bewältigungsstrategien kennen*



- *Wissen, was eine Krankheit für einen Menschen in seiner Lebenssituation bedeutet*
- *Je besser Pflegende einen Patienten verstehen, desto genauer können sie seinen momentanen Pflege- und Unterstützungsbedarf einschätzen*
- *Einen Pflegeplan erstellen*
- *Interventionen auswählen, die den Patientenzustand verbessern und lindern*
- *Einschätzen, wie pflegerische Interventionen wirken.“ (Benner, 2017, S.26)*

Dies zeigt laut Benner die Fähigkeiten auf, die Studierende im Laufe der Jahre erwerben sollten, um ihre Pflegekompetenzen zu steigern (Benner, 2017). Mit einem vertieften Patient\*innenverständnis sollen Pflegende die Fähigkeit erwerben die Einzigartigkeit von Patient\*innen zu berücksichtigen und die benötigte Pflege individuell auf sie abzustimmen (Radwin, 1996). Mit den beschriebenen Fähigkeiten zeigt Benner (2017), welche Fähigkeiten Pflegende im Idealfall entwickeln sollten. Im Umkehrschluss zeigt es auch die Möglichkeiten für Missed Nursing Care, wenn Studierende diese Fähigkeiten noch nicht besitzen.

## **2.7 Elemente der Pflege, die weggelassen werden**

Weniger sichtbare Pflegeelemente werden häufiger ausgelassen als solche, an denen Personen der Gesundheitsberufe direkt oder indirekt arbeiten. Pflegerische Tätigkeiten, die sichtbar sind, fallen mehr auf, wenn sie weggelassen werden. Somit werden emotionale Unterstützung, notwendige Gespräche oder Körperpflege eher ausgelassen als die Verabreichung von verordneten Medikamenten oder die Vorbereitung von Patient\*innen auf einen Test oder eine Therapie. Somit können ausgelassene Pflegetätigkeiten die Qualität und Sicherheit der Pflege beeinträchtigen (vgl. Kalisch, 2006), die allgemeine Patient\*innenzufriedenheit mindern und den Stress bei den Personen, die diese Pflegetätigkeiten auslassen, erhöhen, vor allem bei länger anhaltendem Zeitdruck über einen längeren Zeitraum (Schubert et al., 2021).

### Perspektive der Studierenden

Die Thematik von Missed Nursing Care ist sehr komplex. Einerseits haben sich Palese et al. (2023) in den untersuchten Studien mit dem Auftreten, den Ursachen und den Entscheidungsprozessen der nicht durchgeführten Pflege bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt. Andererseits haben sie auch die Art und Weise erwähnt, wie die Studierenden mit den nicht durchgeführten Pflegetätigkeiten umgehen und den sich daraus ergebenden Dilemmata und Gefühlen. Studierende sollen versäumte Pflege nicht als pragmatische Norm akzeptieren. Die Autoren erklären, dass es vermehrte qualitative Forschung zur Thematik der weggelassenen Pflege bei Studierenden benötigt, da es für diese Form der Forschung mit Studierenden noch keine validierten Instrumente gibt. Die Autoren sind der Meinung, dass die sensible Thematik der unvollendeten Pflege sich bei Studierenden besser mit qualitativen Ansätzen erforschen lässt (Palese et al., 2023).

## 2.8 RANCARE

Im Februar 2017 nahmen die Mitglieder der europäischen Aktion RANCARE 15208 mit dem Titel "*RATIONING-MISSED CARE: An international and multidimensional problem (RANCARE)*" an einer vierjährigen Studie teil, die von der European Cooperation in Science and Technology finanziert wurde. RANCARE sollte durch ihren länderübergreifenden Diskussionsansatz über unvollendete Pflege Auswirkungen auf die Praxis, berufliche Entwicklung und Ausbildung forcieren. RANCARE bezieht sich auf das Konzept „*Unfinished Nursing Care*“, das sich auf die drei Konzepte „*missed nursing care*“, „*implicit rationing of nursing care*“ und „*care or tasks left undone*“ bezieht. Ziel der Studie war die Entwicklung einer Leitlinie zur besseren Berichterstattung zu unvollendeter Pflege. In der gesamten RANCARE-Leitlinie wurde der Begriff der unvollendeten Pflege verwendet, um alle damit verbundenen Konzepte miteinschließen zu können. Die RANCARE-Leitlinie soll eine Orientierungshilfe für alle Forschungsarbeiten sein, die sich mit unvollständiger, versäumter, rationierter und unterlassener Pflege beschäftigen. Die RANCARE-Leitlinie soll die Vollständigkeit und Transparenz in der Berichterstattung zu nicht abgeschlossener Pflege erhöhen. Transparentere und vollständigere Ergebnisse sollen ein besseres Verständnis für den Zusammenhang zwischen nicht abgeschlossener Pflege und den daraus resultierenden Ergebnissen für Patient\*innen und Pflegekräfte aufzeigen. Dadurch sollen zielgerichtete Maßnahmen ergriffen werden können, um die Sicherheit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen verbessern zu können (Blatter et. al., 2021).

Schlussendlich wurde die Leitlinie Strengthening tRansparent reporting of reseArch on uNfinished nursing **CARE (RANCARE)** entwickelt. RANCARE erhöht das Potenzial für die Forschung zur unvollendeten Pflege. RANCARE erleichtert den Vergleich von Studien, die diese eng miteinander verwandten Konzepte untersuchen (Blatter et. al., 2021).

## **2.9 Fehlende konzeptionelle Verortung von Studierenden in Missed Nursing Care**

In Österreich wurde noch keine Forschung zur Konzeption des noch relativ jungen Phänomens Missed Nursing Care bei Studierenden durchgeführt, was eine diesbezügliche Forschungslücke erkennen lässt. In der Konzeption gibt es zwar das Missed Nursing Care Modell nach Kalisch et al. (2009), jedoch ist dies ein generelles Modell zur Entstehung von Missed Nursing Care. Ein Modell als Konzept, dass sich mit Missed Nursing Care ganz speziell auf Studierende und ihre Bedürfnisse (so müssen beispielsweise ethische Werte und Grundhaltungen bei Studierenden erst entwickelt werden und können noch nicht vorausgesetzt werden) ausrichtet, gibt es in der internationalen Literatur noch nicht. Somit würde ein allgemeines Modell zur Entstehung von Missed Nursing Care nicht den spezifischen Anforderungen von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege entsprechen.

## 3 Methodik

### 3.1 Literaturrecherche

Barroso et al. (2003) beschrieben in ihrer Studie „*The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies*“ die Problematik in der Suche und dem Auffinden von thematisch benötigten qualitativen Studien. Die Autor\*innen gaben ab Seite 174 ihrer Studie Empfehlungen für Suchende. Sie beschreiben, dass die Suche nach qualitativen Studien eine Reihe benötigter Faktoren beinhaltet. So müssen die zur Verfügung stehenden Ressourcen eingeplant werden. Habe ich genug Zeit? Habe ich Zugang zu den benötigten Datenbanken? Beim ersten Durchlesen von Studien können Zitate in den Studien stichprobenartig überprüft werden, ob sie zu den Ansprüchen der Forschungsarbeit passen. Die Autor\*innen fanden alle ihre eingeschlossenen Studien großteils auf elektronischem Weg. Die externe Suche in Kapiteln von Büchern in Bibliotheken wurde als schwierig und zeitaufwendig beschrieben (Barroso et al., 2003).

Die Zitate in qualitativen Arbeiten Studierender anderer Länder zu Missed Nursing Care wurden in der Literaturrecherche dieser Arbeit ebenfalls auf ihre Unterschiede und Deckungsgleichheit zu den Aussagen der österreichischen Studierenden begutachtet und verglichen. Somit konnten die qualitativen Studien unter anderem anhand der Zitate auf ihre Nützlichkeit für diese Masterarbeit überprüft werden.

Die Literaturrecherche in dieser Forschungsarbeit war ein iterativer Prozess, der sich von Anfang bis Ende des Forschungsprozesses wiederholte. So wurde die Literatursuche beim Start im Masterkolloquium und dem damit verbundenen Schreiben eines Exposés begonnen, in der Verschriftlichung der eigentlichen Masterarbeit weitergeführt und erst kurz vor Abgabe der fertigen Masterarbeit beendet. Weiters wurde eine englischsprachige Dissertationsarbeit in Buchform (The MISSCARE-Austria-Study, Cartaxo, 2023) in der Fachbereichsbibliothek Wien für Soziologie und Politikwissenschaft zu Recherchezwecken ausborgt, die in digitaler Form im Internet nicht verfügbar war.

## Technik der Informationsbeschaffung

Als erste Technik der Informationsbeschaffung wurde die Berrypicking-Methode ausgewählt. Anfänglich wurde anhand eines Merkmals die Suche durch eine Vielzahl an Quellen gestartet. Mit jeder weiteren gewonnenen Information wurde die Suche geändert und adaptiert und es erfolgte eine neue Konzeption der Abfrage. Dadurch konnten weitere nützliche Informationen und Referenzen identifiziert werden. Berrypicking wird als sich ständig entwickelnde Suche bezeichnet (Bates, 1989).

Darüber hinaus wurde rückwärtsgerichtet gesucht, um in den publizierten Studien anhand der Literaturangaben und Fußnoten mögliche weitere potenziell nützliche Studien zu Missed Nursing Care zu detektieren. Vorwärtsgerichtet wurde in Zitationsdatenbanken gesucht, wer die Artikel schon in weiteren Folgearbeiten zitiert hat. So wurde auf Google Scholar zum Beispiel der Artikel „*The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface*“ von Bates (1989) bereits in 2910 Folgearbeiten zitiert.

Die durchsuchten Datenbanken waren PubMed und Google Scholar. Die Suche erfolgte anhand der Suchparameter „*missed nursing care*“ OR „*missed care*“ OR „*students*“. Verwendete Literatur wurde in CITAVI importiert und anhand des APA-Zitationsstils in einer Word-Datei als Literaturliste gespeichert.

### **3.2 Forschungsziel und Forschungsfrage**

Diese Masterarbeit soll das Erleben von Missed Nursing Care bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich aufzeigen und einschätzen. Einerseits sollen mögliche detektierbare Hürden und Herausforderungen, die zu bewussten, unbewussten oder teilweise weggelassenen Pflegetätigkeiten führen, beschrieben werden. Andererseits sollen neben den Schwächen auch die möglichen Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden. Forschungsziel und Forschungsfrage basieren auf der bereits ausformulierten Forschungslücke.

Aus dem formulierten Forschungsziel resultiert folgende Fragestellung:

Wie erleben Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege Missed Nursing Care in den Praktika des akutstationären Settings?

Es wird erwartet, dass Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege im pflegerischen Arbeitsalltag ihrer Praktika immer wieder vor Herausforderungen mit Missed Nursing Care stehen und in gewissen Situationen pflegerische Tätigkeiten implizit rationieren oder versäumen. Durch Beantwortung der Fragestellung soll das Phänomen Missed Nursing Care bei Studierenden erforscht werden. Hier könnte bei den Studierenden Verbesserungspotenzial im Umgang und Verständnis für Missed Nursing Care vorhanden sein.

Für die Praxis der Pflegewissenschaft sind neue Erkenntnisse zu Missed Nursing Care von Studierenden im Kontext von Praktika mögliche Voraussetzungen für Weiterentwicklungen. So können neugeschaffene Wissensgrundlagen Studierende im Umgang mit versäumten Pflegetätigkeiten stärken, ihre Sichtweise auf die Thematik schärfen und sie zu gezielten Entscheidungen in Situationen bei wegzulassenden Tätigkeiten befähigen. Neue Wissensseinblicke zur Thematik können auch für die Lehre genutzt werden, um die Ausbildung von zukünftigem Pflegepersonal zu verbessern.

### **3.3 Design**

Um die Aspekte zu beleuchten, die für die Beantwortung dieser Forschungsfrage nötig sind, wird ein qualitativer und explorativer Forschungsansatz verwendet. Realität setzt sich nicht nur aus messbaren Ergebnissen zusammen, sondern entsteht in der menschlichen Interaktion durch Bedeutungen und Zusammenhänge. In der qualitativen Forschung steht der Mensch mit seinem individuellen Erleben im Zentrum, da Menschen unterschiedlich wahrnehmen und interpretieren. Ziel der qualitativen Forschung ist das ganzheitliche Erfassen von Erlebnissen und das Verständnis für die teilnehmenden Personen (Mayer, 2022).

Als Mittel zur Wahl wurde das qualitative Einzelinterview gewählt, da die generierten Informationen aufgezeichnet werden können, unverzerrt und authentisch sowie intersubjektiv nachvollziehbar sind. Dadurch ist das Datenmaterial reproduzierbar (Lamnek & Krell, 2016). Das Erleben von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege mit Missed Nursing Care, im Kontext ihrer Ausbildung, soll erforscht werden, um daraus logische Schlussfolgerungen ableiten zu können. Die Identifizierung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden im individuellen Erleben generiert Möglichkeiten für das weitere Theorisieren des Phänomens aus der besonderen Perspektive von Studierenden in Österreich und die Herleitung von Empfehlungen für Unterstützungsmöglichkeiten.

### **3.4 Teilnehmendenbeschreibung**

Für diese Masterarbeit wurden zehn Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege des dritten Studienjahrgangs, bestehend aus dem fünften und sechsten Semester österreichischer Fachhochschulen für die problemzentrierten Interviews ausgewählt. Das Sample setzte sich aus neun weiblichen und einer männlichen Person zusammen. Die Hälfte der befragten Studierenden war zwischen 18 und 30 Jahren alt. Die andere Hälfte war zwischen 31 und 60 Jahren alt. Als Setting ihrer Praktika gaben die Befragten die Allgemeinstation, Intensivstation, Ambulanz sowie das chirurgische, psychiatrische sowie internistische Setting an. Allgemeinstationen sind Bettenstationen, die interdisziplinär von verschiedenen Fachbereichen belegt sind.

Um an vergleichbare Ergebnisse zu kommen, wurden Studierende eingeladen, die sich auf dem gleichen beruflichen Entwicklungslevel befinden. Studierende des ersten und zweiten Studienjahrgangs hätten noch nicht die gleichen Erfahrungen in ih-



ren Praktika und womöglich auch noch nicht das gleiche Verständnis zu Missed Nursing Care. Diese Studie beschränkt sich nur auf Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege und nicht auf alle Pflegeberufe. Somit waren Pflegefachassistent\*innen und Pflegeassistent\*innen aus dieser Studie per se ausgeschlossen. Die Studienteilnehmer\*innen verfügten über ausreichende Deutschkenntnisse, um ihre subjektiven Erlebnisse in ihren Praktika im akutstationären Setting angemessen darzustellen.

### **3.5 Feldzugang und Rekrutierung**

Anfänglich wurde die Bewilligung zur Studiendurchführung bei einem österreichischen Gesundheitsträger eingeholt, da es sich bei der Fachhochschule um eine hierarchische Einheit handelt. Als Gatekeeper wurde die Studiengangsleitung des Fachhochschul-Studienstandorts durch eine schriftliche E-Mail über die Durchführung der Masterarbeit informiert und um Zustimmung zur Durchführung der Masterarbeit gebeten. Mit Erlaubnis des Gesundheitsträgers und der Studiengangsleitung des jeweiligen Fachhochschul-Studienstandorts wurden Studierende von zwei Fachhochschulen für die Interviews akquiriert. Die Studiengangsleitung versendete ein vom Autor der Masterarbeit vorgefertigtes Informationsschreiben (siehe Anhang 1) für Studierende und das Exposé an die Studierenden des fünften und sechsten Semesters ihres Fachhochschul-Studienstandorts. Weiters stellte der Autor die Masterarbeit in vier Zoom-Praxisreflexionen per Powerpoint-Vortrag den Studierenden des dritten Studienjahrgangs vor.

### **3.6 Datenerhebung**

#### Datenerhebung

Vor der Durchführung des Interviews erhielten die interviewten Personen einen Kurzfragebogen zu den soziodemografischen Daten und der Station der Praktika im akutstationären Setting (siehe Anhang 3) sowie eine Studieninformation mit Informationen zur Durchführung und Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und Informed Consent (siehe Anhang 2). Mit der Unterschrift unter den Informed Consent gaben die Teilnehmer\*innen ihre Zustimmung zur Durchführung des Interviews und der Nutzung der darin enthaltenen Daten.

Um externe Einflüsse zu vermeiden, wurden Einzelinterviews ausgewählt. Zur Datenerhebung wurden problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) geführt. Sechs Interviews wurden vor Ort direkt mit den Studierenden geführt, vier Interviews per Zoom. In einem diskursiv-dialogischen Verfahren wurde die individuelle Erfahrung von Studierenden mit Missed Nursing Care anhand von Interviews erhoben. Das Interview wurde semistrukturiert durchgeführt, einerseits deduktiv um gewisse Aspekte gezielt anhand des Leitfadens (siehe Anhang 4) zur Sprache zu bringen, andererseits induktiv um den Studierenden auch genug Freiraum für ihre eigenen Gedanken und Assoziationen zu lassen. Ein Postskriptum wurde nur dann angefertigt, wenn es Auffälligkeiten in den Interviews gab oder nach abgeschalteten Interviews noch wichtige Informationen kamen (Witzel, 2000).

Der Leitfaden wurde mit deduktivem und induktivem Teil im Vorfeld der Interviews, in Anlehnung an die Kriterien von Helfferich (2011), konzipiert und vor den Interviews in einem separaten Interview mit einer an der Studie nicht beteiligten Person getestet. Der Leitfaden sollte helfen individuelle Erzählungen zu vertiefen, der gewünschten Thematik in ihrer Zielsetzung mehr Inhalt zu verleihen und die Zielfokussierung auf Themenbereiche sowie die Forschungsfrage nicht zu verlieren (Witzel, 2000). Der Erinnerungs- oder Argumentationsfluss sollte unterstützt werden, um spontan produzierte Erzählungen zu fördern (Helfferich, 2011). Der Leitfaden diente im Interview als Orientierungshilfe mittels Einstiegsfrage, Erzählimpulsen und möglichen Nachfragegelegenheiten.

Die Einzelinterviews hatten eine Dauer zwischen 28 und 50 Minuten in ruhiger Atmosphäre und wurden zur Nachvollziehbarkeit des Dialogs mittels digitalem Audiogerät und zur doppelten Absicherung mittels Mobiltelefon aufgezeichnet. Die Gesamtzeit des Audio-Datenmaterials belief sich auf über sechs Stunden. Alle Interviews verliefen ruhig und komplikationslos.

### 3.7 Datenanalyse

Nach den Interviews wurden die digitalen Tonaufnahmen unter der Nutzung des Microsoft Softwareprogramms Word, nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz und Rädiker (2022, S. 200-201), in Anlehnung an Dresing und Pehl (2024), wörtlich transkribiert. Die fertigen Word-Transkripte wurden in MAXQDA hochgeladen und in einer Datei gespeichert, damit die Erstellung von Haupt-, Unter- und Subkategorien ermöglicht wird (Rädiker & Kuckartz, 2019).

Die Daten wurden anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse untersucht und ausgewertet (Kuckartz & Rädiker, 2022).

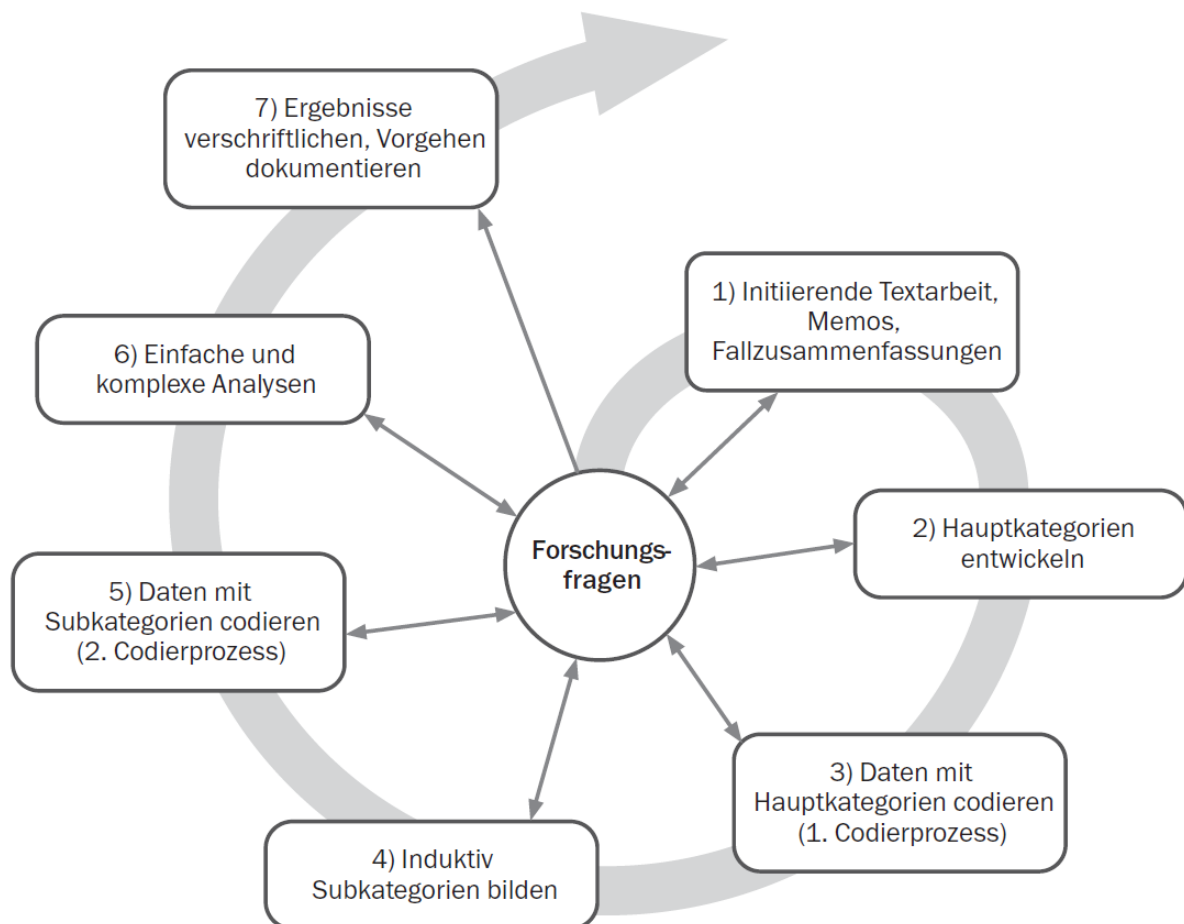


Abbildung 8. Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Kuckartz und Rädiker, 2022, S.132

Das Ziel der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ist in dieser Masterarbeit die Bildung von Kategorien, Unterkategorien und Subkategorien. Vollständig induktive als auch vollständig deduktive Kategorienbildungen sind in Forschungen eher selten. In dieser Masterarbeit wurden drei Kategorieebenen verwendet. Die vier Hauptkategorien (erste Ebene) dieser Masterarbeit wurden deduktiv gebildet, also im Vorhinein vorgegeben. Die Unter- (zweite Ebene) und Subkategorien (dritte Ebene), mit den im Ergebnisteil beschriebenen Themenkomplexen, haben sich induktiv, also frei aus den Texten der Interviews heraus, gebildet. Insgesamt wurden in MAXQDA in den zehn Interviews 248 Textstellen kodiert.

|  <b>Dokumente</b>         | <b>248</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|  Transkript_Interview A   | 32         |
|  Transkript_Interview B   | 26         |
|  Transkript_Interview C   | 30         |
|  Transkript_Interview K   | 19         |
|  Transkript_Interview E  | 17         |
|  Transkript_Interview F | 21         |
|  Transkript_Interview G | 32         |
|  Transkript_Interview H | 28         |
|  Transkript_Interview J | 27         |
|  Transkript_Interview D | 16         |

Abbildung 9. Anzahl der Kodierungen in den einzelnen Transkripten.

Eigene Darstellung aus MAXQDA

### 1. Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

Die zehn Transkripte wurden gelesen, mit Memos für markante Stellen in MAXQDA versehen und auf diese Weise mit Hinweisen und Paraphrasierungen zusammengefasst. Die Interviews wurden in Papierform ausgedruckt. Auf den Interviews wurde markiert und dazugeschrieben. Das war meine Art von Fallzusammenfassung, die geholfen hat, die wichtigsten Inhalte zu der eigentlichen Fragestellung dieser Masterarbeit zu verinnerlichen.

## 2. Hauptkategorien entwickeln

Die Hauptkategorien wurden nach dem Lesen der Transkripte auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft und mit Beschreibungen und Ankerzitaten aus dem Text heraus belegt. Folgend wird ein Beispiel zur Bildung einer Hauptkategorie dargestellt.

Beispiel: Hauptkategorie „*Strukturelle Rahmenbedingungen*“:

Im Umgang mit Missed Nursing Care hatten die Studierenden unterschiedliche Bedürfnisse in den strukturellen Rahmenbedingungen. Dies kann ein Wunsch nach einer guten Teamstruktur sein oder ein Wunsch nach verbesserter Kommunikation, Entlastungsgesprächen, besserer Anleitung, vermehrte Unterstützung durch einen Praxisanleiter/eine Praxisanleiterin oder Practical Trainer\*in.

Manchmal waren die strukturellen Rahmenbedingungen nicht den Wünschen der Studierenden entsprechend. Negativ auf Missed Nursing Care kann sich auswirken, wenn Praxisanleiter\*innen nicht anwesend sind und dadurch kein\*e Ansprechpartner\*in vor Ort ist, wenn Kolleg\*innen die Motivation zur Praxisanleitung fehlt, die Notengebung sich als Hemmschwelle erweist und Delegation anstatt Bezugspflege den Alltag von Studierenden dominiert.

Ankerbeispiel: *„Ich finde, in Wien wird viel mit - wie heißt es denn – also mit Delegation gearbeitet: Eine Pflegeperson geht durch und macht bei allen Patient\*innen den Blutdruck und die Temperatur. Statt: Wir zwei sind für dieses Zimmer zuständig und da machen wir alles. Ich hätte gerne dieses Gefühl, im Sinne von Transparenz und Zuständigkeit, auch Überblick zu haben, was ist gemacht, was ist nicht gemacht. Ebenso im Sinne von Verantwortung: Da steht mein Name für diesen Tag, für dieses Zimmer. Ich übernehme die Verantwortung dafür und stehe auch dafür gerade, dass die Personen, die in diesem Zimmer sind, oft genug und gut positioniert wurden. Ich würde mir wünschen, dass es nicht so ist: alle machen ein bisschen alles, aber da sind wir schon ziemlich im System.“*  
(Interview H, 431-442)

### **3. Daten mit Hauptkategorien (1. Ebene) kodieren**

In einem ersten Kodiervorgang wurde Zeile für Zeile geschaut, ob die Texte die Hauptkategorien bestätigen und Unter- beziehungsweise Subkategorien zulassen. Kuckartz und Rädiker (2022) sagen in einem hermeneutischen Ansatz, dass der Text erst im Ganzen verstanden wird, wenn ein Verständnis für den Text in seinen Einzelteilen vorhanden ist. Somit wurden nur maßgebliche Stellen farblich kodiert. So können Textpassagen mehreren Subkategorien zuordenbar sein. Auch in dieser Masterarbeit gab es Textstellen, die nicht ausschließlich nur einer Subkategorie zuordenbar waren. Kuckartz und Rädiker (2022) sagen, dass die Forderung nach klar präzisen und sich gegenseitig ausschließenden Kategorien ein Missverständnis ist. Eigentlich sollte die Kategorienbildung durch zwei unterschiedliche Personen erfolgen, die dann ihre Ergebnisse vergleichen und bei Bedarf anpassen. Dies ist jedoch bei einer Masterarbeit als Einzelarbeit nicht möglich. Die vier Hauptkategorien (siehe thematische Landkarte) dieser Masterarbeit wurden schon vorab aus dem erstellten Leitfaden des Interviews heraus konstruiert und vorgegeben, um den Interviews eine kleine wegführende Richtung zu geben. Die ersten zwei Hauptkategorien (Erfahrungen und Auswirkungen) wurden in der verschriftlichten Masterarbeit namentlich wie ursprünglich vorgesehen beibehalten, die letzten beiden Hauptkategorien wurden im Forschungsprozess mehrmals umbenannt. So wurde die dritte Hauptkategorie von der ursprünglichen Namensversion „*Entwicklung im Umgang mit Missed Nursing Care*“ in einem zweiten Versuch zu „*Entwicklung von individuellen Strategien*“ umbenannt, bevor sie schlussendlich zu „*Entwicklung pflegerischer Kompetenzen*“ umgeformt wurde. Die vierte Hauptkategorie wurde ebenfalls in mehreren Adaptionsschritten von anfänglich „*Wahrung der Bedürfnisse*“ schlussendlich in „*strukturelle Rahmenbedingungen*“ umbenannt.

### **4. Induktiv Unterkategorien (2. Ebene) bilden**

Anhand des ersten Kodiervorgangs wurden neben den vier Hauptkategorien (erste Kodierungsebene) fünf Unterkategorien (zweite Kodierungsebene) ausdifferenziert und gebildet, die sinnvoll erschienen. Zuerst wurden sie lose in MAXQDA als Unterkategorien benannt, um später in einem zweiten Kodiervorgang (Schritt Fünf) bestätigt oder verworfen und neugebildet zu werden. Es gab für jede Unterkategorie genug kodierte Stellen (zwischen 14 und 45 Textpassagen), um sie für sich alleine stehen lassen zu können. Bei zu geringer Anzahl an kodierten Stellen im Text hätte die

Sinnhaftigkeit einer Unterkategorie überdacht werden müssen. Kuckartz und Rädiker (2022) geben zur Erstellung von Unterkategorien das Motto aus: „*So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig.*“ (Kuckartz und Rädiker, 2022, S.139). Um Überschaubarkeit zu gewährleisten wurde versucht, die Anzahl an Unterkategorien nicht allzu groß zu gestalten.

## **5. Daten mit Subkategorien (3. Ebene) kodieren**

Im zweiten Kodiervorgang wurden abschließend die Subkategorien (dritte Kodierungsebene) erstellt. Hier zeigte sich, dass die Umbenennung der Subkategorien mehrmals nötig war und auch das kodierte Datenmaterial neu zugeordnet werden musste. Wenn kodierte Subkategorien zu wenig trennscharf waren, wurden sie zu einer Subkategorie zusammengefasst. Im Laufe des Schreibprozesses zeigte sich, dass gewisse Subkategorien besser zu anderen Unterkategorien passen. Dieser Adaptionsprozess von Subkategorien war ein iterativer Vorgang, der mehrmals durchlaufen wurde.

Schlussendlich wurden, wie in der thematischen Landkarte dargestellt, aus der ersten Hauptkategorie der Erfahrungen die drei Unterkategorien „*Erste Wahrnehmungen versäumter Pflege*“, „*Gründe für Missed Nursing Care*“ und „*Formen nicht geleisteter Pflege*“ gebildet. Aus der zweiten Hauptkategorie der Auswirkungen wurden die beiden Unterkategorien „*Auswirkungen für die Patient\*innen*“ und „*Auswirkungen für das Pflegepersonal*“ gebildet. Die dritte Hauptkategorie „*Entwicklung pflegerischer Kompetenzen*“ als auch die vierte Hauptkategorie „*strukturelle Rahmenbedingungen*“ blieben ohne Unterkategorie. Hier wurden aus den letzten beiden Hauptkategorien heraus direkt die Subkategorien gebildet.

## **6. Einfache und komplexe Analysen**

Kuckartz und Rädiker (2022) beschreiben acht Möglichkeiten für einfache und komplexe Analysen in Forschungsarbeiten. Diese Masterarbeit beschränkt sich auf zwei Analyseformen.

Eine erste kategorienbasierte Analyse fand entlang der Hauptkategorien statt. Danach folgte eine Analyse der Zusammenhänge zwischen Unter- und den Subkategorien einer Hauptkategorie, um eventuelle Themencluster identifizieren zu können. Um den Ergebnis- und Diskussionsteil schreiben zu können, wurden die markierten Textstellen zuerst gelesen und anschließend auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede

und mögliche weitere Potenziale analysiert. Inhaltliche Ergebnisse sollten auf qualitative Weise durch Zitate und Verschriftlichungen wiedergegeben werden.

Die markierten Textstellen in den Transkripten wurden dementsprechend entlang der Haupt-, Unter- und Subkategorien geclustert und dann im Ergebnisteil dargestellt. Dies ist die Grundstruktur, entlang welcher der Ergebnisteil und die Diskussion dieser Masterarbeit aufgebaut sind.

## **7. Ergebnisse verschriftlichen, Vorgehen dokumentieren**

Abschließend erfolgt die Verschriftlichung der Ergebnisse, welche dann weiter in der Diskussion erörtert werden. Jede Hauptkategorie wurde im Diskussionsteil entlang einer Frage erörtert. Zur Verschriftlichung werden Memos, Erkenntnisse, Zusammenhänge, Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Transkripten verwendet, um Antworten auf die Forschungsfrage zu erläutern. Diese sieben Schritte waren keine starre Abfolge, sondern waren iterativ. Der Durchlauf durch diese Schritte wiederholte sich zeitweise, da gewisse Schritte adaptiert und erneut durchlaufen wurden oder auch zeitweise fließend ineinander gingen.

So gab es zu gewissen Themen in dieser Masterarbeit gleiche oder ähnliche Ansichten der Studierenden. Bei anderen Themen unterschieden sich die Studierenden wiederum. Bei manchen Themen waren die Studierenden in ihren Antworten sehr ambivalent, wenn sie nicht wussten, wie sie mit einer Situation umgehen sollten. Hier zeigte sich, dass sich diese Masterarbeit um Studierende dreht, die in Ausbildung sind, zeitweise noch nicht sattelfest in Theorie und Praxis sind und sich im Umgang mit Missed Nursing Care unsicher fühlten. Dies zeichnet ein derzeitiges Stimmungsbild von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2024, vor dem Hintergrund der persönlichen und institutionellen Rahmenbedingungen in Österreich.



### 3.8 Ethische Aspekte

Da Studierende aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen Ausbildung als vulnerable Gruppe angesehen werden, wurde das Exposé, der für die Freigabe im Träger zuständigen Stelle vorgelegt und von dieser befürwortet. Diese wird aus Gründen der Anonymisierung hier nicht genannt.

Aus ethischen Überlegungen heraus wurde die Studiengangsleitung der beiden FH Studienstandorte zur Bewilligung der durchzuführenden Interviews und der Akquirierung von Studierenden konsultiert.

Vor der Durchführung der Studie wurden alle offenen Fragen der Studierenden beantwortet sowie der Informed Consent (siehe Anhang 2) erklärt und unterschrieben. Auf die Verschwiegenheitspflicht des Interviewers als auch der Betreuerin gegenüber fremden Personen wurde hingewiesen, da nur diese Personen Zugang zu den Daten in MAXQDA hatten. Alle Daten wurden vertraulich behandelt. Aufgrund ausreichender Anonymisierung konnten keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden. Risiken waren damit für die Teilnehmer\*innen möglichst geringgehalten. Die Studienteilnehmer\*innen hätten bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung ohne Konsequenzen von der Studie zurücktreten können.

In der Durchführung der Interviews entstand der Eindruck, dass die Teilnehmenden genug Vertrauen hatten, um frei über versäumte Pflege zu reden. Die Studierenden waren sogar froh ihre Sichtweise zu Missed Nursing Care und nicht vollumfänglich durchgeführten Pflegetätigkeiten in den Interviews darlegen zu können. Es entstand das Gefühl, dass viele Teilnehmende etwas zu sagen hatten und gerne am Interview teilnahmen. Auf die Stimmung in den Interviews wurde sehr sensibel geachtet. Da ich als Interviewer ebenfalls einen pflegerischen Hintergrund habe, versuchte ich in der Rolle als Forscher zu bleiben, um möglichen Rollenkonflikten vorzubeugen.

Um die Datenschutzbestimmungen zu gewährleisten, wurde das Datenmaterial vertraulich auf einem externen Datenträger gespeichert. Die Audiodateien dienten nur dem wissenschaftlichen Zweck dieses Forschungsvorhabens und wurden nach Beendigung der Masterarbeit wieder gelöscht. Von einer Transkriptionsveröffentlichung als auch einem öffentlichen Forschungsbericht wurde abgesehen.

Der gesamte Forschungsvorgang orientierte sich an den ethischen Grundsätzen der Pflegeforschung nach Körtner (2017) und am Ethikkodex der deutschen Gesellschaft

für Pflegewissenschaft (Bartholomeyczik & Stemmer, 2016). In der Erstellung des Exposé wurde auf die acht forschungsethischen Prinzipien nach Schnell und Heinrich (2006) geachtet.

### **3.9 Sicherung der Zuverlässigkeit in den Ergebnissen**

Zur Wahrung der Güte dieser Forschungsarbeit erfolgte eine Auseinandersetzung mit den Kriterien qualitativer Sozialforschung nach Strübing, Hirschauer, Ayaß, Krähnke und Scheffer (2018). Im Forschungsprozess wurde überlegt, welche der fünf Kriterien der Gegenstandsangemessenheit, der empirischen Sättigung, der theoretischen Durchdringung, der textuellen Performanz sowie der Originalität sich mit Teilen dieser Masterarbeit decken und somit hier zur Beschreibung relevant sind.

Durch Abstimmung von Fragestellung, Methode und Datentypen wurde der Untersuchungsgegenstand Missed Nursing Care bei Studierenden begründet und die thematische Angemessenheit des Begriffs bestmöglich zu wahren versucht. Dies benötigte jedoch eine iterative Justierung in der Auseinandersetzung, Anpassung, Reformulierung als auch Fokussierung im Vorgang des Forschungsprozesses. Durch reflexive Haltung und gezielte Interpretation der thematischen Bereiche von Missed Nursing Care im Datenmaterial wurde bestmöglich eine empirische Sättigung erreicht. Die Themenkomplexe zu Stress, Zeit- und Personalmangel, mangelhaft durchgeführter Körperpflege, nicht ordnungsgemäßer Anleitung in den Praktika erschöpften sich ausreichend nach den zehn Interviews, so dass sich in den letzten Interviews einige Bereiche zu wiederholen angingen.

Anhand der Interpretationen wurde versucht das Forschungsfeld von Missed Nursing Care im akutstationären Setting zu erschließen und seine thematische Breite und Vielfalt, beispielsweise Wahrnehmungen im individuellen Erleben und Umgang mit versäumten Pflegetätigkeiten, offenzulegen. Durch intensive Beschäftigung mit dem gewonnenen Datenmaterial sollen tiefe Einblicke als auch theoretische Änderungen im Betrachtungswinkel zu den Daten ermöglicht werden.

Nicht an der Forschung beteiligte Leser\*innen sollen auf eine transparente und aufschlussreiche Weise durch den Text geführt werden. In dieser Masterarbeit wurde auf eine logische Strukturierung und transparente Darstellung im Vorgehen zur Datenerhebung und Analyse Wert gelegt. Dies soll den Forschungsprozess nachvollziehbar darstellen. Leser\*innen sollen Zusammenhänge aufschlussreich und sinner-

fassend verstehen können, zum Beispiel wie Studierende Missed Nursing Care erleben und welche Auswirkungen sich daraus für Studierende und ihren Pflegealltag ergeben. So sollen Leser\*innen das Phänomen Missed Nursing Care besser in seinen Kausalitäten und Zusammenhängen verstehen können.

Um den Fließtext gut verständlich lesen zu können, habe ich mich dazu entschieden Abkürzungen, wie beispielsweise MNC für Missed Nursing Care, wegzulassen und den gesamten Text in dieser Masterarbeit auszuschreiben. Für mich war es wichtig, den Lesefluss nicht durch Abkürzungen zu stören und damit so angenehm und verständlich wie möglich zu gestalten. Durch eine verständliche Schreibweise sollen Leser\*innen dem Text nachvollziehbar folgen können. Daher gibt es in dieser Masterarbeit kein Abkürzungsverzeichnis.

Dem Anspruch der Relevanz dieser Masterarbeit wird durch Darstellung der Bedeutsamkeit und des Nutzens der Ergebnisse für die Praxis der Studierenden und die Forschung im Kapitel der Diskussion Rechnung getragen. So sollen neue Schlüsse und Einsichten aus der Forschungsarbeit zum Umgang von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege mit Missed Nursing Care in Österreich gewonnen werden. Der Autor war im gesamten Forschungsprozess stets bemüht eine kritische und reflektierte Haltung zur persönlichen Arbeitsweise aufrechtzuerhalten.

## 4 Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit spiegeln das Erleben österreichischer Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege im dritten Studienjahr wider, wenn diese in ihren Praktika mit Missed Nursing Care konfrontiert waren. Zuerst werden die Erfahrungen der Studierenden eruiert. Danach werden die Auswirkungen für Patient\*innen und Pflegepersonal dargestellt. Im Anschluss soll gezeigt werden, wie sich die Kompetenzen Studierender im Umgang mit Missed Nursing Care entwickeln. Abschließend wird auf die strukturellen Rahmenbedingungen im Umgang mit Missed Nursing Care eingegangen.

Folgend wird eine thematische Landkarte mit den wesentlichen Themen dieser Masterarbeit dargestellt. Inhaltlich ist die Landkarte von links nach rechts aufgebaut. Auf der ersten Ebene der Landkarte links sind die vier Hauptkategorien *„Erfahrungen, Auswirkungen, Entwicklung pflegerischer Kompetenzen und strukturelle Rahmenbedingungen“* in Dunkelblau dargestellt. Die aus den Hauptkategorien abgeleiteten Unterkategorien in der Mitte der Landkarte wurden in Blau abgebildet. Die Hauptkategorie zu den Erfahrungen Studierender wurde in die Unterkategorien der *„ersten Wahrnehmungen versäumter Pflege, den dahinterliegenden Gründen und den Formen versäumter Pflege“* unterteilt. Bei den Auswirkungen zeigte sich in den Unterkategorien, welche *„Auswirkungen Missed Nursing Care für Patient\*innen und Pflegepersonal“* hatte. Abschließend wurden rechts auf der Landkarte in Hellblau die Subkategorien genannt, die folgend ausführlich im Ergebnisteil ab Kapitel 4.1 beschrieben wurden.

# Erleben von Missed Nursing Care

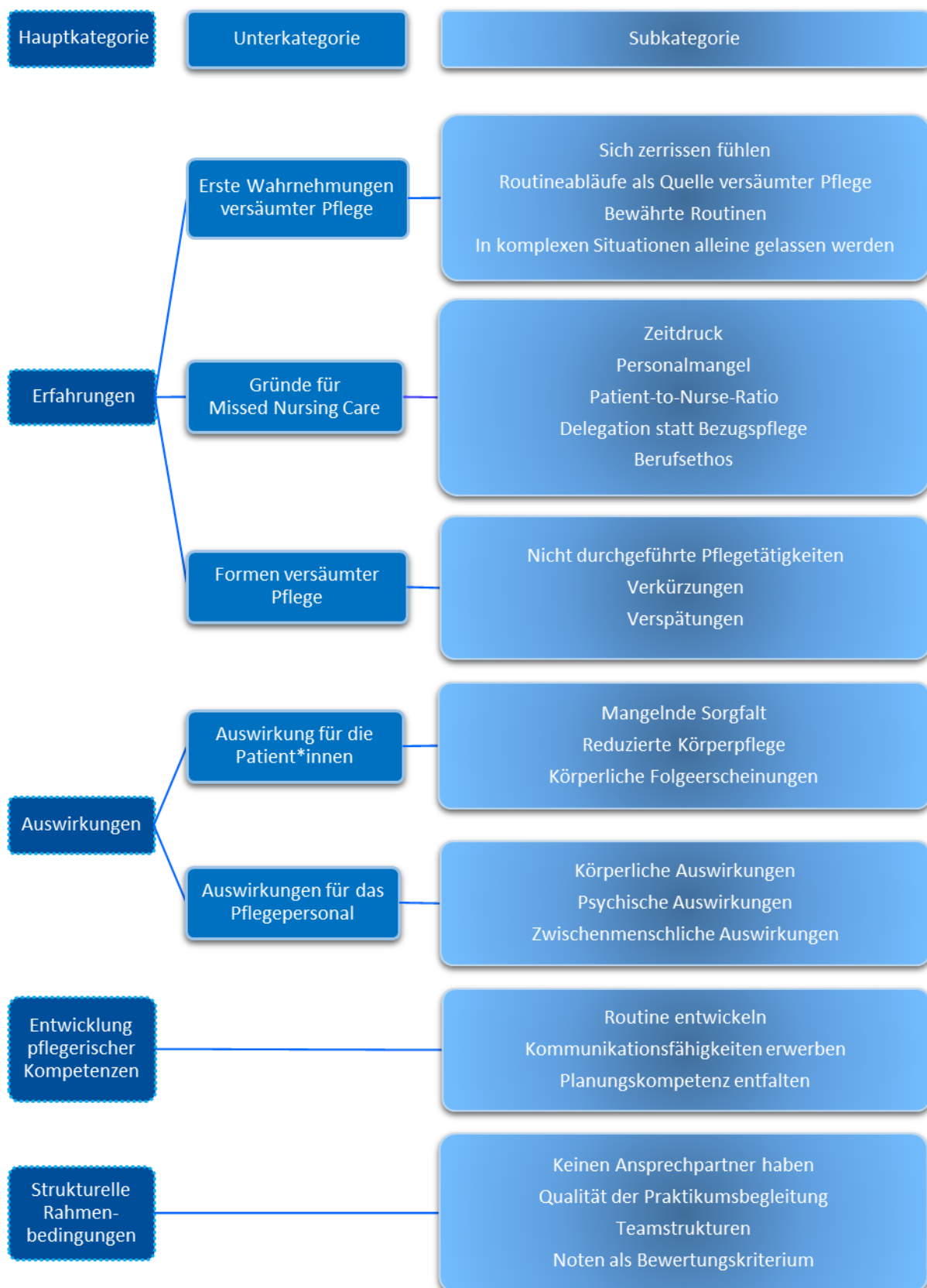


Abbildung 10. Thematische Landkarte. Eigene Darstellung

## 4.1 Erfahrungen mit Missed Nursing Care

Im Ergebnisteil der ersten Hauptkategorie sollen die individuellen Erfahrungen der Studierenden wiedergegeben werden, wie sie es erlebt haben, als sie Pflege Tätigkeiten nicht vollumfänglich durchführen konnten. Hier soll erörtert werden, welche ersten Wahrnehmungen sie erlebt haben, warum sie die Pflege nicht in korrektem Maße durchführen konnten und in welcher Form sich diese versäumte Pflegehandlung gezeigt hat.

### 4.1.1 Erste Wahrnehmungen versäumter Pflege

In diesem Unterkapitel sollen die ersten Wahrnehmungen von Studierenden präsentiert werden, wie sie Missed Nursing Care in ihren Praktika wahrgenommen haben. Nicht durchgeführte Pflege kann viele Bereiche des Stationsalltages betreffen. Dementsprechend soll hier ein breiter Streifzug durch die geschilderten ersten Eindrücke der Studierenden aufgezeigt werden, um die Vielfalt und Bandbreite der versäumten pflegerischen Erlebnisse darzustellen.

Ein\*e Studienteilnehmer\*in war in einer Lehrveranstaltung des sechsten Semesters zum ersten Mal thematisch mit der Missed Nursing Care Studie konfrontiert.

*„Wir haben im Unterricht schon über die Missed Nursing Care-Studie gesprochen und ich habe das eigentlich erschreckend gefunden, wie da die Zahlen ausschauen. Ich glaube es waren fünfundachtzig Prozent der Pflegepersonen die angegeben haben, dass sie immer wieder Tätigkeiten weglassen, also Missed Nursing Care betreiben.“ (Interview J, 8-12)*

Thematisch wurden von den Studierenden einige Beispiele gebracht, die mengenmäßig hier gar nicht alle dargestellt werden können, da dies den Rahmen dieses Eröffnungskapitels sprengen würde. Somit werden in den folgenden Subkategorien exemplarisch vereinzelte Beispiele zu den ersten Wahrnehmungen aus den Interviews dargestellt.

Folgend werden die Subkategorien *„Sich zerrissen fühlen“*, *„Routineabläufe als Quelle versäumter Pflege“*, *„Bewährte Routinen“* und *„In komplexen Situationen alleine gelassen werden“* beschrieben.

### Sich zerrissen fühlen

Studierende müssen in ihren ersten Praktika lernen viele Komponenten, die Pflege ausmachen, zu berücksichtigen. Diese Komplexität aus vielen Faktoren, die eine pflegerische Handlung beeinflussen können, können anfänglich sehr herausfordernd sein. So müssen Studierende, wenn sie die Vielfältigkeit ihrer Handlung analysieren, eruieren, welcher Faktor sie Pflege versäumen lässt. Ist es die fehlende Zeit? Sind es die fehlenden Ressourcen? Ist es Personalmangel? Sind es die Rahmenbedingungen, die Studierende nicht haben? Durch diese vielen Einflussfaktoren, die bei pflegerischen Handlungen aufgrund der mangelnden Routine anfänglich noch nicht in Einklang gebracht werden können, fühlen sich Studierende am Anfang ihrer pflegerischen Ausbildung zeitweise in der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten noch ziemlich zerrissen.

*„Diese Zerrissenheit in dem Ganzen. Ich würde nicht verstehen, wenn jemand sagt, er ist damit gut klargekommen. Wenn ich die Zeit, die Ressourcen, den Rahmen nicht habe, und weiß darum, dass jetzt etwas Anderes benötigt wird, aber das geht jetzt nicht, weil eben vieles Anderes ist, dann kann ich damit nicht klarkommen. Und vor allem: ‚Ich bin ja der Letzte in der Reihe. Ich bin der Auszubildende.‘ (...) Man macht das Beste aus der Situation. Man schaut, dass man sich durchwurstelt und fertig.“*  
(Interview A, 45-53)

Da Studierende sich noch in der Ausbildung befinden und noch keine fertig ausgebildeten Pflegepersonen sind, zeigt sich in den Interviews zur Thematik von Missed Nursing Care die ganze Ambivalenz der Studierenden. So ist zu erkennen, dass vor allem Studierende in ihren Anfängen anspruchsvolleren pflegerischen Tätigkeiten noch nicht gewachsen sind. Pflegetätigkeiten können durch mehrere sich gegenseitig bedingende Faktoren beeinflusst sein.

*„Es sind weder die Rahmenbedingungen vorhanden noch die Zeit für die Ressourcen, oder die personellen Ressourcen da, dass man eine adäquate, gute, individuelle Pflege durchsetzen könnte, selbst wenn man wollte. Es geht nicht!“* (Interview A, Pos. 139-142)

### Routineabläufe als Quelle versäumter Pflege

Viele Pflegetätigkeiten haben einen immer wiederkehrenden Charakter. Durch Erfahrung sollen Studierende Fähigkeiten erwerben und automatisieren. Durch diese erworbene Routine sollen pflegerische Handlungen sicher, schnell und überlegt ausgeführt werden können. Durch Wissen und Wiederholung soll durch Routine Gewohnheit und Beständigkeit im Handeln entstehen. Wo viel, schnell und immer wiederkehrend gearbeitet werden muss, besteht die Quelle Pflege nicht vollumfänglich durchzuführen. Routine ist ein sehr wichtiges Thema, wenn es um die Beschreibung von Missed Nursing Care geht. Deswegen wird hier zuerst Routine als iterativer Ablauf und darauffolgend Routine als verinnerlichte Haltung beschrieben. Beides hat einen wichtigen Einfluss auf Missed Nursing Care. Die benötigte Entwicklung von Routine wird im dritten Hauptkapitel „*Entwicklung pflegerischer Kompetenzen*“ dargestellt.

Studierende sprachen in ihren ersten Wahrnehmungen davon, dass sie in ihren Praktika pflegerisch mit Routinetätigkeiten und Automatismus konfrontiert waren. Dadurch war das Risiko für nicht vollständig durchgeführte Pflegetätigkeiten erhöht.

Routinemäßige Pflegetätigkeiten, welche von fertigem Pflegepersonal als nicht notwendig erachtet wurden und aus Zeitgründen nicht in den Alltag hineinpassten, wurden abgekürzt oder weggelassen. Somit hatten immer wiederkehrende Pflegetätigkeiten das Potenzial nicht vollständig durchgeführt zu werden.

### Bewährte Routinen – „Das haben wir schon immer so gemacht!“

Die Betrachtung der Routine, die zu Pflegeversäumnissen führt, kann aus unterschiedlichen Perspektiven gesehen werden. Vorher wurde Routine als iterative pflegerische Tätigkeit mit immer wiederkehrendem Charakter beschrieben. Routine kann aber auch als innerlich verfestigte Haltung zu versäumter Pflege führen. Somit hat Routine neben einem durchzuführenden Handlungsaspekt auch einen persönlichen inneren ethischen Aspekt.

Gelegentlich machen sich Studierende bei pflegerischen Tätigkeiten selbst den Stress. Zeitweise entsteht der Stress für Studierende jedoch von außen, in Form von alteingefahrenen Routinen der Kolleg\*innen auf der Station. Diese Kolleg\*innen arbeiten manchmal schon Jahrzehnte im Beruf. Was einerseits Vorteile durch erworbene Routine haben kann, kann sich jedoch auch in Form von nicht mehr zeitgemäßen Arbeitspraktiken und Haltungen zeigen, die dann nicht abgelegt werden wollen.



*„Ich weiß, in der Schule macht ihr das anders. (...) Bei Kinästhetik sollt ihr so und so drehen. Hier machen wir das aber auf die leichte Tour.“ Das hat mich gestört. Ich habe dann immer Anmerkungen gemacht, dass wir das so in der Schule gelernt haben und warum wir das dann hier in der Praxis anders machen. Ich habe dann als Antwort bekommen: „Weil wir es immer schon so gemacht haben.“ Und das, finde ich, reicht nicht als Antwort dafür.“ (Interview C, 31-39)*

Ein\*e Studienteilnehmer\*in erzählte von einer Wundpflege, bei der nicht das richtige Material verwendet wurde. Das folgende Beispiel zeigt, dass Routine als innere Haltung die Handlungsebene der Pflegeperson maßgeblich beeinflussen kann.

*„Der Grund war, glaube ich, dieses schnell-schnell-durchführen und nicht, vielleicht sich noch die Zeit nehmen, sich zu hinterfragen: „Gehört nicht eigentlich etwas Anderes darauf?“ (...) Wenn man danach nachfragt: „Warum machst du das jetzt so?“, sagte sie: „Ja, wir machen das jetzt seit Jahren schon so, also passt das so.““ (Interview D, 68-73)*

#### In komplexen Situationen alleine gelassen werden

Gerade in den ersten Praktika waren die Studierenden bei Pflege Tätigkeiten aufgrund der mangelnden Routine noch sehr unsicher. So fühlten sich einige Studierende oft alleine gelassen, wenn sie Pflege Tätigkeiten nicht korrekt durchzuführen wussten. Die Studierenden hatten in gewissen Situationen nicht die Unterstützung, die sie gerne gehabt hätten, da Pflegesituationen sehr komplex sein können. Manchmal kann die psychosoziale Unterstützung fehlen.

Zeitweise fühlten sich Studierende von ihren Kolleg\*innen im stationären Alltag nicht gut unterstützt, wenn sie sich allein in Pflegesituationen befinden, die sie aufgrund ihrer noch nicht entwickelten Kompetenzen kaum bewältigen können.

## 4.1.2 Gründe für Missed Nursing Care

Im zweiten Unterkapitel sollen die Gründe aufgezeigt werden, die zu Missed Nursing Care bei den Studierenden führen können. Als Gründe werden „Zeitdruck“, „Personalmangel“, die „Patient-to-Nurse-Ratio“, „Delegation statt Bezugspflege“ und das „Berufsethos“ beschrieben.

### Zeitdruck

Oft erleben Pflegepersonen auf der Station Stress, der durch Zeitdruck bei den pflegerischen Tätigkeiten des Arbeitsalltags bedingt ist. Dadurch wird Pflege schnell durchgeführt, schneller als es eigentlich sein sollte. Das kann sich ebenfalls auf die Studierenden auswirken, wenn sie Pflege nicht so durchführen können, wie sie es eigentlich gern würden.

*„Also, einmal zuallererst, dass ich ganz oft in meinen Praktika gehört habe: ‚Tu‘ vorwärts, mach‘, das muss schneller gehen. Du hast zu lange gebraucht.‘ Das war der Hauptgrund. Und dieses ungute Gefühl, was dann in mir war und auch in mir geblieben ist, wenn ich das Gefühl hatte, ich kann nicht sorgfältig meine Arbeit machen. Das hinterlässt ein ungutes Gefühl.“*

(Interview H, 7-11)

Manchmal kommen Pflegepersonen in das Zimmer der Patient\*innen und fragen die Studierenden, wann sie fertig sind und wie lange sie noch brauchen. Dann sollen die Studierenden schneller arbeiten, was der Pflegequalität nicht förderlich ist und zu verkürzten Pflegetätigkeiten, im schlimmsten Falle unkorrekten Handlungen, führen kann.

*„Mache das schnell und dann machst du das nächste.‘ (...) Dann dachte ich: ‚Okay, dann lasse ich das jetzt mal aus und gehe zum nächsten Patienten.“* (Interview F, 18-23)

Manchmal ist es aber auch so, dass Kolleg\*innen ihre Tätigkeiten schnell fertig haben wollen und dadurch mit den Studierenden Pflegetätigkeiten nicht vollumfänglich ausführen. Dann kann es passieren, dass Pflegetätigkeiten nicht mit der nötigen Empathie durchgeführt werden.

*„Ich war zu zweit mit einer DGKP unterwegs. Sie hat dann gesagt: ‚Ach, das passt schon. Wir müssen jetzt weitertun.‘ Was genau das für eine Pflegehandlung war, das weiß ich jetzt nicht mehr.“ (Interview H, 15-19)*

Oft fehlt es den Pflegenden an Zeit, um ihre Tätigkeiten vollständig auszuführen. Dann gehen Zeitdruck und Zeitmangel miteinander einher. Ein Grund liegt beispielsweise darin begründet, dass morgendliche Pflege oft bis zur Visite fertig sein soll. Dies spiegelt jedoch ein strukturelles Problem wider, wie das Krankenhaussystem aufgebaut ist. Wenn die Visite mit Ärzten oder weiteren Personen um 9:00 Uhr beginnt, werden Patient\*innen oft im Eiltempo gewaschen.

*„Also, das war auf der Akutgeriatrie. Sie waren gut besetzt. Es gab viele Patienten, die sich selbst gepflegt haben. Da habe ich erlebt, dass in der Früh die diplomierte Pflegeperson bis zur Visite alles so schnell wie möglich fertig haben wollte.“ (Interview B, 363-367)*

So gut wie alle Teilnehmenden litten unter dem Zeitdruck, den sie in den Praktika verspürten. Manche konnten besser damit umgehen, manche weniger.

*„Manche Patientinnen brauchen weniger Aufmerksamkeit und sind froh, wenn man nur das Notwendigste macht. Manche Patientinnen jedoch benötigen mehr Aufmerksamkeit, in vielen pflegerischen Belangen, jedoch ist kein ausreichendes Zeitkontingent vorhanden.“ (Interview A, 75-79)*

Unter Zeitdruck wird Pflege oft auf ein Minimum reduziert, zeitweise sogar nur auf das Wesentliche, wenn in der Früh noch mehrere Patient\*innen zu versorgen sind.

*„Es wurde nur das Wichtigste (...) gemacht. Und der Rest? Ja, das kann man auch morgen oder später machen.“  
(Interview F, 30-34)*

### Personalmangel

Personalmangel ist ein omnipräsentes Problem in der Pflege und kann zu vielen un-terlassenen oder nicht durchgeführten Pflegetätigkeiten führen.

*„Durch Personalmangel entsteht Druck von allen Seiten.“  
(Interview E, 122-123)*

Einige Studierende beschrieben, dass sie als Ersatz für fehlendes Personal auf der Station eingeteilt wurden und somit in ihrem Praktikum nicht die Chance hatten frei zu lernen und Erfahrungen zu sammeln.

*„Ja, wir sind heute nur zu viert.“ Und dann hat eine Pflegeperson gesagt:*

*„Ja, wir machen es, weil, wir haben hier die Praktikantin da.“*

(Interview E, 152-154)

Ein\*e Studierende\*r beschrieb den Einsatz von Studierenden zur Kompensation von fehlendem Stationspersonal:

*„Ja, du gehörst jetzt einfach zum Team dazu, für heute, quasi.“*

(Interview F, 51-52)

Wenn Pflegepersonal auf Stationen fehlt und die Tagesbesetzung zu gering ist, muss das Team trotzdem versuchen alle Patient\*innen bestmöglich zu versorgen. Dann wird unter Umständen, wie im vorher genannten Beispiel, auf Studierende zurückgegriffen. Wenn der pflegerische Druck durch den Personalmangel zu groß wird und die Studierenden trotzdem versuchen müssen alle pflegerischen Leistungen zu erbringen, wird abgekürzt, vielleicht verspätet oder im schlechtesten Falle manche Pflegetätigkeiten gar nicht durchgeführt. Somit ist Personalmangel, so gut wie in fast allen Studien dieser Forschungsarbeit, einer der Hauptfaktoren für Missed Nursing Care.

### Patient-to-Nurse-Ratio

Ein\*e Studierende\*r beschreibt, dass die Ratio zwischen Patient\*innen und Pflege [Patient-to-Nurse-Ratio (PtN)] zu knapp bemessen ist. Der/Die Studierende gibt damit zum Ausdruck, dass seiner/ihrer Meinung nach eine Pflegeperson sich um zu viele Patient\*innen kümmern muss.

*„Wir haben nicht für jeden Patienten so lange Zeit. Wir betreuen so und so viele Patienten, und das geht sich mit vier Pflegepersonen einfach nicht aus.“* (Interview C, 69-71)

Die Patient-to-Nurse-Ratio dient im ursprünglichen Sinn zur Personalbemessung und ist als Gradmesser für die Qualität in Krankenhäusern konzipiert. Wenn in Zwölf-Stunden-Diensten zu viele Patient\*innen zu betreuen sind, fühlen sich die Studierenden oft ausgelaugt und spüren die hohe Arbeitsbelastung. Wenn eine Pflegeperson

zu viele Patient\*innen zu versorgen hat, kann die Pflegequalität vermindert sein und Missed Nursing Care entstehen.

*„Ich würde sagen: ‚Waschen acht, oder vielleicht neun Personen! (...) Du machst einfach deine Sachen. Dann machst du das Bett noch frisch und dann gehst du zum nächsten Patienten. Ich glaube nicht, dass ich jemals wirklich gezählt hätte. Aber es waren schon bedeutend mehr als fünf Personen.‘“ (Interview G, 112-117)*

Wenn Studierende in kurzer Zeit bei vielen Patient\*innen die Körperpflege durchführen haben, können sie nicht individuell auf die Bedürfnisse der Patient\*innen eingehen. Sie haben dadurch nicht die benötigte Zeit, die Patient\*innen kennenzulernen und herauszufinden, was diese benötigen, um gute Pflege durchführen zu können.

Ein\*e Studienteilnehmer\*in beschreibt lobend die Situation aus einem Praktikum im Ausland:

*„Als Nurse hast du dort deine fünf Patienten pro Tag, die du zugewiesen bekommst. Und mit denen machst du alles - mit den fünf Patienten. Fünf Patienten kannst du (.) wirklich gut in deinen Tagesablauf einbringen. Die haben auch Zwölf-Stunden-Tage. Man kann alles von A bis Z machen. Aber bei uns gibt es das nicht.“ (Interview G, 97-101)*

### Delegation statt Bezugspflege

Oft werden Teilsegmente der Pflege von unterschiedlichen Personen gemacht, ohne dass Patient\*innen ganzheitlich betreut werden. In den Interviews wird beschrieben, dass Studierende zeitweise auf Delegation, also auf Anweisung, gearbeitet haben, anstatt die Verantwortung für Patient\*innen oder einzelne Zimmer zu übernehmen.

*„Ich habe fast nur auf Delegation gearbeitet, statt hauptverantwortlich zu sein. Oder verantwortlich zu sein für eine Person, zum Beispiel, oder für ein Zimmer. Es war eher so: ‚Mach' mal das, mach' mal dies, mach' mal jenes.‘“ (Interview H, Pos. 456-458)*

Dies erschwert bei den Studierenden die Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses für die Pflege. Ein\*e Studierende\*r sagte sinngemäß, dass ihm/ihr immer wieder nur kleine pflegerische Teilaufgaben zugeteilt wurden. Er/Sie musste im Sinne der Delegation bei allen im Zimmer befindlichen Patient\*innen Blutdruck und

Temperatur messen. Er/Sie war also nicht für ein ganzes Zimmer zuständig und konnte dadurch keinen ganzheitlichen Eindruck über die Patient\*innen im Zimmer gewinnen. Wenn die Patient\*innen im Zuge der Erhebung ihrer Vitalparameter noch andere Fragen hatten, war leider nicht die Zeit für individuelle Wünsche, da erwartet wurde, dass zügig alle Vitalparameter gemessen und eingetragen wurden. Im Sinne von Transparenz und Zuständigkeit hätte sich der/die Studierende die Verantwortung für ein Zimmer gewünscht, um zu sehen, was gemacht ist und was nicht. Dies hätte auch sehr in der Entwicklung genützt, um Pflege im Überblick holistisch zu sehen und zu lernen, wo pflegerische Tätigkeiten fehlen oder noch durchzuführen sind. Hier gehen wesentliche Elemente in der Entwicklung verloren. Wenn Studierende hier keine Zusammenhänge in der Pflege lernen, fehlen ihnen diese wichtigen Kernkompetenzen für den Pflegealltag in ihrem späteren beruflichen Leben.

Ein\*e Studierende\*r zeigte anhand dem von ihm/ihr genannten Vorzeigebeispiel „*Intensivstation*“, wie wichtig Bezugspflege zur Vermeidung von Missed Nursing Care ist. Er/Sie hatte dort nur ein bis zwei Patient\*innen zu betreuen und wurde voll und ganz in den persönlichen Anliegen wahrgenommen.

*„Auf der Intensivstation waren sie wirklich super. Da habe ich mich am besten in der ganzen Ausbildung begleitet gefühlt. Die haben wirklich darauf geachtet. Die haben mir alles zuerst gezeigt, wie sie es machen. Sie haben wirklich nichts vergessen. Da war auch dieser große Vorteil, dass sie mehr Zeit für den Patienten hatten. Das war wirklich angenehm, auch für mich dann. Da habe ich mich auch getraut: ‚Okay, jetzt übernehme ich es selber.‘“ (Interview B, 253-259)*

### Berufsethos

Einige Studierende waren in den Interviews der Meinung, dass nicht geleistete Pflegetätigkeiten nicht nur auf Gründe wie fehlendes Personal, Zeitmangel oder Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Manche nannten fehlende „*Arbeitsmoral*“ oder mangelnde Empathie als Grund. So beschrieb ein\*e Studierende\*r, dass Personal- oder Zeitmangel aus seiner/ihrer Sicht nur verwendet wurde, um längere Pausen zu haben.

Ein\*e Studierende\*r war der Meinung, dass manche Kolleg\*innen versuchten, möglichst wenig zu machen und schnell wieder fertig sein wollten. Der/Die Studierende

beschreibt weiter das wahrgenommene Desinteresse von fertig ausgebildetem Pflegepersonal an der pflegerischen Arbeit. Wenn der/die Studierende länger für ordnungsgemäße Pflege brauchte, kam die Frage, warum er/sie so langsam ist und so lange braucht.

Ein\*e Studienteilnehmer\*in erzählt von seinen/ihren unterschiedlichen Wahrnehmungen des Stationspersonals. Der\*die Studierende hat miterlebt, dass manche Kolleg\*innen den ganzen Tag über gelaufen sind, um die Versorgung ihrer Patient\*innen sicherzustellen. Auch ihnen ist es passiert, dass Tätigkeiten verzögert durchgeführt wurden. Es hat jedoch auch Pflegepersonal gegeben, das pflegerische Tätigkeiten nicht immer vollumfänglich durchführte, obwohl die Zeit zur Durchführung der Pflege dagewesen wäre. In einem anderen Fall zeigte sich, dass der Pflegeperson ihr Versäumnis schon im Voraus bewusst war. Sie nahm es jedoch hin.

Bei manchen Pflegepersonen vermuten Studierende dahinterliegende Gründe, wie Coolout, warum sie Pflegehandlungen verabsäumen. Ein\*e Studierende\*r versucht die Gründe zu beschreiben:

*„Ich muss ganz kurz überlegen, denn es sind ja nicht alle Pflegepersonen so. Ich schaue jetzt nur auf die Pflegepersonen, bei denen ich das wahrgenommen habe. Ich habe keinen (...) Wunsch wahrgenommen, es für die Person, die da liegt, gut zu gestalten. (...) Und was steckt dahinter? Darüber kann ich nur spekulieren. Dieser Begriff ‚cool‘, wie ‚Burnout‘, ‚cool down‘ oder ‚Coolout‘.“ (Interview H, 79-85)*

#### **4.1.3 Formen nicht geleisteter Pflege**

Es gibt sehr unterschiedliche Formen der nicht geleisteten Pflege. Manchmal wurden Tätigkeiten verkürzt, zeitweise verspätet durchgeführt, manchmal bedingt durch den Stress einfach vergessen und im schlimmsten Falle sogar gänzlich weggelassen und somit nicht durchgeführt.

##### Nicht durchgeführte Pfl egetätigkeiten

Viele Pflegepersonen arbeiten sehr vorbildlich und im besten Wissen und Gewissen. Zuerst verspricht die Pflegeperson einem Patienten/einer Patientin, dass sie gleich wieder zu ihm/ihr kommt, jedoch vorher noch kurz eine weitere Tätigkeit machen muss. Dann kommt vielleicht im Stress noch eine Pfl egetätigkeit bei einem anderen

Patienten/bei einer anderen Patientin dazu, dann noch eine...und dann vergisst er/sie darauf nochmals zum ersten Patienten/zur ersten Patientin zu gehen. Das ist so oder in einer ähnlichen Form wahrscheinlich schon jeder Pflegeperson einmal passiert.

*„Was sich häufig herauskristallisiert hat, ist, dass etwas aufgeschoben und dann vergessen wird. Dann kann es sein, dass möglicherweise der Patient die Pflegeperson daran erinnern muss: ‚Wir wollten das eigentlich machen.‘ Zum Beispiel, vielleicht auch nur mit jemandem eine kurze Strecke zu gehen oder dass eine Patientin den Katheter-Beutel [Urinbeutel für einen Blasenkatheter] ausgeleert haben möchte. Dann vergisst man darauf und der Katheter-Beutel ist schon sehr voll.“ (Interview D, 94-100)*

Jede Pflegeperson kennt wahrscheinlich das Beispiel, dass die Rufglocke in einem Zimmer läutet. Den läutenden Patient\*innen wird gesagt, dass noch eine andere Person kurz betreut werden muss, bevor man zur Person zurückkommt. Es ist ähnlich wie das erste Beispiel. Es kommt dann noch eine andere Situation dazwischen, die eine höhere Priorität hat und zuletzt wird auf Patient\*innen vergessen.

*„Wenn die Patienten geläutet und etwas gebraucht haben, haben sie es nicht wirklich sofort durchgezogen oder teilweise auch darauf vergessen.“ (Interview C, 91-93)*

Studierende berichteten, dass manche Tätigkeiten so gut wie nie durchgeführt wurden. Eine Pflegemaßnahme die ganz häufig unterlassen wurde ist die Mundpflege. Weitere Pflegehandlungen, die oft ausgelassen wurden, sind die regelmäßige Lagerung von bettlägerigen Patient\*innen oder die Durchführung von Beratungen und Gesprächen.

*„Ich habe teilweise Erfahrungen gemacht, wo sie bei der Dienstübergabe gesagt haben: ‚Das und das sollten wir bei dem Patienten machen, zum Beispiel Entlastungsgespräche durchführen oder einfach bei ihm sein sowie mit den Angehörigen über seine Situation sprechen. Das wurde zum Beispiel sehr oft einfach weggelassen.“ (Interview C, 80-85)*

Ein\*e Studierende\*r erzählt, dass unterstützenden Gesprächen nicht der Stellenwert eingeräumt wird, den sie eigentlich haben sollten, beispielsweise wenn es vor einer Operation um angstlösende Gespräche geht.



*„Gespräche mit den Patienten kommen oft zu kurz. Ich bekomme nur gesagt, dass ich mich nicht immer so lange mit den Patient\*innen unterhalten soll. Da wird das Persönliche aus dem Nursing rausgenommen. Das ist der Grund, warum ich das mache, damit ich die Patienten gut betreuen kann und ihnen die Angst nehme. Ich habe außer mir selbst, eigentlich niemanden erlebt, der vor einem chirurgischen Eingriff mit einer Person gesprochen hätte - noch einmal, halt, außer dem Anästhesisten - und ein angstlösendes Gespräch geführt hat. Interessiert keinen, weil, das ist Sache der Medizin. (...) Die meisten Kollegen: ‚Ja, das ist Sache des Arztes, das interessiert uns nicht.‘ Ja, so ist das aber nicht.“ (Interview G, 25-34)*

### Verkürzungen

Zeitweise wird im Stress des Arbeitsalltags nur das Nötigste gemacht, um Tätigkeiten zu verkürzen. Bei der morgendlichen Körperpflege wird manchmal verkürzt. Wenn die Zeit knapp ist und möglicherweise die Visite wartet, wird unter Umständen die Mundpflege abgekürzt oder ausgelassen.

Bei einem anderen genannten Beispiel wurde der/die Patient\*in in der Früh nur schnell gewaschen und das Leintuch gewechselt. Wegen der Medikation hat das Pflegepersonal regelmäßig vorbeigeschaut. Jedoch bei den benötigten Umpositionierungen wurde nicht mehr so regelmäßig danach gesehen.

*„Die Verkürzung der Pflegetätigkeit zeigte sich mehr als Abkürzung. Also ich mache es abgekürzt oder ich mache es später, praktisch verzögert, also über einen anderen Zeitpunkt.“ (Interview F, 58-60)*

### Verspätungen

Manche Pflegetätigkeiten wurden bewusst auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, wenn es nicht dringend nötig war. Hier wurde versucht sich einen gewissen Spielraum im pflegerischen Arbeitsalltag zu verschaffen. Die Verspätung war im nachfolgend genannten Beispiel kein Problem, da keine Minderung der Pflegequalität entstanden ist.

*„Manchmal bin ich dann am Nachmittag zu den Herren gegangen und habe ihnen eine Rasur angeboten.“ (Interview G, 81-83)*

Nachmittagsrunden haben im stationären Setting oft einen dehnbaren Zeitrahmen. Es wurde von einem/einer Studierenden bemerkt, dass die Infusionsgaben am Nachmittag einen sehr großen zeitlichen Spielraum hatten. Manche Infusionen wurden erst ein bis zwei Stunden später als vorgesehen angehängt.

## **4.2 Auswirkungen von Missed Nursing Care**

Missed Nursing Care kann einerseits Auswirkungen auf Patient\*innen haben, andererseits auch sehr viel mit der Pflegeperson machen. Folgend sollen beide Seiten beleuchtet werden.

### **4.2.1 Auswirkungen für die Patient\*innen**

Folgend sollen die Auswirkungen für die Patient\*innen dargestellt werden. Als Subkategorien werden „*Mangelnde Sorgfalt*“, „*Reduzierte Körperpflege*“ und „*Körperliche Folgeerscheinungen*“ beschrieben.

#### Mangelnde Sorgfalt

Neben der rein pflegerischen Durchführung kommt oft die psychosoziale Begleitung zu kurz. Zeitweise bekommen Patient\*innen oder Angehörige nicht die Zeit oder Aufmerksamkeit, die sie brauchen würden. So kommen oft beratende Tätigkeiten, die genauso zu dem Tätigkeitsfeld der Pflege gehören, zu kurz oder werden weggelassen.

*„Die fehlende psychosoziale Begleitung habe ich eigentlich immer wahrgenommen. (...) Ich finde, dass in vielen Fällen einfach nicht die Zeit da war, oder sich die Zeit nicht genommen wurde, sich zum Patienten zu setzen und ihm gewisse Sachen zu erklären. (...) Ich war auf einer kinderchirurgischen Station, wo man sehr viel auch mit den Eltern konfrontiert ist. Sie haben natürlich viele Fragen und wollen ihr Kind bestmöglich versorgt wissen. (...) Nach einem chirurgischen Eingriff mit Komplikationen kamen die Fragen der Eltern: ‚Wie geht es weiter? Ist der Arzt schon verständigt?‘ und so weiter. Da habe ich mit einer Mutter, ich als Praktikantin im dritten Semester, ein wirklich langes Gespräch geführt, weil kein anderer Kollege Zeit hatte. Da ist mir Missed Nursing Care das erste Mal wirklich eklatant aufgefallen.“ (Interview J, 27-41)*

Zeitweise gehen Pflegende nur zu Patient\*innen, wenn diese die Rufglocke im Patient\*innenzimmer läuten. Patient\*innen können auch Abseits einer Rufglocke Wünsche und Betreuungsbedarf haben. Nur weil Patient\*innen nicht läuten, heißt das noch lange nicht, dass sie nichts brauchen. Gerade auf einer Wochenbettstation haben werdende Mütter viele Fragen, die zu beantworten wären.

*„Es war auf einer Wochenbettstation mit angegliedertem Kinderzimmer, also Inklusion. Ich hatte das Gefühl, wir müssten doch proaktiv - zumindest einmal am Tag - zu jeder Frau hingehen und fragen, wie es geht, ob sie was braucht, ob sie Gesprächsbedarf hat. Und nicht nur auf die Glocke gehen.“* (Interview H, 53-56)

Die Studierenden erzählten von vielen Beispielen, wo Pflege durch Achtlosigkeit nicht vollumfänglich durchgeführt wurde. In einem Beispiel wird von einem Patienten/einer Patientin erzählt, der/die nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt war, weil nicht darauf geachtet wurde, dass die Person ausreichend trinkt. In einem anderen Beispiel hatte sich ein\*e Patient\*in beim Essen schmutzig gemacht. Am nächsten Tag war der/die Patient\*in trotzdem noch im gleichen beschmutzten Nachthemd.

Ein\*e Studierende\*r erzählt, dass in Covid-Zeiten viel an Betreuung der Patient\*innen ausgelassen werden musste, da das mehrmalige An- und Ausziehen der gesamten Schutzbekleidung einen großen Aufwand bedeutete. In Zeiten der Pandemie ist das Pflegepersonal nicht wegen Kleinigkeiten ins Zimmer gegangen und hat kurze Tätigkeiten ausgelassen.

### Reduzierte Körperpflege

Morgenpflege wird oft nicht in dem Maße geleistet wie sie es sollte, wenn in der Früh alle Patient\*innen vor der Visite gewaschen werden sollen. Nicht jede\*r ist Frühaufsteher und nicht jede\*r möchte zeitig in der Früh Körperpflege durchführen.

Viele Studierende sprachen von Körperpflege, die in ihren Praktika oft nur in reduzierter Form durchgeführt wurde oder aus Zeitgründen gänzlich weggelassen wurde. Ein\*e Studierende\*r berichtete davon, dass Nägel schneiden nur sehr selten durchgeführt wird. Öfters wurde Körperpflege nur auf das Notwendigste reduziert.

Nicht durchgeführte Mundpflege wurde in einigen Beispielen genannt. Es ist wohl der Part der Morgenpflege, der am häufigsten vernachlässigt wird. Beläge werden oft nicht von den Zähnen entfernt. Das Rasieren wurde oft weggelassen.

### Körperliche Folgeerscheinungen

Auch von körperlichen Folgeerscheinungen durch Missed Nursing Care wurde von den Studierenden berichtet, beispielsweise von einem Intertrigo oder einem Dekubitus. Ein\*e Studierende\*r erzählte weiter von einem nicht durchgeführten Wechsel eines Zentralvenenkatheter-Pflasters, was eine Entzündung zur Folge hatte.

Es gibt auch Pflegepersonen, die unsanft mit Wunden und den damit verbundenen Schmerzen von Patient\*innen umgehen, wenn sie mit ihrer Pflegetätigkeit schnell fertig sein wollen. Für Patient\*innen kann so eine Vorgehensweise belastend sein.

#### **4.2.2 Auswirkungen für das Pflegepersonal**

Bei den persönlichen Auswirkungen für das Pflegepersonal wurde in körperliche (Schlafprobleme, Kopfschmerzen und Müdigkeit), psychische (Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Distress und Selbstzweifel) und zwischenmenschliche Auswirkungen (Die Bedeutung der Praxisanleitung für Studierende) unterschieden. Diese werden nachfolgend dargestellt.

#### **Körperliche Auswirkungen**

Manche Studierende beschäftigte es, wenn sie pflegerische Tätigkeiten nicht wie gewünscht durchführen konnten. Zwei Studierende berichteten von Schlafproblemen. Ein\*e Studienteilnehmer\*in gab an, dass er/sie immer weniger belastbar wurde. Er/Sie ist mit Angst in das nächste Praktikum gegangen und hatte Sorge davor, was wohl am nächsten Tag warten wird.

*„Ich bin dann schon total ungern ins Praktikum gegangen. Ich konnte in der Nacht nicht mehr gut schlafen, weil ich dachte: ‚Wie schaffe ich es morgen? Also, morgen beginnt wieder die gleiche Tortur im Praktikum.“*

(Interview K, 193-196)

Ein\*e Studierende\*r klagte über Kopfschmerzen und führte das darauf zurück, dass er/sie sich viele Gedanken über die pflegerischen Tätigkeiten bei den Patient\*innen machte. Für viele Studierende erschwerte die fehlende Routine den Umgang mit den versäumten Pflegetätigkeiten. Fehlende Unterstützung für pflegerische Tätigkeiten, die Studierende gebraucht hätten um sie vollständig auszuführen, verursachte bei ihnen ebenfalls Kopfschmerzen.

Durch diese Belastungen und den immerwährenden Gedanken, alle pflegerischen Tätigkeiten auch vollständig zu machen, entstand bei einem/einer Studienteilnehmer\*in nach den Praktikumstagen eine starke Müdigkeit. Der persönliche Anspruch alles immer richtig und vollständig zu machen setzte ihm/ihr zu.

*„Ich war dann – am Ende des Tages - so müde. (...) Ich bin nach Hause gekommen und habe mich einfach ins Bett gelegt und dachte: ‚Nein, ich kann nicht mehr.‘“ (Interview F, 90-92)*

## **Psychische Auswirkungen**

### Hilflosigkeit

Wenn Studierende sahen, dass zu betreuende Patient\*innen mehr Aufmerksamkeit gebraucht hätten, sie dies aber nicht geben konnten, erzeugte das bei ihnen zeitweise ein Gefühl der Hilflosigkeit. Da Auszubildende noch keine fertigen Fachkräfte sind, in pflegerischen Tätigkeiten noch langsam sein können und mit der Komplexität der Situationen oft noch ein hoher Unsicherheitslevel einhergeht, haben sie oft das Gefühl, dass die zu betreuende Person unzufrieden ist. Mit dem Gefühl der Unzufriedenheit von Patient\*innen steigt auch ihre eigene Unzufriedenheit, in der Annahme, es könnte etwas gefehlt haben oder dass sie etwas vergessen haben. Ein\*e Studierende\*r beschreibt das ständige Gefühl, er/sie hätte es besser machen können.

*„Was ist, wenn der Patient jetzt einen Dekubitus bekommt, weil ich es heute nicht geschafft habe, ihm die Körperpflege zu machen.‘ Oder: ‚Ich habe es heute nicht geschafft, den Patienten halbstündlich oder stündlich zu drehen, weil er eine schlechte Durchblutung hat.‘ Was macht das dann aus mir?“ (Interview A, 314-318)*

Ein\*e Studienteilnehmer\*in hat sich schlecht gefühlt, weil ein\*e Patient\*in neunzig Minuten auf die Medikamente warten musste, obwohl die Pflegeperson zwischendurch immer wieder gesagt hatte gleich die Medikamente zu bringen. Die/Der Studierende wusste um das Problem, hatte jedoch selbst nicht die Möglichkeit das Medikament herzurichten und es dem Patienten/der Patientin zu bringen. Dadurch hatte der/die Studierende das schlechte Gefühl den Patienten/die Patientin zu vernachlässigen.

### Schuldgefühle

Wenn Pflegetätigkeiten von den Studierenden nicht vollumfänglich durchgeführt werden konnten, hat dies auch zeitweise Schuldgefühle bei ihnen ausgelöst. Es zeigte sich in den Interviews, dass die Studierenden mit diesem schlechten Gewissen nicht gut umgehen konnten.

*„Ich war gestresst. Das war ich sicher, weil es einfach zu viel an diesem Tag war. Ich hatte schon Schuldgefühle, weil ich mir gedacht habe: ‚Das haben die Patienten nicht verdient, dass ich einfach so gestresst bin. Dass ich einfach so im Zeitdruck bin.‘“ (Interview F, 86-90)*

In einem anderen Beispiel erzählt ein\*e Studierende\*r, dass er/sie Schuldgefühle hatte, weil er/sie dem Patienten/der Patientin nicht die Zeit hat geben können, die er/sie wahrscheinlich auch gebraucht hätte. Schuldgefühle haben bei einer anderen studierenden Person dazu geführt, dass er/sie immer mehr gereizt war.

*„Ich will mir eigentlich für die Tätigkeit mehr Zeit nehmen. Ich habe sie jedoch nicht.“ (Interview D, 130-131)*

### Distress

Wenn Studierende Pflegetätigkeiten nicht alleine vollumfänglich durchführen konnten, wurde manchmal von den Pflegepersonen, denen sie an diesem Tag auf der Station zugeteilt waren, Druck ausgeübt. So wurde ein\*e Studierende\*r gefragt, wie es sein, kann, dass er/sie gewisse Inhalte noch immer nicht weiß. Diese Stress-Situationen aus dem Bemühen heraus, Missed Nursing Care und die damit verbundene Not für Studierende zu vermeiden, wurden fast in jedem Interview thematisiert. So bekam ein\*e Studierende\*r, der/die eine Pflegeperson um Rat bei einer pflegerischen Tätigkeit fragte, folgende Antwort:

*„Na, wieso kannst du das noch nicht? Du bist doch schon im fünften Semester!‘ Das ist das, was man dann zu hören bekommt. Aber es gibt dann niemand, der es einem zeigt.“ (Interview G, 129-132)*

Es war immer wieder in den Interviews zu hören, dass viele Pflegende eine\*n Auszubildende\*n bei der morgendlichen Dienstübergabe zugeteilt bekamen und dann mit der Ausbildung der Studierenden überfordert waren.

Die Studierenden erlebten Distress auf vielen Ebenen. Es konnte körperlicher Stress sein, manchmal emotionaler Stress. Zeitweise spielten beide Arten von Stress zusammen, der bei den Studierenden zu Not führte. Deswegen wurde moral distress auch als Kapitel und Hintergrund dieser Arbeit beschrieben, da dies auch ein Teilaspekt sein kann, der die versäumte Pflege der Studierenden mitbeeinflusst.

### Selbstzweifel

Ein\*e Studierende\*r berichtete wie folgend von Selbstzweifel, als er/sie eine Tätigkeit nicht durchführen konnte:

*„Ich hätte dem Patienten schon gern mehr geholfen. Aber ich bin da irgendwie gefangen und ohne die Hilfe, wie gesagt, meiner Kolleginnen kann ich nicht viel mehr machen.“* (Interview C, 197-199)

Bei einem/einer anderen Studierenden war der Selbstzweifel das „*aushalten müssen*“ zwischen „*So möchte ich es gerne machen, und so habe ich es jetzt gemacht, und dass es überhaupt nicht zusammenpasst.*“ (Interview H, 302-303). Weiter führte der/die Studierende aus, dass er/sie sich schwertat, sich bei einem Patienten/einer Patientin im Zimmer Raum zu schaffen, um Arbeitstätigkeiten in Ruhe vorbereiten zu können.

Studierende beschrieben in den Interviews ihre Selbstzweifel, wenn sie das Gefühl hatten Pflegetätigkeiten nicht vollumfänglich durchführen zu können und möglicherweise Missed Nursing Care verursachen. In einigen Interviews war herauszuhören, dass Studierende gerne die Pflege besser gemacht hätten, aber aufgrund von Zeitmangel oder strukturellen Gegebenheiten nicht die Möglichkeiten hatten dies vollumfänglich zu tun. Diese Selbstzweifel bei versäumter Pflege zeigten sich durch Unsicherheit, übermäßiges Grübeln und Angst vor Fehlern und führte zu Zweifel an der eigenen Person und den eigenen Fähigkeiten. Die Studierenden befanden sich in einer inneren Unzufriedenheit, wie sie selbst pflegerisch agieren, was ihr Handlungsspielraum ist und wie sie gerne pflegen würden.

### **Zwischenmenschliche Auswirkungen**

#### Die Bedeutung der Praxisanleitung für Studierende

In einigen Interviews wurde deutlich, dass die Ausbilder\*innen pflegerische Versäumnisse von Studierenden zu heftig kritisierten. Die Studierenden beschreiben ei-

ne schwelende Abwertung von der alten Ausbildung zum diplomierten Krankenpfleger gegenüber der neuen Form des Bachelor-Studiums. Hier spielt der Strukturwandel in der Ausbildung eine große Rolle. Deshalb kritisierten die Studierenden in den Interviews, bei von ihnen begangenen pflegerischen Versäumnissen, dass sie als FH-Studierende wenig wertschätzend abgewertet wurden. Dies machte es einigen Studierenden in ihren Praktika schwer über Missed Nursing Care zu reden.

*„Ich habe vor dem Bachelorstudium die psychiatrische Diplombildung gemacht. Ich habe dann in den Praktika einen Unterschied zwischen Diplombildung und Bachelorbildung bemerkt. Und ich habe jetzt im Bachelor-Lehrgang irgendwie gespürt, dass der Umgang, meiner Meinung nach, viel schlimmer ist.“* (Interview E, 7-11)

Die Studierenden nahmen wahr, wie wichtig Praxisanleitung zur Vermeidung von versäumter Pflege ist. Die Mehrzahl der Praxisanleiter\*innen war im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten bemüht, den Studierenden Wissen und Fertigkeiten zum Umgang mit Missed Nursing Care beizubringen. Ein\*e Studierende\*r hat ganz begeistert vom Praktikum im Ausland erzählt und schilderte die Bedeutung der Praxisanleitung für eine gute Entwicklung pflegerischer Kompetenzen. Es war wie ein Best Practice Beispiel für gezielte Lernbegleitung:

*„Was ich im Auslandspraktikum (...) erlebt habe, war eine Lernbegleitung, wie wir sie in der Theorie gelernt haben. Dass man sich zuerst eine Tätigkeit vornimmt. Das kann alles sein, zum Beispiel Blut abnehmen, Körperpflege oder Katheterpflege. Das kann auch etwas ganz Kleines sein oder Katheter setzen oder mobilisieren, einfach eine dezidierte Tätigkeit. Dann wird die Tätigkeit nicht gleich beim Patienten vollzogen, sondern zuerst gefragt: ‚Was ist der Ablauf? Was ist die Vorbereitung?‘ Dann ist die Durchführung und danach eine Nachbesprechung. Dann wird analysiert: ‚Wie ist es jetzt gelaufen und was ist gut gelungen, was ist nicht gut gelungen?‘ Wenn etwas nicht gut gelungen ist: ‚Was brauchst du da noch? Brauchst du Theorie, brauchst du noch mal eine Übung?‘ Also ein strukturiertes Lernen, Anleiten.“* (Interview H, 199-210)



### 4.3 Entwicklung pflegerischer Kompetenzen

#### Routine entwickeln

Am Beginn der Ausbildung sind Studierende häufig mit den Basics der Pflege beschäftigt, so dass ihnen gar nicht auffällt, wenn eine pflegerische Tätigkeit nicht vollumfänglich durchgeführt ist. In den ersten Praktika sind Studierende noch viel mit sich selbst beschäftigt und arbeiten zeitweise nur auf Delegation.

*„Für mich selbst sind anfänglich Bewältigungsstrategien irgendwie nicht notwendig gewesen, weil ich aus diesem angeleiteten Arbeiten nicht herausgekommen bin. Also, wenn etwas laut Praxisanleitung fertig war, dann war es fertig. Ich bin dann zur nächsten Tätigkeit übergegangen. Ich habe noch nicht nachdenken können, dass eigentlich etwas gefehlt hätte.“*

(Interview D, 213-217)

Erst im Laufe der Ausbildung, wenn die Studierenden beginnen, Routine zu entwickeln, fangen Sie an, pflegerische Tätigkeiten zu hinterfragen. So muss zuerst ein grundlegendes Verständnis zur Pflege aufgebaut werden, um verstehen zu können, was korrekte und nicht korrekte Pflege ist. Der Umgang mit Missed Nursing Care entwickelt sich dann erst aus diesem grundlegenden Verständnis heraus.

*„Mir ist dann im Praktikum ein anderer störender Faktor in dem Sinne aufgefallen: ‚Ich möchte alles so machen, wie sie es von mir erwarten und verlangen. Deswegen mache ich es auch so, wie sie es von mir erwarten und verlangen.‘ Jedoch vergesse ich leider eigentlich oder stelle mir nicht die Frage: ‚Gehört es nicht auch anders gemacht?‘“*

(Interview D, 345-349)

Ein\*e Studierende\*r beschreibt, wie er/sie durch entwickelte Routine selbstbewusster im Umgang mit durchzuführender Pflege wurde. Nachdem er/sie merkte, dass bei einem Intensivpatienten die Mundpflege nicht gemacht wurde, ging er/sie selbstständig zum Patienten/zur Patientin, führte diese eigenständig durch und wusste, dass gar nicht gefragt werden muss, da die Mundpflege benötigt wurde. Durch Erfahrung sah er/sie eigenständig, wo Pflege nicht durchgeführt wurde und somit fehlte. Dies zeigt die Wichtigkeit, pflegerische Kompetenzen zu fördern und bei Studierenden entwickeln zu helfen. Dies ist der beste Schritt Missed Nursing Care entgegenzuwirken.

Ein\*e Studienteilnehmer\*in beschreibt die Entwicklung im Umgang mit Missed Nursing Care damit, dass er/sie sich bewusst ein Bild von dem Patienten/der Patientin machte, sich bei der Durchführung der pflegerischen Tätigkeit nicht stressen ließ, die Arbeit in der richtigen Reihenfolge und im eigenen Tempo machte, auch wenn dadurch etwas mehr Zeit benötigt wurde. Es war ein persönlicher Entwicklungsprozess um Missed Nursing Care vorzubeugen.

Ein\*e Studierende\*r erzählte in einem Interview, dass er/sie durch den Erwerb von gefestigtem Wissen bereit war, dieses anzuwenden und sich dadurch bei pflegerischen Tätigkeiten nicht so leicht aus der Ruhe bringen zu lassen.

*„Da war ich bei einer Covid-19-Patientin in einem Isolationszimmer. Und da ging immer wieder die Tür auf: ‚Bist du jetzt soweit?‘ (...) Da habe ich irgendwann gesagt: ‚So, willst du übernehmen? Also, weil so will ich nicht arbeiten. Entweder du lässt mich meine Arbeit machen oder du übernimmst.‘“ (Interview H, 257-261)*

#### Kommunikationsfähigkeiten erwerben

Kommunikation wird oft als das „A und O“ im Umgang mit Missed Nursing Care beschrieben. Jedoch kommt diese Kommunikation oft zu kurz. Studierende benötigen für ihre Tätigkeiten am Anfang ihrer Ausbildung mehr Zeit. In den Interviews zeigten die Studierenden, wie wichtig Kommunikation mit dem Team und den Patient\*innen ist. Gute Kommunikation kann vielen Pflegeversäumnissen vorbeugen und helfen Patient\*innen zu beruhigen.

Ein\*e Studierende\*r erzählte davon, dass er/sie sich am Anfang des ersten Praktikums nicht sagen traute, dass er/sie mehr Zeit benötigt. Mit voranschreitenden Praktika entwickeln die Studierenden ihre Kommunikationsfähigkeiten. Diese erworbene Kompetenz kann helfen Missed Nursing Care zu vermeiden.

Ein\*e Studierende\*r war stolz, eine pflegerische Unterlassung gemacht zu haben und traute sich diese anzusprechen, auch wenn er/sie dabei geweint hat. Dies half das Versäumnis zu verarbeiten.

Ein\*e Studierende\*r beschrieb die gelungene Kommunikation damit, der zu pflegenden Person gesagt zu haben, zuerst eine pflegerische Tätigkeit durchführen zu müssen, dann jedoch wieder zu der betreuenden Person zurückzukommen.

In einem anderen Beispiel erzählte die studierende Person von einer Infusionsrunde während des Nachtdienstes, wo er/sie dem Patienten/der Patientin sagte, dass er/sie zum Abhängen der Infusion wiederkommen wird und dass der Patient/die Patientin nicht zu läuten braucht. Damit bekam der Patient/die Patientin das Gefühl, dass nicht auf ihn/sie vergessen wurde und dass der/die Studierende an ihn/sie denkt.

Gerade diese Kompetenzentwicklung von einfachen Basic-Skills in der Kommunikation ist ganz wichtig, auch wenn sie hier vielleicht trivial wirken, um effektiv mit Missed Nursing Care umgehen zu können und die Kommunikationskultur zu stärken. Nur wer über Versäumnisse redet, wird auch daran wachsen. Dies benötigt jedoch auch eine gewisse Gesprächskultur sowie einen sachlichen und konstruktiven Umgang mit Pflegeversäumnissen. In vielen Interviews war der Wunsch der Studierenden nach mehr Kommunikation mit der Praxisanleitung spürbar.

*“Oft wurden wir echt einfach ins kalte Wasser gestoßen. Ich habe mich dann auch nicht wirklich wohl gefühlt, weil ich nicht wusste: Soll ich jetzt was sagen, soll ich nicht? Darf ich was fragen? Kann die Praxisanleiterin kurz herkommen und mir zuschauen? Diese Sicherheit hat mir gefehlt.“*

(Interview C, 473-477)

In manchen Fällen wurde Feedback, das im Umgang mit Versäumnissen bei pflegerischen Tätigkeiten sehr wichtig ist, nicht konstruktiv gegeben, sondern nur pauschal und damit nicht greifbar. Somit war das Feedback nicht hilfreich und hatte damit seinen pädagogischen Wert verfehlt.

*„Du bist zu langsam.“ Was mache ich mit diesem Satz? Um welche Tätigkeit geht es? Wie funktioniert diese Tätigkeit? An welcher Stelle, denkst du, war ich zu langsam? Wie könnte ich da schneller sein? Muss ich überhaupt schneller sein? Also, eine wirklich differenzierte Reflexion, bezogen auf konkrete Tätigkeiten, das hat mir gefehlt.“* (Interview H, 124-129)

Ein\*e Studierende\*r kritisierte die fehlenden Entlastungsgespräche, die ihm/ihr in Situationen von Missed Nursing Care geholfen hätten. Leider zeigte die Praxisanleiterin kein offenes Ohr für sein/ihr Anliegen. So beschrieb der/die Studierende ihr Gefühl, nur eine unbeachtete Nummer als Praktikant\*in zu sein, die kommt und geht. Ein\*e Studierende\*r hätte gerne Reflexionsgespräche gehabt, um sich ganzheitlich abgeholt zu fühlen.

Fehlende Kommunikation mit den Praxisanleiter\*innen sowie auch das Fehlen von Supervision wurde von einigen Studierenden in den Gesprächen über Missed Nursing Care angesprochen. Hier war Verbesserungspotenzial in der Kommunikation erkennbar. Was in allen Gesprächen rund um mangelnde Kommunikation, nicht vorhandene Supervision oder fehlende Praxisanleiter\*innen durchkommt, war der Wunsch der Student\*innen nach einer fixen Ansprechperson, die ihnen vermehrt zugehört hätte.

### Planungskompetenz entfalten

Genauso wichtig, wie die Vermeidung von Versäumnissen, ist die Erlernung der effektiven Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten. Die richtige Planung kann helfen Unterlassungen erst gar nicht entstehen zu lassen. Gerade in den ersten Praktika fehlt vielen Studierenden noch eine gewisse Planungskompetenz, um Tätigkeiten wie zum Beispiel Blutabnehmen, effektiv durchzuführen. So müssen beispielsweise bei dieser Tätigkeit einige Schritte vorbereitet werden, bevor dann als letzte Tätigkeit erst das Blutabnehmen erfolgt. Wenn hier nicht die richtige Vorbereitung erfolgt, kann es sein, dass ein\*e Studierende\*r zwei oder drei Mal gehen muss, bevor er/sie alle benötigten Utensilien zur Blutabnahme zusammen hat.

*„Insbesondere am Anfang des Studiums und in den ersten Praktika ist es mir oft so gegangen, dass ich viel Zeit damit vertan habe, dass ich Wege doppelt mache. Sprich, ich habe mir nicht vorher die Zeit genommen, alle Materialien ordentlich vorzubereiten. Dann habe ich hunderttausendmal rennen müssen. (...) Ich habe gelernt genau zu reflektieren: ‚Was mache ich jetzt alles bei dem Patienten? Was will ich alles machen? Was ist alles zu machen?‘ Und dass ich mir dann alles vorbereite. Wenn ich ordentlich plane, dann spare ich auf lange Sicht Zeit.“ (Interview J, 304-313)*

Die Entwicklung einer pflegerischen Planungskompetenz erfordert viel Übung und Übersicht, die erst im Laufe der Praktika oder im Laufe der Jahre erfolgt. So muss die Priorisierung von Tätigkeiten erst erlernt werden, um Arbeitsabläufe optimal durchführen zu können und pflegerische Versäumnisse zu vermeiden. So beschreibt ein\*e Studierende\*r, dass er/sie sich erst um das Bett einer zu pflegenden Person Platz für eine Arbeitsfläche schaffen musste, um dann im zweiten Versuch die eigentliche pflegerische Tätigkeit durchführen zu können.

## 4.4 Strukturelle Rahmenbedingungen

### Keinen Ansprechpartner haben

Einige Studierende beschrieben das Problem, dass sie Pflegehandlungen nicht vollumfänglich durchführen konnten, weil ihnen der/die Ansprechpartner\*in auf der Station in der Praxisanleitung gefehlt hat. So waren zwar Praxisanleiter\*innen vorhanden, diese hatten jedoch so viel zu tun, dass sie nicht ausreichend Zeit für Praxisanleitung hatten.

*„Und auch dieses ständige Alleingelassen werden in den Zimmern oder mit einer Situation, wo man wirklich ad hoc jemanden gebraucht hätte. Es war einfach niemand da, weil das die Personalressourcen nicht hergeben haben.“* (Interview A, 175-178)

Ein\*e Studierende\*r hätte gerne eine\*n Praxisanleiter\*in gehabt, wenn Fragen zu pflegerischen Tätigkeiten entstanden, die er/sie nicht korrekt durchzuführen wusste. Leider war der/die Studierende jeden Praktikumstag einer anderen Pflegeperson zugeteilt. Somit fehlte im Praktikum die fixe Bezugsperson. Er/Sie bekam nur als Antwort, dass alle Pflegepersonen Ansprechperson sind.

Einige Studierende beschrieben, dass sie in der Erlernung pflegerischer Fertigkeiten von dem Pflegepersonal auf der Station völlig abhängig waren. So beschrieb ein\*e Studierende\*r, dass es Tage gab, wo er/sie keine fixe Ansprechperson hatte.

*„Du bist jeden Tag einer anderen diplomierten Pflegeperson zugeteilt worden. (...) Wenn er nicht so viel Zeit hat, wenn der auch viel Stress hat, und er soll dich auch noch mitnehmen?“* (Interview G, 154-158)

### Qualität der Praktikumsbegleitung

Viele Studierende erwähnten im Umgang mit Missed Nursing Care das derzeitige System der Praktikumsbegleitung, das auf den Stationen im Krankenhaus vorherrscht. Die Praxisbetreuer\*innen auf den Stationen sind voll und ganz in den pflegerischen Alltag eingebunden. Die Erwartung an die Praxisbegleitung ist, dass sie darüber hinaus noch eine\*n Studierende\*n betreut und anleitet. Es zog sich fast wie ein roter Faden durch alle Interviews, dass die Praxisanleiter\*innen gar nicht die zeitlichen Ressourcen zur gezielten Praxisausbildung hatten, auch wenn sie sehr be-

müht waren, den Studierenden bestmöglich Wissen und Fähigkeiten zu vermitteln, die helfen Missed Nursing Care erst gar nicht entstehen zu lassen.

*„Was nützt es mir, wenn ich einen Praxisbetreuer habe, der vielleicht auch ein Bachelor-Niveau hat, wenn sich die allgemeine Personalsituation nicht ändert. Noch einmal: Der Praxisanleiter ist ja auch vollwertig eingeteilt in der Arbeit. Und soll nebenbei aber noch einen Auszubildenden betreuen. Das geht nicht zusammen.“* (Interview A, 268-272)

Einige Studierende hatten eine\*n Practical Trainer\*in, mit einer Eins-zu-Eins-Betreuung, auf ihrer Station. In fast allen Interviews wurde der/die Practical Trainer\*in von den Studierenden gelobt und als Vorzeigebispiel erwähnt. Einige Studierende erwähnten äußerst positiv den Mehrwert eines/einer Practical Trainer\*in. Der/Die Practical Trainer\*in war im Krankenhaus angestellt, jedoch nicht fix auf der Station. Somit hatte der/die Practical Trainer\*in keine feste Aufgabe auf der Station und konnte sich gezielt auf die Studierenden konzentrieren. Wenn Studierende Fragen zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten oder nicht vollumfänglich durchgeführten Tätigkeiten hatten, hatte der/die Practical Trainer\*in ausreichend Zeit, sich mit den individuellen Fragen und Wünschen zu Missed Nursing Care auseinanderzusetzen. Von den Studierenden wurde in vielen Interviews erzählt, dass die Ausbildung durch Practical Trainer\*innen eine ganz andere Qualität in der Betreuung hatte, da sich die Practical Trainer\*innen wirklich nur um sie kümmern konnten.

*„Ich habe schon einen großen Unterschied bemerkt, was ein Practical Trainer macht. Sie war wirklich nur für mich da. Sie hat mir wirklich alles gezeigt, mir auch beigebracht, wie ich das machen soll. Bei mir war es so, dass ich in den ersten vier Praktika wenig gelernt habe. Die Pflege habe ich gelernt, aber Sachen wie Blutabnahme, Venflon stechen, Sauerstoffverabreichung und Absaugen, habe ich sehr wenig gemacht. Das habe ich vorher fast gar nicht gemacht. Erst im fünften Semester habe ich das so richtig durch die Practical Trainerin gelernt. Sie hat es mir wirklich gezeigt und sich die Zeit genommen, mir es beizubringen.“* (Interview F, 165-174)

Ein\*e Studierende\*r zog folgendes Fazit aus seiner/ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem/der Practical Trainer\*in:

*„Die Practical Trainer müssen stationsübergreifend sein und nicht wie auf der Station XY, dass sie dort einen normalen Alltag hat und anleitet. Das ist sonst wieder nichts anderes als eine Praxisanleiterin. (...) Auf der Station AB war der Practical Trainer nur für die Praktikanten da, das war fantastisch. Die Pflegepersonen, die dort normal arbeiten, haben nicht von ihr verlangt, dass sie bei der morgendlichen Pflege mitmacht. Sie konnte sich ganz darauf konzentrieren, die Praktikanten anzuleiten. In diesen fünf Tagen habe ich mehr gelernt als in den ganzen Praktika zusammen.“*  
(Interview G, 495-504)

### Teamstrukturen

Die Studierenden merkten in ihren Praktika, wie wichtig eine gute Teamstruktur ist. Wenn die Zusammenarbeit der Pflegepersonen auf einer Station im Krankenhaus passt, dann können Studierende mit ihren Praxisanleiter\*innen besser zusammenarbeiten. Durch gute Zusammenarbeit auf menschlicher und kommunikativer Ebene lassen sich viele Fälle von Missed Nursing Care vorbeugen.

*„Bei mir kommt es auch immer auf das Team an. Aber ich glaube, wenn das Team gut ist, geht alles zu lernen, dann geht alles super.“*  
(Interview K, 391-393)

Ein\*e Studierende\*r erzählte, dass aus seiner/ihrer Sicht das Arbeitsklima auf der Station sehr viel zur Vermeidung von versäumten Pflegetätigkeiten bei Studierenden beitragen kann. Wenn die Arbeitsatmosphäre angenehm ist, keine teaminternen Spannungen da sind, das Team als Einheit und zum Wohle der Patient\*innen funktioniert, ist ein guter Beitrag zur Vermeidung von Pflegeversäumnissen gelegt. Wenn eine unangenehme Stimmung auf einer Station herrschte, fühlte er/sie sich nicht wohl, was Stress verursachte und die Begünstigung für mögliche pflegerische Versäumnisse steigerte.

Einige Studierende erzählten in unterschiedlichen Beispielen, wie wichtig Ihnen die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen war. So wurden sie bei ihren pflegerischen Tätigkeiten sehr gut von zum Beispiel Physiotherapeut\*innen und Ergotherapeut\*innen unterstützt. Ein\*e Studierende\*r lobte in der Ausbildung die Assistenzärzte.

*„Weißt du, wer mir viel beigebracht hat? Die Assistenzärzte. An die habe ich mich immer angehängt. ‚Ihr geht zur Anamnese? Kann ich das EKG [Elektrokardiogramm] machen? Kann ich den Blutdruck messen? Kann ich den Port-a-Cath anstechen?‘ ‚Ja, komm mit. Mach das.‘ Aber die eigenen Kollegen? Die waren nicht so.“ (Interview G, 179-183)*

### Noten als Bewertungskriterium

Studierende erzählten in den Interviews immer wieder, wie sehr sie sich durch die Praktikumsbenotung unter Druck gesetzt gefühlt haben. Sie hatten Hemmungen über unterlassene Pflege oder Pflegeversäumnisse zu reden, da sie Angst davor hatten, dadurch eine schlechtere Note zu bekommen.

*„Ich mache meine Arbeit. Ich mache das, was sie von mir verlangen. Ich frage auch nach, ich zeige mein Interesse. Aber, sobald ich ein bisschen Kritik ausübe, wirkt sich das auf meine Note aus, und ich glaube, daran liegt es, dass viele sich nicht trauen, irgendwie was zu sagen.“ (Interview C, 234-237)*

Durch den Druck der Notenbewertung sprachen die Studierenden nicht über pflegerische Versäumnisse, über die sie eigentlich gerne geredet hätten. Somit unterdrückte die Notengebung eine gezielte Kommunikation über das sensible Thema Missed Nursing Care. Die Note als Bewertungskriterium für Praktika wurde als nicht zielführendes Mittel in der pflegerischen Entwicklung im Umgang mit Missed Nursing Care beschrieben. Einige Studierende beschrieben die Praktikumsbenotung als Hemmschwelle in der pflegerischen Entwicklung des Umgangs mit versäumten Pflegetätigkeiten. Die Studierenden beschrieben die Notengebung als Barriere in der Kommunikation über versäumte Pflege.

*„Ich habe ein paar Freundinnen, die trauen sich auch nicht wirklich viel zu sagen, da sich ihre Note sonst verändern würde, und natürlich will keiner irgendwie eine Zwei im Praktikum, nur weil er jetzt Kritik ausgeübt hat.“ (Interview C, 241-244).*



## 5 Diskussion

### 5.1 Einbettung dieser Masterarbeit

Zur theoretischen Fundierung dieser Masterarbeit wurde das Modell nach Hübsch et al. (2021) herangezogen. Das Modell setzt sich in der theoretischen Ableitung auf der Konzeptebene aus den drei Konzepten „*Missed Nursing Care*“ als versäumte Pflege, „*Implicit rationing of nursing care*“ als implizit rationierte Pflege und „*Nursing Care left undone*“ als nicht durchgeführte pflegerische Maßnahmen zusammen (Hübsch et al, 2021).

Die Studie von Hübsch et al. (2021) beschreibt einen theoretischen Rahmen, mit dem die Erkennung von durchgeführter oder versäumter Pflege auf einem vorhandenen Pflegebedarf besteht. Der Bedarf erfordert eine notwendige Pflege Tätigkeit, welcher durch einen zeitlichen Rahmen bestimmt ist. Der zeitliche Rahmen gibt vor, ab wann eine pflegerische Handlung zu spät und damit versäumt ist. Eine lediglich verspätete Pflege (Durchführung zu einem anderen Zeitpunkt, als es geplant war) wird von den Autor\*innen als tolerierbar empfunden, wenn ein gewisser Zeitrahmen eingehalten wird und Pflege nicht ausgelassen wird. Zeitliche Angemessenheit wird von den Autor\*innen als relativ, situations- und tätigkeitsabhängig beschrieben (Hübsch et al., 2021). Wenn Pflege unvorteilhaft zu früh erbracht wird, können oft organisatorische Überlegungen im Vordergrund stehen, um das Arbeitsvolumen zu erfüllen (Bottega und Palese, 2020). Somit kann unvorteilhafte Pflege zeitlich sowohl nach vorne (zu früh) als auch nach hinten (zu spät) gerichtet sein.

Hervorzuheben ist, dass sich das Modell von Hübsch et al. (2021) auf ausgebildete Pflegepersonen bezieht. Es geht nicht auf die Besonderheiten von Studierenden ein. Das Modell wurde verwendet, da es leider noch kein spezifisches Modell zu Missed Nursing Care speziell für Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege gibt. Die vorliegende Masterarbeit leistet einen Beitrag dazu, diese Lücke im Verständnis von Missed Nursing Care bei Studierenden zu schließen. Ich habe für meine Masterarbeit mit Missed Nursing Care ein sehr interessantes Forschungsfeld mit einer noch relativ jungen Thematik gewählt. Es ist spannend dieses neue Phänomen, das erst 2006 von Kalisch international beschrieben wurde, bei österreichischen Studierenden zu erforschen.

Es gibt das Modell zu Missed Nursing Care von Kalisch et al. (2009). Dies ist ein generelles Modell, das Missed Nursing Care und seine allgemeine Entstehung bei Pflegenden im Krankenhaussetting beschreibt. Es wurde herangezogen, um den Begriff Missed Nursing Care im Allgemeinen zu erklären.

Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege haben andere spezifische Bedingungen für die Entstehung von Missed Nursing Care, als es das Modell von Kalisch et al. (2009) beschreibt. Studierende sind in einer anderen hierarchischen Position als fertig ausgebildete Pflegekräfte und daher anderen Formen des Drucks und der Abhängigkeit (zum Beispiel von der Notengebung) ausgesetzt. Außerdem müssen bei Studierenden grundlegende Werte, Ethik und Fähigkeiten erst entwickelt werden und können noch nicht für pflegerische Handlungen und den Umgang mit Missed Nursing Care vorausgesetzt werden. Aus diesen noch fehlenden Grundvoraussetzungen können für Studierende ganz andere Faktoren zur Entstehung von Missed Nursing Care wichtig sein, als es für fertig ausgebildetes Pflegepersonal ist.

Trotz intensiver Recherche im Internet konnte kein Modell gefunden werden, das sich speziell mit den Voraussetzungen für Studierende zur Entstehung von Missed Nursing Care und dessen noch junger Theorie beschäftigt. Ich hatte im Vorfeld der Masterarbeit auch angedacht, für diese Masterarbeit ein Modell speziell für Studierende aus dem allgemeinen Modell von Kalisch et al. (2009) abzuleiten. Da dies den Rahmen der Masterarbeit gesprengt hätte, musste ich davon absehen. Dies zeigt aber, dass hier Potenzial für eine Folgearbeit da ist, wenn Unterstützung bei der Erstellung eines Modells, speziell für Studierende, da wäre. Ich glaube, dass genauso wie ich, viele Forschende froh wären, wenn sie zu Missed Nursing Care bei Studierenden schreiben wollen, sich auf ein dafür fokussiertes Modell stützen könnten. Die Zeit wird zeigen, wann jemand dieses benötigte Modell erstellen wird. Dieses Modell müsste speziell auf Studierende in ihren Anforderungen zu Missed Nursing Care ausgerichtet sein.

In den Schilderungen der Studierenden war immer wieder zu lesen, wie wichtig die Entwicklung von Kompetenzen für den pflegerischen Arbeitsalltag zum Umgang mit Missed Nursing Care ist. Dies spiegelt sich im Ergebnisteil in der Darstellung der dritten Hauptkategorie „*Entwicklung pflegerischer Kompetenzen*“ wider. Daher wurde als Teilaspekt der theoretischen Fundierung dieser Masterarbeit das Entwicklungsmodell „*From Novice to Expert*“ von Patricia Benner (2017) genutzt, welches auf dem Kom-

petenzmodell nach Dreyfus (1982) aufbaut. Dieses Modell der Stufen zur Pflegekompetenz beschreibt die Entwicklung von Kompetenzen in fünf Stufen, wie aus Anfänger\*innen Pflegeexpert\*innen werden. Dies ist ein allgemeines Modell, wie sich Pflegekompetenz entwickelt. Stufe 1 beschreibt das Kompetenzverständnis von Anfänger\*innen. Dies spiegelt auch den Blick auf die Studierenden dieser Forschungsarbeit wider. Stufe 2 bis 5 gehen über das Verständnis von Auszubildenden hinaus. Dadurch kann dieses Modell nur einen bedingten Teilabschnitt zur Fundierung dieser Masterarbeit darstellen, da es Studierende als Anfänger\*innen nur in Stufe 1 der Entwicklungsstufen in der Beschreibung zur Pflegekompetenz sieht.

Somit kann als theoretische Fundierung für diese Masterarbeit, zum noch jungen Phänomen Missed Nursing Care bei Studierenden, nur die Literatur aus dem Kapitel der Problemstellung und des Hintergrunds zu dieser Arbeit in seiner Gesamtheit gesehen werden.

## 5.2 Diskussion zu den Ergebnissen dieser Masterarbeit

Der Aufbau des Diskussionsteils orientiert sich entlang der vier **Hauptkategorien**, die mit je einer überblicksmäßigen Fragestellung diskutiert werden sollen.

- 1. Hauptkategorie „**Erfahrungen**“:

*Was waren die Erfahrungen der Studierenden  
mit Missed Nursing Care?*

- 2. Hauptkategorie „**Auswirkungen**“:

*Welche Auswirkungen hat Missed Nursing Care auf die Studierenden?*

- 3. Hauptkategorie „**Entwicklung pflegerischer Kompetenzen**“:

*Konnten sich die Studierenden in den Praktika  
im Umgang mit Missed Nursing Care entwickeln?*

- 4. Hauptkategorie „**strukturelle Rahmenbedingungen**“:

*Welchen Einfluss hatten die strukturellen Rahmenbedingungen  
auf die Studierenden im Umgang mit Missed Nursing Care?*

### Was waren die Erfahrungen der Studierenden mit Missed Nursing Care?

Die Studierenden beschrieben ihr Erleben und ihre Erfahrungen von Missed Nursing Care auf sehr vielfältigen Ebenen. Anfangs schilderten sie ihre Erfahrungen anhand ihrer Wahrnehmungen versäumter Pflege, mit den dafür vorliegenden Gründen als auch den daraus resultierenden Formen der nicht geleisteten Pflege. In den Anfängen ihrer Praktika fühlten sich die Studierenden noch von dem Praktikumsalltag überfordert, zerrissen und in komplexen Situationen des Pflegealltags alleine gelassen. Sie waren nur sehr schwer in der Lage mit Missed Nursing Care umzugehen. Die Studierenden beschreiben Probleme Routinetätigkeiten als immer wiederkehrende Handlungsabläufe zu bewältigen. Die Studierenden merkten auch, dass Routine als innerlich verfestigte Haltung zu Missed Nursing Care führen kann, wenn fertig ausgebildetes Pflegepersonal nicht bereit ist ihre möglicherweise jahrzehntealten Gewohnheiten zu ändern. Routine kann einerseits positiv behaftet sein, Abläufe zu verinnerlichen und diese für den pflegerischen Alltag zu automatisieren. Routine kann andererseits auch negativ konnotiert sein, wenn genau dieser Automatismus zu blinden Flecken in der Beurteilung pflegerischer Tätigkeiten führt.

Zeitdruck und Personalmangel als Quelle für Missed Nursing Care wurde so gut wie in jedem Interview erwähnt und ist auch in der verwendeten Literatur fast in jeder Studie thematisiert. Von den Studierenden wurde erwähnt, dass fehlendes Personal versäumte Pflege begünstigen kann. Die Studierenden erzählten auch, dass sie als Ersatz für fehlendes Personal eingesetzt wurden, was so in dieser Form nicht stattfinden sollte.

Häufige Personalfluktuations kann durch schlechtes Management verursacht werden. Durch die oft nicht ausreichende Personalbesetzung kann eine unzureichende Patient-to-Nurse-Ratio vorhanden sein, wenn zu wenig Pflegepersonal zu viele Patient\*innen versorgen soll (Habermann et al., 2022).

In Österreich muss sich eine Pflegeperson im stationären Alltag zeitweise um viele Patient\*innen kümmern. Dies ist in Österreich ein systemisches Problem, das mehrere Ebenen betrifft. Nicht nur die Strukturen in den Krankenhäusern spielen eine Rolle, auch die Politik in der Finanzierung hat hier Einfluss, wie Pflege funktioniert oder im Falle von Missed Nursing Care auch nicht funktioniert. Pflege muss leistbar blei-

ben. Das kann dazu führen, dass Pflegepersonal in Österreich viele Patient\*innen zu versorgen hat.

In österreichischen Spitälern werden laut der MISSCARE-Austria-Studie statistisch von einer Pflegeperson während des Tagdienstes rund 15 Patient\*innen betreut ( $M=15.3$ ;  $SD=10.0$ ) und rund 22 Patient\*innen während der Nachtschicht ( $M=21.6$ ;  $SD=11.0$ ). 67.8% der Befragten in der MISSCARE-Austria-Studie gaben an, dass die Krankenpflege selten oder nie angemessen war (Cartaxo, 2023).

Die Studierenden dieser Masterarbeit thematisieren ebenfalls die Patient-to-Nurse-Ratio. Durch häufige Personalfuktuation können vielfältige Probleme entstehen. Neues Personal muss erst eingeschult werden. Durch Personalmangel kann der im Ergebnisteil beschriebene Einsatz von Studierenden als Ersatz für fehlendes Personal auftreten. Studierende sollten nicht Teil einer versteckten Personalbesetzung sein. Dies nimmt ihnen die Möglichkeit einer produktiven Lernumgebung, in der sie sich selbstbestimmt weiterentwickeln können.

Aufgrund der erhöhten zu betreuenden Patient\*innenzahl kann mangelnde Bezugspflege im stationären Setting der Krankenhäuser auftreten. Studierende berichteten in ihren Interviews, dass sie zeitweise nur auf Basis von Delegation anstatt Bezugspflege arbeiten mussten. So arbeiteten sie fallweise nur auf Anweisung der Praxisanleiter\*innen. So wurden ihnen nur Teilsegmente der Pflege aufgetragen, was ihnen den Blick für eine gesamtheitliche Pflege verwehrt. Wenn Studierende zum Beispiel nur Vitalparameter erheben, bekommen sie andere Probleme der Patient\*innen nicht mit. Dies trägt nicht zur Entwicklung einer holistischen Pflege der Studierenden bei und fördert kein ganzheitliches Denken. Um Patient\*innen gut zu pflegen, benötigt es laut Benner (2017) ein vertieftes Patient\*innenverständnis, wie schon in der Problemstellung und im Hintergrund ausführlich beschrieben wird.

Wenn Pflegepersonal fehlt oder zu viele Patient\*innen zu betreuen sind, kann dies negative Effekte in der pflegerischen Versorgung haben. So können Verkürzungen, Verspätungen oder vollständige Unterlassungen die Folge sein. Am häufigsten werden die Folgen nicht vollumfänglich durchgeführter Pflegetätigkeiten von den Studierenden dieser Masterarbeit anhand der Körperpflege beschrieben.

Abawaji et al. (2024) beschreiben in ihrem Ergebnisteil unter anderem, dass Studierende mangelndes Interesse an Fürsorge als Grund für Missed Nursing Care wahr-

nehmen. Einige Studierende dieser Masterarbeit berichten ebenfalls von denselben Wahrnehmungen. Somit decken sich die internationalen Wahrnehmungen mit denen der österreichischen Studierenden. Beispiele dazu wurden im Ergebnisteil im Subkapitel Berufsethos ausführlich dargestellt. In einigen Interviews war herauszuhören, dass das mangelnde Interesse einem Burnout zugeschrieben wurde. Durch den Zeitdruck führte das Pflegepersonal auf den Stationen im Krankenhaus Pflegetätigkeiten nicht mehr vollumfänglich aus und es entstand Missed Nursing Care.

Um mit diesem Druck umgehen zu können erwähnten Studierende in den Interviews die Coolout-Theorie und analysierte die Gründe für dieses zeitweise erkältete und abweisende Verhalten mancher Pflegepersonen den Studierenden oder Patient\*innen gegenüber.

Die Coolout-Theorie von Kersting beschreibt einen Prozess der moralischen Desensibilisierung als Mechanismus zum Selbstschutz. So erkalten Pflegende moralisch, um dem Druck standzuhalten und handlungsfähig zu bleiben (Kersting, 2019). Von den Studierenden wurde wahrgenommen, dass es Pflegepersonen in ihren Praktika gab, die emotional ziemlich kalt waren. Hierfür können persönliche als auch andere Gründe für das individuelle Handeln verantwortlich sein. Ein\*e Studierende\*r beschreibt, dass eine Pflegeperson ohne Rückhalt die Empathie zu verlieren begann. Hier zeigt sich der Widerspruch, eigentlich gut in eine Station eingebunden sein zu wollen, jedoch nicht die nötige systemische Unterstützung zu haben. Wenn Regelverletzungen in der Pflege zum Normalfall werden, werden die bestehenden Verhaltensmuster der Pflegepersonen nahtlos fortgesetzt.

Die Coolout-Theorie zeigt, dass neben den individuellen Gründen für Missed Nursing Care auch systemisch immanente Gründe relevant sind, über die nachgedacht werden sollte. Krankenhäuser müssen den Spagat zwischen Patient\*innenorientierung und Systemrationalität schaffen. Auf der einen Seite sollen Krankenhäuser voll und ganz am Wohle der Patient\*innen orientiert sein, auf der anderen Seite müssen sie auch wirtschaftlich geführt werden. Dieser Spagat, der oft nicht gut gelingt, kann bei Pflegepersonal für Spannungen in der Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten sorgen. Patient\*innenorientierte Pflege kann immer das Momentum enthalten, gegen institutionelle Rahmenbedingungen als auch den Druck der Systemrationalität agieren zu müssen, um diese vollumfängliche Pflege leisten zu können (Kersting, 2019).

Die Studierenden einer Studie beschrieben, dass die erlebte Verletzung von Rechten und der Würde von Patient\*innen ein Verstoß gegen professionelle Standards in der Pflege ist (Habermann et al., 2022). Abawaji et al. (2024) beschrieben in ihrem Scoping Review, dass eines der am häufigsten wahrgenommenen Themen von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege die Vernachlässigung der Rechte und der Würde von Patient\*innen ist.

Auch die Studierenden dieser Masterarbeit erzählten von nicht wahrgenommenen Patient\*innenrechten und thematisierten die durch unvollständig durchgeführte Pflege nicht vollumfänglich versorgten Patient\*innen. Sie sprachen zum Beispiel über vernachlässigte psychosoziale Unterstützung. So werden in einem Beispiel das Recht eines Patienten/einer Patientin auf Auskunft und Beratung, anhand eines nicht durchgeführten Entlastungsgesprächs, auf der Station thematisiert. Ein\*e Studierende\*r erzählte, dass er/sie ein Aufklärungsgespräch vor einer OP durchführte, für dass sich die anderen Pflegepersonen nicht verantwortlich fühlten und der Meinung waren, dass dies Sache der Ärzte sei. Die Würde der Patient\*innen wurde zeitweise vernachlässigt, wenn wenig Sorgfalt bei der Körperpflege gewährleistet wurde und bei pflegerischen Tätigkeiten an Patient\*innen über private Themen zwischen dem Pflegepersonal geredet wurde. Studierende erzählten in den Interviews auch von körperlichen Folgeerscheinungen für Patient\*innen, wenn Pflege nicht vollumfänglich durchgeführt wurde.

### Welche Auswirkungen hat Missed Nursing Care auf die Studierenden?

Die Studierenden dieser Masterarbeit beschrieben in ihren Erlebnissen körperliche, psychische und zwischenmenschliche Auswirkungen, die Missed Nursing Care in ihren Praktika auf sie hatte.

Bei den **körperlichen Auswirkungen** von Missed Nursing Care wurden von den Studierenden dieser Masterarbeit Schlafprobleme genannt, wenn sie das Gefühl hatten Patient\*innen nicht in dem Maße betreuen zu können, wie sie es gerne würden. Weiter erzählten die Studierenden von Kopfweg. Körperliche Müdigkeit wurde in Form von Erschöpfungszuständen geschildert.

Die Studierenden dieser Masterarbeit erzählten auch über **psychische Auswirkungen** von Missed Nursing Care, die sie in ihren Praktika betrafen. Zeitweise schilderten sie Hilflosigkeit und Überforderung, wenn sie dem stressigen Praktikumsalltag

noch nicht gewachsen waren. Schuldgefühle überkamen die Studierenden, wenn sie das Gefühl hatten, den Patient\*innen nicht die angemessene Pflege zukommen lassen zu können, die ihnen zustehen würde. Distress erlebten die Studierenden auf sehr vielfältigen Ebenen. Wenn die Studierenden dieser Masterarbeit nicht in der Lage waren Pflege vollumfänglich durchzuführen, erlebten sie zeitweise Stress. Fast jedes durchgeführte Interview thematisierte den wahrgenommenen Stress in irgendeiner Form, den die versäumte Pflege bei den Studierenden verursachte. In einigen Bereichen im Ergebnisteil dieser Masterarbeit kam Stress in unterschiedlichen Formen vor. So mussten sie oft erst lernen mit Stress und Not umgehen zu können. Der häufigste Grund für Stress war Zeitdruck. Oft fanden sich die Studierenden in Situationen moralischer Not wieder, wenn sie Pflege versäumten oder nicht vollumfänglich durchführen konnten. Da Studierende nicht mit allen Anforderungen des Stationsalltags umzugehen wussten, überkamen sie Selbstzweifel, wenn sie Pflege nicht so durchführen konnten, wie sie es gerne gemacht hätten. Hier erzählten die Studierenden, dass sie gerne Rückhalt in Form von Praxisanleiter\*innen oder Supervision gehabt hätten, die leider in der Form nicht immer gegeben war.

Ein Scoping Review zeigte, dass Versäumnisse in der Krankenpflege bei den Studierenden aus den internationalen Studien moralischen Stress, Selbstzweifel, Schuldgefühle, Machtlosigkeit und Konflikte verursachen können (Abawaji et al., 2024). Eine weitere Studie berichtet ebenfalls, dass versäumte Pflege zu zwischenmenschlichen Konflikten, Hilflosigkeit, Angst, Selbstzweifeln und Schuldgefühlen führen kann (Habermann et al., 2022).

Pflegekräfte mit hoher Arbeitsbelastung haben oft nicht ausreichend Zeit für ihre Patient\*innen (Maghsoud, Rezaei, Asgarian & Rassouli, 2022). Corley nennt Gründe, wie zum Beispiel Personalmangel oder unzureichend ausgebildetes Personal, für den moralisch entstandenen Stress (Corley, 2021). Diese Gründe decken sich auch mit den Erfahrungen der Studierenden dieser Masterarbeit. Sie erzählten ebenfalls von Situationen des Personalmangels, der zu Stress und unzureichend durchgeführten Pflegetätigkeiten führte. Die Studierenden reflektierten das psychologische Ungleichgewicht und das quälende Gefühl, das der moralische Stress in ihren Erzählungen verursachte.

Scott, Suhonen und Kirwan, M. (2020) beschreiben, dass durch die Unterbesetzung des Pflegepersonals Frustration bei den Studierenden entstehen kann, wenn sie



dadurch die Betreuung von Patient\*innen nicht ausreichend gewährleisten können. Diese Frustration kann langfristigen Einfluss auf die Erwartungen an den Beruf haben.

Da Studierende noch in der Ausbildungsphase sind, fällt es ihnen oft schwer mit Stress umzugehen. Das dafür benötigte ethische Verhalten muss von den Studierenden erst im Laufe ihrer Ausbildung entwickelt werden. Ethisches Verhalten beginnt laut Benner mit dem „*Hineindenken*“ und „*Einfühlen*“ in Patient\*innen. Dies wird als „*Intuition*“ beschrieben (Benner, 2017). Pflegende verwenden zeitweise negative Bewältigungsstrategien im Umgang mit ethischem Stress. So zeigen sie Vermeidungs-, Flucht- und Distanzierungsverhalten (Raines, 2000).

Aiken et al. (2001) beschreiben, dass sich professionell Pflegende als auch Arbeitgeber\*innen mit moral distress beschäftigen sollten, da er bei Pflegenden zu Frustration, Burnout und Kündigung führen kann. Berggren und Severinsson (2000) weisen auf die Bedeutung von klinischer Supervision als Intervention zur Senkung von moralischem Stress hin. Supervision kann helfen die ethische Entscheidungsfindung zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu steigern und die Patient\*innensicherheit zu erhöhen.

**Zwischenmenschliche Auswirkungen** von Missed Nursing Care auf die Studierenden dieser Masterarbeit wurden ebenfalls in den Interviews beschrieben, die sehr ausführlich auf die Bedeutung der Praxisanleitung eingingen. Es wurde offensichtlich, wie sehr sich die Studierenden dieser Masterarbeit mehr Zeit von den Praktikumsbegleiter\*innen in ihren Praktika wünschten. Teamwork war den Studierenden dieser Masterarbeit sehr wichtig. Die Studierenden wünschten sich ein gutes Arbeitsklima und Praxisanleiter\*innen, mit denen sie gut zusammenarbeiten konnten. Die Studierenden dieser Masterarbeit lobten die Praktika, wo sie Practical Trainer\*innen hatten.

Eine Studie beschrieb, dass die Studierenden den Verzicht auf Fürsorge als Teil der beruflichen Anpassung erlebt sowie anerkannt haben und dadurch eine pragmatische Akzeptanz von nicht vollumfänglich durchgeführten Pflēgetätigkeiten entwickelt haben. Die Studierenden sprachen auch über positive Strategien wie Teamwork. Pflegepersonen mit der richtigen Prioritätensetzung bei pflegerischen Handlungen wurden von den Studierenden geschätzt. Die Pflegepersonen wussten Anforderungen richtig anzupassen (Gibbon & Crane, 2018).

Pragmatische Akzeptanz von versäumter Pflege wurde bei Studierenden beschrieben, die so nicht akzeptabel ist und sich in dieser Form nicht schon bei den Studierenden verfestigen sollte. Versäumte Pflege sollte nicht als pflegerischer Arbeitsalltag hingenommen werden (Abawaji et al., 2024). Die beiden Studien von Abawaji et al. (2024) sowie Gibbon und Crane (2018) wiesen eindringlich darauf hin, wie wichtig die Entwicklung eines Bewusstseins für Missed Nursing Care bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege ist, um diese nicht vollumfänglich durchgeführten Pflegetätigkeiten nicht als pragmatische Norm zu akzeptieren.

### Konnten sich die Studierenden in den Praktika im Umgang mit Missed Nursing Care entwickeln?

Ein\*e Studierende\*r erzählte, dass er/sie am Anfang des Praktikums noch gar nicht in der Lage war Missed Nursing Care wahrzunehmen, da er/sie noch mit sich selbst beschäftigt war und auf Anweisung gearbeitet hat. Der/Die Studierende war am Anfang seines Praktikums froh, wenn er/sie von dem/der Praktikumsanleiter\*in aufgetragene Arbeiten als erledigt ansehen konnte. Hier war noch kein Platz, um sich mit Missed Nursing Care zu beschäftigen. Es gab noch keine bewusste und analytische Betrachtung von Problemen nicht durchgeführter Pflege. Hier zeigte sich, dass das Entwickeln von Routine im Rahmen eines Reifungsprozesses stattfindet. Bei dem/der Studierenden stand noch ein regelgeleitetes Arbeiten im Vordergrund.

Benner (2017) beschrieb in ihren Stufen zur Pflegekompetenz dieses regelgeleitete Arbeiten als Charakteristikum in Stufe 1 bei pflegenden Anfängern. Dreyfus (1982) beschreibt die Wichtigkeit von Erfahrungen zur Erreichung von Kompetenzen in der Handlungsfähigkeit. So macht es einen Unterschied, wenn die anfängliche Kompetenzebene ausschließlich durch schulisch vermittelte Grundsätze und Theorien erreicht wird oder wenn eine Person auf der nächsten Kompetenzebene die Fähigkeit zu kontextabhängigem Handeln und Beurteilen erlernt (Dreyfus, 1982).

Kommunikation wurde von allen Studierenden in ihren Interviews in unterschiedlicher Form angesprochen und als wichtiges Element in der Entwicklung des Umgangs mit Missed Nursing Care beschrieben. Kommunikation wurde als das A und O in der Bewältigung von Missed Nursing Care beschrieben. Kalankova et al. (2021) betonen in ihrer Studie die Wichtigkeit des Erwerbs von Kommunikationsfähigkeiten. Gute Kommunikation mit Patient\*innen und deren Angehörigen kann helfen viele Pflegeversäumnisse erst gar nicht entstehen zu lassen. Von den Studierenden wird erzählt

wie wichtig es ist, versäumte Pflege ansprechen zu dürfen, ohne dafür herabgewürdigt zu werden.

Im Zusammenhang mit Patient\*innensicherheit erwähnt Koppenberg (2012), dass noch viel zu häufig ein „*naming-blaming-shaming-Prozess*“ Anwendung findet. Es ist vorstellbar, diese Aussage auch auf Missed Nursing Care anzuwenden. Es herrscht, so Koppenberg weiter, noch oft die Meinung, wenn Pflege nicht vollständig geleistet wird oder Versäumnisse auftreten, dass dies nur schlechten oder unvorsichtigen Pflegepersonen passiert. Eine wertungsfreie Kommunikationskultur auf Organisationsebene wäre wünschenswert, um über nicht korrekt durchgeführte Pflege konstruktiv und offen reden zu können. Der Autor beschreibt wie wichtig es wäre, über gute Kommunikation zu einer Sicherheitskultur zu kommen (Koppenberg, 2012).

Wissen um pflegerische Versäumnisse ermöglicht Studierenden ihr eigenes Handeln zu reflektieren, sich mit Unterlassungen auseinanderzusetzen und daran zu wachsen. Dadurch werden Rahmenbedingungen geschaffen, die es erlauben nicht vollständig durchgeführte Pflegetätigkeiten offen anzusprechen. Dies schafft eine Voraussetzung für eine individuelle und organisationsbezogene Entwicklung. Tabuisierung kann diese berufliche Entfaltung behindern. Daher sollten Pflegenden diese Kompetenz zum Erkennen von pflegerischen Versäumnissen und der dazugehörigen Bearbeitung entwickeln. Auf diese Weise kann ein Umgang mit den unterlassenen Tätigkeiten entwickelt werden. Ein wirksames Management sollte hohe Priorität in einem auf Menschlichkeit und Qualität orientierten Gesundheits- und Pflegesystem haben (Engelbrecht, 2011).

Eine australische Studie kam zum Schluss, dass versäumte Pflege den Lernprozess von Studierenden beeinträchtigen kann und sich auf deren Fähigkeiten zur Erfüllung von Praxisstandards auswirkt (Blackman et al., 2022). Wenn sich bei Studierenden schon in ihren Praktika der Eindruck verfestigt, dass es gar nicht ohne Einschränkungen in den pflegerischen Tätigkeiten des Arbeitsalltags geht, wird sich dies auch in ihrem Berufsleben zeigen, wenn sie fertig ausgebildete Pflegepersonen sind (Gibbon & Crane, 2018).

Die Entfaltung einer Planungskompetenz wurde von Studierenden in den Interviews angesprochen. Sie bemerkten, dass auch dies eine ganz wichtige Fähigkeit in ihrem pflegerischen Alltag ist, die erst im Laufe ihrer Praktika entwickelt werden muss. So ist vernetztes Denken ein wichtiges Element, um mehrere Faktoren einer pflegeri-

schen Tätigkeit in eine richtige und sinnvolle Reihenfolge zu bringen. So beschrieb ein\*e Studienteilnehmer\*in, dass er/sie zu Beginn ihrer Tätigkeit mehrmals vom Patienten/von der Patientin zum Stützpunkt hin und her laufen musste, um alle benötigten Utensilien für eine Blutabnahme zusammenzubekommen. Ein\*e Studienteilnehmer\*in beschrieb die entwickelte Planungskompetenz damit, sich zur Vorbereitung einer pflegerischen Tätigkeit am Krankenbett eines Patienten/einer Patientin erst Platz für eine Arbeitsfläche schaffen zu müssen, um dort benötigtes Material ablegen zu können, um dann die eigentliche Pflege Tätigkeit durchführen zu können. Auch hier bestanden die Tätigkeiten aus mehreren kleinen Schritten, für die das benötigte Material korrekt hergerichtet werden musste. So müssen sich Studierende die Übersicht und Kompetenz zur Planung für zeitliche und örtliche Abläufe sowie Handlungsabläufe erst erarbeiten.

#### Welchen Einfluss hatten die strukturellen Rahmenbedingungen auf die Studierenden im Umgang mit Missed Nursing Care?

Studierende erzählten, dass sie zeitweise keine\*n Ansprechpartner\*in auf den Stationen hatten und sich dadurch allein gelassen fühlten. Sie beschreiben, welche Konsequenzen es hat, wenn die Pflegepersonen für die Praxisbegleitung täglich wechseln und die Begleitung von Studierenden zusätzlich zu einer Vollzeitarbeit durchgeführt wird.

Die Qualität der Praktikumsbegleitung wurde von den Studierenden ebenfalls angesprochen. Die Studierenden erzählten in den Interviews alle einheitlich positiv von den Praktika, wo Practical Trainer\*innen anwesend waren. Leider kritisierten einige Studierende, dass ihre Praktikumsbegleiter\*innen zeitweise nicht in dem zeitlichen Ausmaß anwesend waren, wie es die Studierenden gerne gehabt hätten. Wenn diplomiertes Pflegepersonal neben ihrem Vollzeitjob zusätzlich als Praktikumsbegleiter\*in arbeiten soll, kann ihn/sie dies besonders fordern. Um bestmögliche qualitative Ausbildung für Studierende im Umgang mit Missed Nursing Care sicherzustellen, müssen die strukturellen und systemischen Gegebenheiten in den Krankenhäusern miteinbezogen werden.

Bei einem österreichischen Gesundheitsträger ist man sich der Problematik in der Ausbildungsqualität und der Bedürfnisse von Studierenden bewusst und strebt Verbesserungen an. Dort sind mit Stand Juni 2024 18 Practical Trainer\*innen angestellt. Um eine fundierte und evidenzbasierte Ausbildung sicherzustellen, setzt der Ge-

sundheitsträger am kritischen Punkt der Praktika an. Practical Trainer\*innen sollen das Team auf den Stationen entlasten und die Studierenden praktisch anleiten, für Fragen zur Verfügung stehen und ihnen damit helfend zur Seite stehen. Bis Ende 2025 soll die Zahl auf 70 erhöht werden. Somit sollen laut Aussage des Gesundheits-trägers rund 2800 Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege in ihren Praktika die Möglichkeit auf eine\*n Practical Trainer\*in bekommen (gesundheitsverbund.at, 2024).

Viele Studierende weisen in den Interviews darauf hin, wie wichtig gute und stabile Teamstrukturen sind. Diese können Studierenden sehr viel Halt geben oder andererseits für große Verunsicherung sorgen, wenn sie nicht funktionieren. Wenn die Studierenden auf Stationen waren, wo sie sich wohlfühlten und vom Pflegepersonal Respekt bekamen, sprachen die Studierenden von weniger Missed Nursing Care. Das lag dann auch daran, dass sie gut unterstützt und angeleitet wurden. Auf Stationen, wo die Zusammenarbeit im Team nicht gut funktionierte, gab es auch eine größere Personalfuktuation. Hier wechselte das Personal häufiger als auf Stationen mit einer guten Zusammenarbeit im Team. Der Zusammenhang zwischen Missed Nursing Care und Personalfuktuation lässt sich auch quantitativ nachweisen. Cartaxo (2023) beschrieb, dass 75% der Teilnehmer\*innen in der MISSCARE-Austria-Studie darüber nachdachten, zu verschiedenen Zeitpunkten den Pflegeberuf aufzugeben.

Für die Studierenden war die Notengebung als Bewertungskriterium im Praktikum eine Hemmschwelle in ihrem Bedürfnis nach freier Entwicklung. Daher hielten sie zeitweise ihre Meinung und Bedenken zurück. Aus Angst vor einer nicht gewünschten Note sprachen sie zeitweise Missed Nursing Care nicht im vollen Ausmaß bei ihren Praxisanleiter\*innen an, wie es vielleicht notwendig gewesen wäre.

Da Studierende in den Interviews, aufgrund ihrer noch fehlenden Erfahrung, manchmal unsicher in ihren Pflgetätigkeiten waren, zeigte sich zeitweise eine Ambivalenz in ihrem Verhalten. So wussten sie gelegentlich nicht, ob sie über nicht vollumfänglich durchgeführte Pflege reden sollten oder dies melden durften, ohne Nachteile erwarten zu müssen. Ich habe mich dazu entschlossen, dieses fallweise ambivalente Verhalten der Studierenden auch in der Arbeit zu belassen und es nicht zu glätten, da es zur pflegerischen Entwicklung von Studierenden dazugehört. Ich habe vermehrt den Blick auf das Menschliche in den pflegerischen Tätigkeiten gerichtet, um

die verschiedenen Blickwinkel auf die Studierenden in ihrem Erleben und Umgang mit nicht vollumfänglich durchgeführten Pflegetätigkeiten herauszuarbeiten und aufzuzeigen. Es war interessant zu sehen, welche unterschiedlichen Bedürfnisse bei den Studierenden eruiert wurden.

Viele der angesprochenen Themen von Studierenden dieser Masterarbeit gleichen den Themen zu qualitativen Befragungen Studierender anderer Länder. So kritisieren die österreichischen Studierenden ebenfalls zum Beispiel die Arbeitsbedingungen, die Missed Nursing Care begünstigen können. Jedoch gibt es auch Antworten, die aufgrund der spezifischen österreichischen Bedingungen auf andere Länder nicht eins zu eins übertragbar wären. Eine Studie zeigt, dass sich Studierende und fertig ausgebildete Pflegepersonen bei Befragungen in ihren Antworten zu Missed Nursing Care unterscheiden. Während das fertig ausgebildete Personal eher die Unzulänglichkeiten der Ressourcen erwähnten, sprachen die Studierenden mehr das fürsorgliche Verhalten der Pflegepersonen an sowie die effektive Kommunikation und die Führungsrollen (Abawaji et al., 2024).

### 5.3 Der Weg zur „*pragmatischen Akzeptanz*“ *versäumter Pflege*

Die pragmatische Akzeptanz von Missed Nursing Care beschreibt den Prozess, bei dem Studierende die Realität der unvollständigen Pflege als normalen Teil ihres Arbeitsalltags akzeptieren. Die Entstehung pragmatischer Akzeptanz von versäumter Pflege wird von Gibbon und Crane (2018) als Pfad beschrieben.

Wenn Studierende im Rahmen ihrer beruflichen Sozialisation feststellen, dass Pflege nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird, versuchen sie dies zu verstehen und einzuordnen. Dies kann für Studierende zu einem Dilemma werden, da sie noch keine fertig ausgebildeten Personen sind und noch nicht die kognitiven Fähigkeiten haben, diese Dissonanz aus persönlichem Anspruch und beruflicher Realität zu lösen. Einerseits sollen sie zum Beispiel Beschwerden von Patient\*innen lindern, andererseits sollen sie Pflege priorisieren können, um negative Folgen für die Patient\*innen abzuwenden. Oft fehlen den Studierenden noch die Kompetenzen, um in Situationen mehrfacher Anforderungen an sie richtig priorisieren zu können. Wenn die Anforderungen das persönliche Handlungsvermögen der Studierenden übersteigen, kann dies zu „*pragmatischer Akzeptanz*“ von versäumter Pflege führen. Wenn die Studierenden dann diese Akzeptanz als sozialisierte Norm in ihren Handlungsalltag übernehmen, werden dies auch die kommenden Studierenden der nächsten Generation von ihnen so übernehmen (Gibbon & Crane, 2018).

Wenn Studierende überfordert sind, sind sie gezwungen Prioritäten zu setzen. Aufgrund Zeit- und Personalmangels und der mangelnden Erfahrung bei stressigen Situationen kann versäumte Pflege als unvermeidlich angesehen werden. Weiter können ineffiziente Arbeitsabläufe zur Akzeptanz von versäumter Pflege beitragen. Ohne Unterstützung und Anleitung durch Kolleg\*innen und Praxisanleiter\*innen kann es Studierenden schwerfallen, alle pflegerischen Handlungen vollständig durchzuführen. Durch die Übernahme dieser pragmatischen Verhaltensweisen in ihren beruflichen Arbeitsalltag, kann langfristig die Qualität der Pflege beeinträchtigt sein.

Im stationären Setting ist es oft so, dass die pflegerische Nachfrage über das personelle Angebot geht. Somit ist das Risiko für versäumte Pflege erhöht. Wenn sowohl bei Studierenden als auch bei fertigem Pflegepersonal dadurch die Ernüchterung steigt, kann diese eine Fluktuation des Pflegepersonals zur Folge haben.

Anhand Abbildung 11 soll der Pfad dargestellt werden, wie bei Studierenden aus Beobachtungen versäumter Pflege über eine pragmatische Akzeptanz, auch in ihren Handlungen versäumte Pflege wird. Erst wenn der Weg der pragmatischen Akzeptanz von versäumter Pflege bei Studierenden entschlüsselt und verstanden wird, lassen sich Gegenmaßnahmen für diese unerwünschte pragmatische Akzeptanz finden.

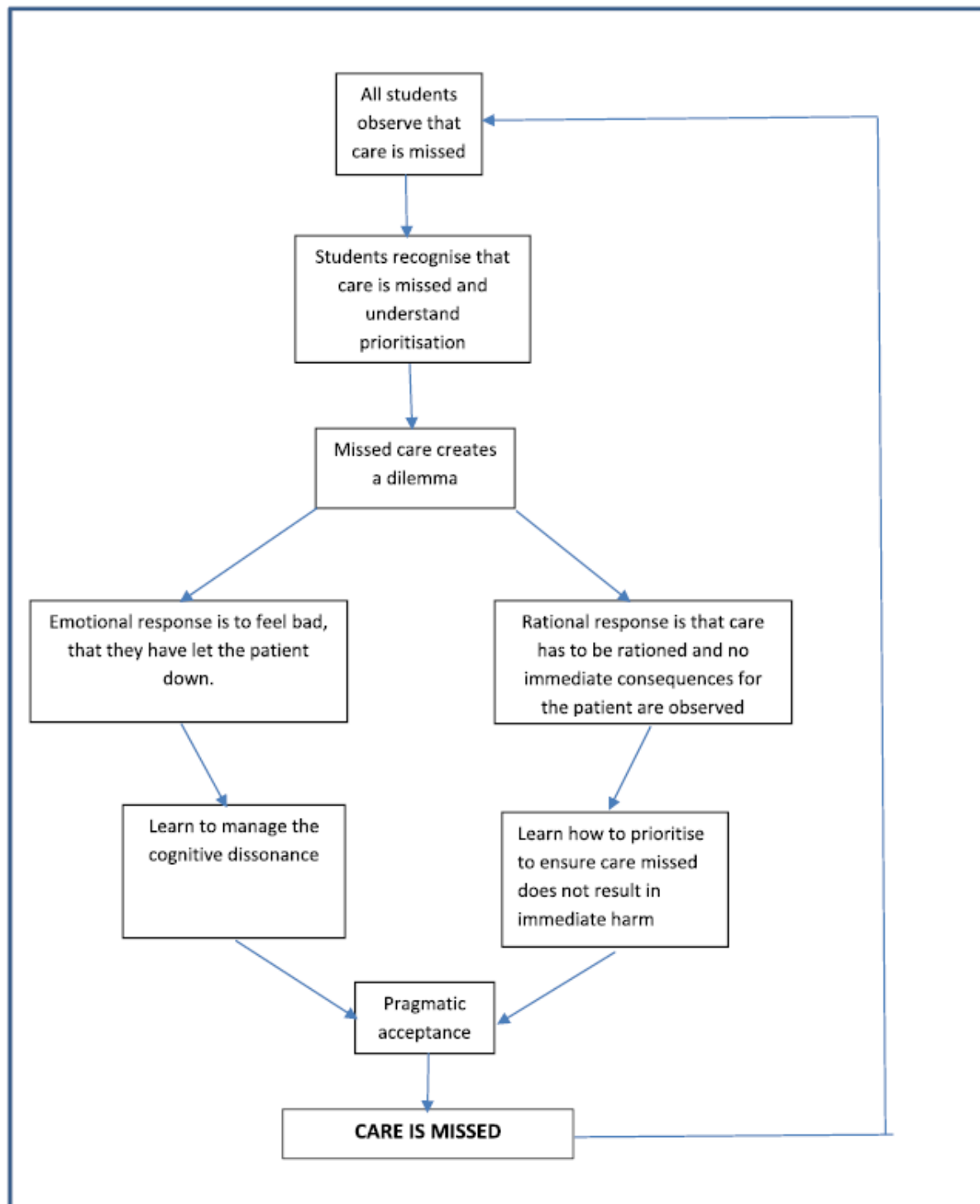


Abbildung 11. Der Pfad der versäumten Pflege. Gibbon & Crane, 2018, S. 23



## 5.4 Limitation

Diese Masterarbeit hat einige methodische als auch inhaltliche Limitationen. Da sich diese Forschungsarbeit im Speziellen mit der Sichtweise der Studierenden beschäftigt, ist diese Studie nicht vollumfänglich auf fertig ausgebildetes Pflegepersonal zu übertragen. Vielleicht würden einige Themenbereiche von fertig ausgebildetem Pflegepersonal genauso genannt werden, jedoch würde fertig ausgebildetes Pflegepersonal auch ganz andere Thematiken beschäftigen, die hier gar nicht erwähnt werden. Ich habe die Ambivalenz der Studierenden aus den Interviews in dieser Arbeit belassen, um zu zeigen, dass Studierende am Anfang ihrer Ausbildung stehen und mit dem Thema Missed Nursing Care vielleicht noch nicht richtig umzugehen wissen. Fertig ausgebildetes Personal würde mit dieser Thematik vielleicht viel routinierter umgehen. Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege müssen im Laufe ihrer Ausbildung erst ethische und pflegerische Kompetenzen entwickeln, die bei Pflegepersonal, das schon viele Jahre auf Stationen arbeitet, schon viel besser entwickelt wäre. Dadurch ist diese Arbeit ein spezieller Blick durch die Brille von Studierenden. Dieser individuelle Einblick in das Erleben österreichischer Studierender kann jedoch auch sehr wertvoll und Ausgangspunkt neuer Forschungsarbeiten sein. Somit ist diese Masterarbeit nur ein situatives Stimmungsbild von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege, wie es sich im österreichischen Gesundheitswesen im Jahr 2024 widerspiegelt.

Viele der angesprochenen Themen von Studierenden dieser Masterarbeit gleichen den Themen zu qualitativen Befragungen Studierender anderer Länder. So kritisieren zum Beispiel die österreichischen Studierenden ebenfalls die Arbeitsbedingungen, die Missed Nursing Care begünstigen können. Jedoch gibt es auch Antworten, die aufgrund der spezifischen österreichischen Bedingungen auf andere Länder nicht eins zu eins übertragbar wären. Eine Studie zeigt, dass sich Studierende und fertig ausgebildete Pflegepersonen bei Befragungen in ihren Antworten zu Missed Nursing Care unterscheiden. Während das fertig ausgebildete Personal eher die Unzulänglichkeiten der Ressourcen erwähnten, sprachen die Studierenden mehr das fürsorgliche Verhalten der Pflegepersonen an sowie die effektive Kommunikation und die Führungsrollen (Abawaji et al., 2024).

Aufgrund zeitlicher Ressourcen wurden nur zehn Studierende befragt. Durch die geringe Anzahl von Studierenden kann auch keine Verallgemeinerung abgeleitet werden. Hier müssten weitere Befragungen in größerem Ausmaß erfolgen, um wirklich gezielte Folgerungen für österreichische Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege im Umgang mit Missed Nursing Care ableiten zu können. Somit kann diese Masterarbeit maximal ein erster Eindruck zu dieser Thematik sein, da vor dieser Arbeit noch niemand qualitativ zum Erleben österreichischer Studierender mit Missed Nursing Care geforscht hat.

Aufgrund der geringen Anzahl an Studierenden kam es auch zu demografischen Limitationen in der Auswahl des Geschlechts der Studierenden. Bei der Auswahl der zehn Studierenden wäre eine Parität von fünf Frauen und fünf Männern wünschenswert gewesen. Doch leider konnte ich trotz meiner Bemühungen nur einen Mann als Interviewpartner rekrutieren.

Aus methodischer Sicht ist zu erwähnen, dass aufgrund der noch jungen Theorie Missed Nursing Care eine theoretische Fundierung auf Basis eines zielgerichteten spezifischen Modells für Studierende noch nicht verfügbar ist.

## 5.5 Schlussfolgerung und Ausblick

Versäumte Pflegeleistungen haben Einfluss auf die Patient\*innensicherheit sowie die Ausbildung der Studierenden. Integration von praktischen Ausbildungsmodulen in die Curricula der Studierenden sowie neuüberdachte Präzeptorenprogramme sind nötig. Die Integration von Ethikunterricht in die klinische Praxis hat große Bedeutung (Abawaji et al., 2024). Herausforderungen für Studierende im Zusammenhang mit Missed Nursing Care müssen identifiziert werden, um ihnen gezielt entgegenwirken zu können. Dadurch soll nachhaltig Pflegepersonal ausgebildet werden, welches sich an professionellen Standards orientiert (Habermann et al., 2022).

Im österreichischen Bildungssystem sollte die Ausbildung durch Practical Trainer\*innen forciert werden. Practical Trainer\*innen, die nicht in einen regulären Stationsalltag eingebunden sind, hätten zeitlich andere Möglichkeiten individuell auf die Bedürfnisse der Studierenden eingehen zu können. Dies würde einerseits eine Erhöhung der Ausbildungsqualität von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege bringen, wenn sich hauptberufliche Practical Trainer\*innen der Ausbildung widmen würden. Andererseits erfordert dies zusätzliches Personal und verursacht daher zusätzliche Kosten. Hier wäre die Frage, wieviel die Pflegeausbildung den ausbildenden Stellen wert ist. Das ist natürlich eine systemische und gesundheitspolitische Frage, die von den höchsten Stellen angedacht und diskutiert werden muss.

Trotz der jüngsten Aufmerksamkeit zur Thematik von Missed Nursing Care bei Pflegestudierenden kritisieren Abawaji et al. (2024) einen auffallenden Mangel an umfassenden Übersichtsarbeiten oder Synthesen. Dadurch fehlen eine Analyse und Konsolidierung des vorhandenen Datenmaterials. Die verfügbaren qualitativen Studien zur Befragung von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege umfassen jeweils nur einen kleinen Personenkreis. Die Autor\*innen sind der Meinung, dass es eine systematische Synthese des kollektiven Wissens für einen umfassenden Überblick zum Phänomen Missed Nursing Care benötigt. Dies zeigt, dass zukünftig weitere Forschung zum Umgang von Missed Nursing Care bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege nötig ist (Abawaji et al., 2024).

Die Ergebnisse aus der dreijährigen RN4CAST-Querschnittsstudie beschreiben, dass weitere Forschungen nötig sind, um Auswirkungen unterlassener Pflege auf Patient\*innenergebnisse, Zufriedenheit von Patient\*innen und Wiederaufnahmequo-

ten in Krankenhäusern aufzuzeigen. Um dem zunehmenden Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal entgegenzuwirken benötigt es Forschung, um den Zusammenhang zwischen versäumter Pflege, Burnout bei Pflegepersonal und einer erhöhten Drop-Out Quote aus dem Pflegeberuf besser zu verstehen (Ausserhofer et al., 2014).

Zum komplexen Bereich des „*moral distress*“ in der Pflege gibt es bereits eine Fülle an wissenschaftlicher Literatur, jedoch noch keine ausreichende Forschung zu moralischem Stress bei Studierenden. Bei moralischem Stress können Frustration, Burnout und Kündigungen die Folge sein, welche erheblichen Einfluss auf Pflegetätigkeiten ausüben (Corley, 2021). Wenn Studierende besser mit Missed Nursing Care umgehen lernen, kann dies moralischen Stress reduzieren. Moral distress sollte schon in der Ausbildung von Studierenden Berücksichtigung finden, um Studierende zu befähigen diesen bewältigen zu können (Sahli & Rüfli, 2021). Moral distress kommt immer mehr in den Blick der Öffentlichkeit. So wurden von 2013 bis 2016 auf PubMed mehr Artikel zu moralischer Belastung veröffentlicht als in den drei Jahrzehnten davor (Jameton, 2017). Wenn Studierende das Phänomen Missed Nursing Care besser verstehen, hilft ihnen das auch Missed Nursing Care als Einflussfaktor in der Entstehung von moral distress zu erkennen.

Studierende benötigen Zeit für Lernerfahrungen und sollten daher nicht Teil einer regulären oder versteckten Personalbesetzung sein. Hier bedarf es gesetzlicher Regelungen für die klinische Praxis der Studierenden (Habermann et al., 2022).

Das Wissen um Missed Nursing Care gehört vermehrt in universitären Curricula verankert. Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege treffen in der Praxis häufig auf das Phänomen Missed Nursing Care. Jedoch sind sie durch den theoretischen Unterricht nicht darauf vorbereitet. Durch Anleitungen zur kritischen Reflexion und zur Äußerung von Bedenken kann eine Verinnerlichung moderner Standards und Werte erreicht werden. Dies soll Studierende dazu befähigen Tätigkeiten im Kontext eines modernen Pflegeverständnisses durchzuführen (Kalánková et al., 2021).

Missed Nursing Care ist ein universelles Phänomen, das in vielen klinischen Situationen stattfinden kann. Patient\*innensicherheit ist ein zentraler Kern des pflegerischen Alltags und kann durch versäumte Pflege maßgeblich beeinflusst werden. Vernachlässigte Pflege kann eine Bedrohung für die Patient\*innensicherheit darstellen und sollte in der Entwicklung nationaler Politik Beachtung finden (Kalisch et al., 2009).

### Studierende als Zukunft der Pflege

Um die Pflege in Zukunft sicherzustellen ist es wichtig, das Pflegepersonal im Beruf zu halten und damit die gesellschaftlichen Strukturen der Versorgung zu gewährleisten. Pflegestudierende sind das Pflegepersonal von morgen. Ihre Erfahrungen in den Praktika prägen ihre zukünftige Berufspraxis und ihre Werte und Vorstellungen für die Versorgung von Patient\*innen (Flaubert, Le Menestrel, Williams & Wakefield, 2021). Deshalb ist es für Kalánková et al. (2021) wichtig, in die Ausbildung von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege zu investieren und ihnen das Rüstzeug im Umgang mit Missed Nursing Care mitzugeben, denn die Studierenden sind es, welche die Zukunft des Pflegeberufs innerhalb des modernen Gesundheitssystems darstellen (Kalánková et al., 2021). Pflegepersonen werden benötigt, die mit der Komplexität und dem steigenden Bedarf der Versorgung umgehen können. Studierende sind der Schlüssel, um die Gründe von Missed Nursing Care in der Zukunft zu minimieren.

## 6 Literaturverzeichnis

- Abawaji, M. A., Cardwell, R. & McKenna, L. (2024): Missed nursing care among nursing students: A scoping review. In: *Nurse education today* 137, 106169. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106169.
- Aiken, L. H, Clarke, S. P, Sloane, D. M, Sochalski, J. A, Busse, R, Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs (Project Hope)*, 20(3), 43–53.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. & Sochalski, J. A. (2001). An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The Case for Reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(4), 255–263.  
<https://doi.org/10.1177/152715440100200402>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Attree, M. (2007). Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *Journal of nursing management*, 15(4), 392–402.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00679.x>
- Ausserhofer, D.; Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. & Ball et al. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In: *BMJ quality & safety* 23(2), S. 126–135.  
DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.

- Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F. & Collins, L. J. (2003). The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. *Western journal of nursing research*, 25(2), 153–178.  
<https://doi.org/10.1177/0193945902250034>
- Bartholomeyczik, S. & Stemmer, R. (2016). Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf>
- Bates, M. J. (1989). The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface. *Online Review*, 13(5), 407–424.  
<https://doi.org/10.1108/eb024320>
- Berggren, I. & Severinsson, E. (2000). The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. *Nursing ethics*, 7(2), 124–133.  
<https://doi.org/10.1177/096973300000700205>
- Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *AJN, American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407. <https://doi.org/10.1097/00000446-198282030-00004>
- Benner, P. (2017). Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert (3., unveränderte Aufl.). Hogrefe.
- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P. & Scheringer, M. (2020). Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? *BioEssays : news and reviews in molecular, cellular and developmental biology*, 42(7), e1900238.  
<https://doi.org/10.1002/bies.201900238>
- Blackman, I., Shifaza, F., McNeill, L., Willis, E., Verrall, C. & Henderson, J. (2022). The presence of missed care: A staff development response. In: *Journal of nursing management* 30(7), S. 3568–3577. DOI: 10.1111/jonm.13714.
- Blatter, C., Hamilton, P., Bachnick, S., Zúñiga, F., Ausserhofer, D. & Simon, M. (2021). Strengthening transparent reporting of research on unfinished nursing CARE: The RANCARE guideline. *Research in nursing & health*, 44(2), 344–352. <https://doi.org/10.1002/nur.22103>

- Bottega, M. & Palese, A. (2020). Anticipated nursing care: findings from a qualitative study. *BMC nursing*, 19, 93. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00486-y>
- BMFSFJ (2020). Systemrelevant! Fachkräfte in der Pflege. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMSGPK (2021). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Cartaxo, A. R. (2023). The MISSCARE-Austria-study: uncovering missed nursing care in general units in Austrian hospitals: a quantitative cross-sectional study followed by a comprehensive data analysis on the reasons for missed nursing care moving from a positivist to a complexity theory-related approach. Die MISSCARE-Austria-Studie: implizite Rationierung von Pflege Tätigkeiten in österreichischen Krankenhäusern: eine Standortbestimmung [Wien]. RIS. <https://ubdata.univie.ac.at/AC17148516>
- Cartaxo, A., Eberl, I. & Mayer, H. (2022). Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil I: Häufigkeit von Missed Nursing Care und assoziierten Einflussfaktoren auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern. *HBScience* 13 (Suppl 2), 30–42. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00387-x>
- Cartaxo, A., Mayer, H., Eberl, I. & Bergmann, J. M. (2024). Missing nurses cause missed care: is that it? Non-trivial configurations of reasons associated with missed care in Austrian hospitals - a qualitative comparative analysis. *BMC nursing*, 23(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01923-y>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O. & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Corley, M. C. (2021). Moralischer Stress von Pflegenden: Vorschlag für eine Theorie und für eine Forschungsagenda. In N. Biller-Andorno, S. Monteverde, T. Krones & T. Eichinger (Hrsg.), *Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. Medizinethik* (S. 221–244). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_11)



- Dresing, T. & Pehl, T. (2024). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 9. Auflage. Marburg: Dr. Dresing & Pehl GmbH.
- Dreyfus, S. E. (1982). Formal models vs. human situational understanding: Inherent limitations on the modeling of business expertise. *Office Technology and People*, 1(2/3), 133–165. <https://doi.org/10.1108/eb022609>
- Engelbrecht, A. (2011). Fehlerkultur in der Pflege: eine Betrachtung aus der Praxis. In: *Imago Hominis* 18(1), S. 49–54.
- Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R. & Wakefield, M. K. (2021). The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Gesundheitsverbund (2024). Skill & Grade Mix funktioniert: Practical Trainers bieten den optimalen Start in den Pflegejob. <https://gesundheitsverbund.at/skill-grade-mix-funktioniert-practical-trainers-bieten-den-optimalen-start-in-den-pflege-job/#:~:text=Practical%20Trainer%20%C3%BCbernehmen%20mit%20den,ste hen%20f%C3%BCr%20Fragen%20zur%20Verf%C3%BCgung>
- 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>.
- Gruschka, A., Denecke, W., Heinrich, M. & Pollmanns, M. (2005). Bürgerliche Kälte und Gesellschaft : Entwurf eines Forschungsprojekts. <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/4071>
- Habermann, M., Stemmer, R. & Suhonen, R. (2022). Missed nursing care as experienced by undergraduate nursing students. In: *Pflege* 35(1), S. 15–21. DOI: 10.1024/1012-5302/a000849.
- Heidegger, M. (2006). Sein und Zeit (19. Aufl., unveränd. Nachdr. der 15., an Hand der Gesamtausg. durchges. Aufl. mit den Randbemerkungen aus dem Handex. des Autors im Anh). Niemeyer.

- Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews: [Lehrbuch]. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Horkheimer, M. & Adorno, T. W. (2022). Dialektik der Aufklärung: Philosophische Fragmente (Sonderausgabe). S. FISCHER.  
<https://permalink.obvsg.at/AC16539211>
- Hübsch, C., Spirig, R. & Kleinknecht-Dolf, M. (2021). Pflegefachpersonen denken über eine Definition von "durchgeführter und versäumter Pflege" nach. *Pflege*, 34(5), 263–273. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000827>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.— (1993): Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. AWHONN's *Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 4, S. 542 – 551.
- Jameton, A (2017). What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA journal of ethics*, 19(6), 617–628.  
<https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706>
- Jones, T. L., Hamilton, P. & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. In: *International journal of nursing studies* 52(6), S. 1121–1137.  
 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
- Kalánková, D., Bartoníčková, D., Kirwan, M., Gurková, E., Žiaková, K. & Košútová, D. (2021). Undergraduate nursing students' experiences of rationed nursing care - A qualitative study. In: *Nurse education today* 97, S. 104724.  
 DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104724.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 306-13; quiz 314-5.  
<https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. In: *Journal of advanced nursing* 65(7), S. 1509–1517.  
 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.

- Kalisch, B. J. & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of nursing administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Kalisch, B. J. & Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. In: *Western journal of nursing research* 36(7), S. 875–890.  
DOI: 10.1177/0193945914531859.
- Kalisch, B., Xie, B. & Dabney, B. (2014). Patient reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of advanced nursing*, 28(5), 1134–1145.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00810.x>
- Kersting, K. (1999). Coolout im Pflegealltag. *PfleGe*, 4. Jg, (1999), Nr.3. <https://dgpfliegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-1999-Kersting.pdf>
- Kersting, K. (2011). Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Zur Aktualität der Kältestudien. *Pädagogische Korrespondenz*. Vorab-Onlinepublikation. (*Pädagogische Korrespondenz* 43, S. 91-105).  
<https://doi.org/10.25656/01:8827>
- Kersting, K. (2016). Was ist Coolout? [https://www.hwg-lu.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Was\\_ist\\_Coolout.pdf](https://www.hwg-lu.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Was_ist_Coolout.pdf)
- Kersting, K. (2019). "Coolout" in der Pflege: Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung (5. Auflage). *Mabuse-Verlag Wissenschaft: Bd. 114*. Mabuse-Verlag.
- Kersting, K. (2022). Coolout verstehen - in Widersprüchen denken lernen, in: *Dr. med. Mabuse*, 256, 2. Quartal 2022, S. 41-44.
- Koppenberg, J. (2012). Patientensicherheit - Definition und Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden [Patient safety - definition and epidemiology of adverse events, errors and incidents]. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique*, 69(6), 335–340.  
<https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000294>
- Körtner, U. H. J. (2017). Grundkurs Pflegeethik (3., aktualisierte Auflage). facultas.

- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien (6., vollständig überarbeitete Aufl.). *Ciando library*. Beltz.
- Larrick, R. P. (1993). Motivational factors in decision theories: The role of self-protection. *Psychological Bulletin*, 113(3), 440–450.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.440>
- Lucero, R. J., Lake, E. T. & Aiken, L. H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2299–2310.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x>
- Mayer, H. (2022). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium (6. Auflage, revidierte Ausgabe). facultas.
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S. & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC nursing*, 21(1), 273.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1>
- McSherry, R., Timmins, F., de Vries, J. M. A. & McSherry, W. (2018). A reflective qualitative appreciative inquiry approach to restoring compassionate care deficits at one United Kingdom health care site. *Journal of nursing management*, 26(8), 1108–1123. <https://doi.org/10.1111/jonm.12630>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C. & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing ethics*, 26(3), 646–662.  
<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
- Najafi, F., Nikbakht Nasrabadi, A. & Mardanian Dehkordi, L. (2021). Exploring the Lived Experience of Missed Nursing Care in Postgraduate Nursing Students in Iran. In: *International journal of community based nursing and midwifery* 9(1), S. 44–54. DOI: 10.30476/ijcbnm.2020.85865.1344.

National Cancer Institute (2024). Definition from Distress:

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/distress>

OECD (2020). Dream jobs: Teenagers' career aspirations and the future of work. Paris.

Palese, A., Chiappinotto, S., Bayram, A., Sermeus, W., Suhonen, R. & Papastavrou, E. (2023). Exploring unfinished nursing care among nursing students: a discussion paper. In: *BMC nursing* 22(1), S. 272.

DOI: 10.1186/s12912-023-01445-z.

Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. In: *The International journal of health planning and management* 29(1), S. 3–25.

DOI: 10.1002/hpm.2160.

Radwin, L. E. (1996). 'Knowing the patient': a review of research on an emerging concept. *Journal of advanced nursing*, 23(6), 1142–1146.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.12910.x>

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer VS (Lehrbuch).

Raines, M. L. (2000). Ethical Decision Making in Nurses. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 2(1), 29–41.

<https://doi.org/10.1097/00128488-200002010-00006>

Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Gesundheit Österreich.

Rechtsinformationssystem des Bundes (1999). BGBl: Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta – Bund Kärnten). Inkrafttretensdatum: 01.09.1999.

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001573>

Rechtsinformationssystem des Bundes (2006). BGBl: Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta – Bund Wien). Inkrafttretensdatum: 01.04.2006.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004633>

Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P. & Nasrabadi, A. N. (2018). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing ethics*, 25(5), 591–600.

<https://doi.org/10.1177/0969733016664973>

Sahli, A. & Rüfli, S. (2021). Moralischer Distress bei Pflegestudierenden. *PADUA*, 16(3), 143–148. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000616>

Schnell, M.W. & Heinritz, C. (2006). Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber, Berlin.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. & de Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nursing research*, 56(6), 416–424.

<https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. & de Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(4), 227–237.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>

Schubert, M., Ausserhofer, D., Bragadóttir, H., Rochefort, C. M., Bruyneel, L., Stemmer, R., Andreou, P., Leppée, M. & Palese, A. (2021). Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: *A scoping review*. *Journal of advanced nursing*, 77(2), 550–564. <https://doi.org/10.1111/jan.14596>

Scott, P. A., Suhonen, R. & Kirwan, M. (2020). Missed care, care left undone: Organization ethics and the appropriate use of the nursing resource. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 21(1), e12288.

<https://doi.org/10.1111/nup.12288>

- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*, 1st ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L. & Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC nursing*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Sochalski, J. (2004). Is more better? the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical care*, 42(2 Suppl), 1167-73. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa>
- Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology* 21, 261–302.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.
- Zsifkovits, J., Zuba, M., Geißler, W., Lepuschütz, L., Pertl, D., Kernstock, E. & Ostermann, H. (2016). Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag von European Commission.

## 7 Abbildungsverzeichnis

|               |                                                                                   |    |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1:  | Darstellung der resultierenden Themenfindung. ....                                | 7  |
| Abbildung 2:  | Themen und Unterthemen aus den Berichten Studierender zu Missed Nursing Care..... | 14 |
| Abbildung 3:  | Missed Nursing Care, nach Kalisch, Landstrom und Hinshaw (2009).....              | 20 |
| Abbildung 4:  | Die Middle-Range Erklärungstheorie von Missed Nursing Care.....                   | 23 |
| Abbildung 5:  | Darstellung des Begriffs Unfinished Nursing Care.....                             | 25 |
| Abbildung 6:  | Darstellung des Konzepts unmet nursing care needs .....                           | 27 |
| Abbildung 7:  | Kälteellipse .....                                                                | 32 |
| Abbildung 8:  | Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.....         | 44 |
| Abbildung 9:  | Anzahl der Kodierungen in den einzelnen Transkripten.....                         | 45 |
| Abbildung 10: | Thematische Landkarte.....                                                        | 54 |
| Abbildung 11: | Der Pfad der versäumten Pflege.....                                               | 97 |



## **8 Anhang**

Anhang 1: Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

Anhang 2: Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

Anhang 3: Fragebogen zu den soziodemografischen Daten

Anhang 4: Leitfaden



## **Missed Nursing Care: Erleben von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im akutstationären Bereich**

### **Information zur Studie**

#### **Hintergrund und Zweck der Studie**

Der Begriff Missed Nursing Care bezieht sich auf alle erforderlichen Aspekte der Patient\*innenversorgung, die ganz oder teilweise weggelassen beziehungsweise verzögert durchgeführt werden. Versäumte oder weggelassene Pflege ist ein generelles Problem in der Pflege, mit Auswirkungen auf Pflegekräfte, Patient\*innen und Gesundheitseinrichtungen (Kalisch, 2006). Da Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege noch in Ausbildung sind, ist die benötigte Souveränität in der Priorisierung von pflegerischen Tätigkeiten noch nicht vorhanden. Anhand dieser noch fehlenden Kompetenzen können Studierende im Pflegealltag ihrer Praktika Probleme haben, wenn sie Pflegetätigkeiten weglassen oder rationieren müssen.

Aus diesem Grund möchte ich der Frage nachgehen, wie Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege Missed Nursing Care erleben und damit umgehen. Dadurch soll ein tieferes Verständnis zur Thematik gewonnen werden, wenn die Studierenden in ihrer Entscheidungsfähigkeit gefordert sind Pflegetätigkeiten rationieren oder auslassen zu müssen. Durch Generierung der zugrundeliegenden Faktoren zur Erforschung des Phänomens Missed Nursing Care, kann das entstandene Wissen zu einem besseren Verständnis beitragen, grundlegende Erkenntnisse zur Aus- und Weiterbildung von Student\*innen bilden sowie Student\*innen bei einem besseren Übergang in den regelgeleiteten Arbeitsalltag nach dem Studium unterstützen. Dies kann behilflich sein die Drop-Out-Quote von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege zu senken.

Diese Forschungsarbeit ist Teil meiner Masterarbeit, im Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Der Forschungsprozess wird von der Betreuerin Assoz. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Heimerl begleitet.

### **Wie werden die Daten erhoben?**

In dieser Forschungsarbeit sollen freiwillige Studierende im dritten Studienjahrgang des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege am FH Studienstandort anhand problemzentrierter Interviews befragt werden. Anfänglich wird ein Kurzfragebogen, zur Erhebung der soziodemografischen Daten und der Art des akutstationären Settings (zum Beispiel Allgemeinstation, Intensivstation beziehungsweise chirurgisches, psychiatrisches, internistisches oder ambulantes Setting), ausgehändigt. Die Einzelinterviews werden leitfadengestützt persönlich von mir mit den Studierenden vor Ort durchgeführt. Der Leitfaden enthält offene Fragen zum Erleben von Missed Nursing Care in den Praktika der Studierenden. Die Interviews sollen an einem ruhigen Ort im FH Studienstandort stattfinden und 25 bis 40 Minuten dauern. Die Schwerpunkte der Fragen orientieren sich an dem persönlichen Erleben der Studierenden.

### **Wie wird mit den Daten umgegangen?**

Das Interview wird anhand eines digitalen Audio-Aufnahmegerätes aufgenommen und nachfolgend transkribiert. Anschließend erfolgt eine orts- und personenbezogene Anonymisierung der Transkripte, um keine Rückschlüsse auf die einzelnen Studierenden zu ermöglichen. Mittels MAXQDA erfolgt durch den Forscher die wissenschaftliche Analyse der Interviewdaten. Für alle Beteiligten des Forschungsprojekts besteht Verschwiegenheitspflicht. Die Daten werden nur für den wissenschaftlichen Auftrag dieser Masterarbeit verwendet und die Tonaufzeichnungen werden nach Studienbeendigung (spätestens Oktober 2024) gelöscht.

### **Wer kann auf die Daten zugreifen?**

Nur das Forschungsteam hat Zugriff auf die Daten des Interviews.

### **Widerruflichkeit der erteilten Einwilligungserklärung**

Die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie kann bis zum Zeitpunkt der Datenanonymisierung widerrufen werden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Sämtliche Ihnen zuordenbare Daten werden gelöscht und nicht für die Studie verwendet.

Bei Fragen zur Durchführung der Studie kontaktieren Sie bitte:

Name: [ ... ]

Emailadresse: [ ... ]



## Anhang 2

### **Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview**

Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin (Druckbuchstaben):

.....

Ich habe die Information zur Studie gelesen und verstanden und wurde über das Forschungsprojekt umfassend aufgeklärt. Der Nutzen als auch das Risiko des Forschungsvorhabens wurden erörtert. Die Möglichkeit zur Fragestellung war ausreichend gegeben. Ich nehme aus freiem Willen an der Studie teil und weiß, dass ich bis zum Zeitpunkt der Datenanonymisierung ohne Konsequenzen jederzeit von der Studie zurücktreten kann.

Ich bin mit der Aufzeichnung meines Interviews und der folgenden Verwendung der anonymisierten Daten im Rahmen der Masterarbeit einverstanden.

Ich habe eine Kopie der Information zur Studie und der Einverständniserklärung erhalten. Das Original verbleibt beim Forscher.

Ich erkläre mit der Unterschrift meine freiwillige Teilnahme an dem Forschungsvorhaben.

.....

Ort, Datum und Unterschrift des/der Studierenden

.....

Ort, Datum und Unterschrift des Durchführenden der Forschung

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## **Fragebogen – Erleben von Missed Nursing Care im akutstationären Bereich**

**Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin (Druckbuchstaben):**

.....

Die erhobenen Daten dienen der Vergleichbarkeit in der Auswertung der durchgeführten Interviews. Die Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an.

### **A) soziodemographische Daten**

**Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?**

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers

**Wie alt sind Sie?**

- ☐ 18-30 Jahre
- ☐ 31-40 Jahre
- ☐ 41-50 Jahre
- ☐ über 50 Jahre

### **B) Art des Praktikums**

**In welchem akutstationären Setting hatten Sie Ihr Praktikum?**

- ☐ Allgemeinstation
- ☐ Chirurgisches Setting
- ☐ Psychiatrisches Setting
- ☐ Intensivstation
- ☐ Internistisch
- ☐ Ambulanz

## Anhang 4

### Leitfaden - Missed Nursing Care (MNC): Erleben von Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege im akutstationären Bereich

| Leitfrage<br>(Erzählaufforderung)                                                                                                                                                                                                                                                                   | Check – Wurde das erwähnt?<br>Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen,<br>wenn nicht von alleine angesprochen                                                                                                                                                                                                                               | Konkrete Fragen – an passender Stelle in<br>der Formulierung stellen (auch am Ende<br>möglich)                                                                                                                                                                                           | Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teil 1 – Erlebte Erfahrungen (Wahrnehmung)</b><br><b>→wie wird MNC erlebt und wahrgenommen</b><br><br><b>Pflege wird manchmal nicht in dem Maße<br/>geleistet, wie es notwendig wäre. Können Sie<br/>uns etwas zu Ihren erlebten Erfahrungen<br/>erzählen?</b>                                   | Erste Wahrnehmung<br>Erlebtes Beispiel von MNC?<br><br>Gründe, für nicht in vollem Maße ausgeführte<br>Pflegetätigkeiten (z.B. Personalmangel, Zeit-<br>mangel)<br><br>Formen von nicht geleisteter Pflege                                                                                                                                     | Können Sie ein Beispiel aus Ihrem Praktikum<br>nennen, wo Sie Pflegetätigkeiten weglassen<br>oder rationieren mussten?<br><br>Welche Formen von nicht geleisteter Pflege<br>sind Ihnen aufgefallen?                                                                                      | Sind Sie mit der Situation klargekommen?<br><br>Gab es unvollendete oder unterlassene Be-<br>treuung; verzögerte oder nur teilweise<br>durchgeführte Pflege?                                                                                                                           |
| <b>Teil 2 – Erlebte Auswirkungen im direkten<br/>Umfeld</b><br><b>→was macht MNC mit den Studierenden und<br/>dem Umfeld</b><br><br><b>Gab es durch Missed Nursing Care wahr-<br/>nehmbare Auswirkungen für Sie persönlich,<br/>in der Interaktion mit Kolleg*innen oder für<br/>Patient*innen?</b> | Auswirkung auf die Patient*innen?<br><br>Mögliche Konsequenzen: Selbstzweifel,<br>Schuldgefühle, Angst, Überforderung, Hilflo-<br>sigkeit oder schlechtes Gewissen, die Arbeit<br>nicht richtig oder zufriedenstellend durchge-<br>führt zu haben?<br><br>Gab es Konflikte innerhalb des Teams?<br><br>Entstand eine Form von Not oder Stress? | Gab es eine psychische Komponente, z.B.<br>moralische Not, Zeitnot, Bedrängnis, Sorge,<br>Stress oder andere Phänomenformen, in<br>Ihrer Wahrnehmung?<br>Gab es eine körperliche Komponente, z.B.<br>Erschöpfung?<br>In welchen Situationen war es schlimm für Sie<br>und wann nicht so? | Gab es erhöhte Sturz- und Dekubitusraten, bis<br>hin zu einer erhöhten Häufigkeit an noso-<br>komialen Infektionen und vermeidbarer Mor-<br>talität?<br><br>Hätte es eine Möglichkeit gegeben die Situati-<br>on zu verbessern?<br>Was hat Ihnen geholfen?<br>Was hat Sie unterstützt? |

| Leitfrage<br>(Erzählaufforderung)                                                                                                                                                                                    | Check – Wurde das erwähnt?<br>Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen,<br>wenn nicht von alleine angesprochen | Konkrete Fragen – an passender Stelle in<br>der Formulierung stellen (auch am Ende<br>möglich)                                                                                                                                                                   | Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Teil 3 – Erlebte Bewältigung (Umgang)</b><br>→ wie agieren studierende Personen in Situationen mit MNC<br><br><b>Wie gelang Ihnen der Umgang mit Missed Nursing Care? Konnten Sie die Situationen bewältigen?</b> | Bewältigungsstrategie entwickelt?<br><br>Möglichkeit über die verpasste Pflege zu sprechen?                      | Gab es irgendeine Form von entwickelter Selbstmanagementstrategie oder Selbstoptimierungsmöglichkeiten?<br><br>Gab es eine Ansprechperson?<br>Wurden Sie in Ihren Bedürfnissen wahrgenommen?<br>Gab es für Sie einen individuellen Lerngewinn aus der Situation? |                                          |

| Abschluss                                                              | Konkrete Fragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Zusatzinfos                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teil 4 – Abschluss des Interviews</b>                               | Was könnte Ihnen persönlich in einer Situation, wo Sie Pflege nicht vollumfänglich durchführen können, helfen?<br><br>Was wäre eine gute Basis, um weggelassenen oder rationierten Pflegetätigkeiten vorbeugen zu können, damit erst gar keine Not in der Priorisierung von pflegerischen Tätigkeiten erlebt wird?<br><br>Was würden Sie sich für Ihre Zukunft wünschen?<br><br>Haben wir etwas vergessen, dass Ihnen am Herzen liegt und dass Sie noch gerne erzählen würden? |                                                                                                                                            |
| <b>Teil 5 – Nach dem Interview</b><br>→ Besprechung ohne Aufnahmegerät | Gibt es noch weiteren Gesprächsbedarf oder noch etwas zu erörtern?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Abschließende Postererstellung zur Ergebniseinsicht<br><br>Bei weiteren Fragen finden Sie die Kontaktadresse in der Information zur Studie |