



# Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil I

## Häufigkeit von *Missed Nursing Care* und assoziierten Einflussfaktoren auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern

Ana Cartaxo<sup>1,2,3</sup> · Inge Eberl<sup>4</sup> · Hanna Mayer<sup>1</sup>

Eingegangen: 3. Februar 2022 / Angenommen: 29. März 2022 / Online publiziert: 2. November 2022  
© Der/die Autor(en) 2022

### Zusammenfassung

**Hintergrund** Studien zufolge müssen Pflegepersonen im Krankenhaus u. a. aufgrund von Ressourcenknappheit notwendige Pflegetätigkeiten weglassen bzw. können diese nur mit einer für die Patient\*innen nachteiligen Verzögerung durchführen. Dieses Phänomen wird auch als *Missed Nursing Care* (MNC) beschrieben (Kalisch et al. 2009). In Österreich fehlt es an einer validen Datengrundlage dazu.

**Ziele** *Missed Nursing Care* in österreichischen Krankenhäusern zu erheben und Einflussfaktoren darauf zu identifizieren. Unterschiede bzw. Zusammenhänge in MNC nach Krankenhaus- und Stationscharakteristika sowie nach soziodemografischen und beruflichen Merkmalen von Pflegepersonen zu untersuchen.

**Methode** Deskriptiv-komparative quantitative Querschnittstudie mittels onlinebasierter Fragebogenerhebung anhand des Revised-MISSCARE-Austria-Instruments. Zielgruppe waren alle Pflegepersonen, die in diesem Zeitraum auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern tätig waren. Die Datenanalyse erfolgte mittels deskriptiver Statistik, Korrelationskoeffizienten und nichtparametrischen Gruppenvergleichstests.

**Ergebnisse** 1006 Pflegepersonen haben an der Studie teilgenommen und die Einschlusskriterien erfüllt. 84,4 % ( $n=849$ ) davon gaben an, dass in ihren Teams in den letzten 2 Wochen mindestens eine der erfassten Tätigkeiten in der akuten Patient\*innenversorgung weggelassen wurde. Dies betrifft vornehmlich Interventionen, bezogen auf emotionale Unterstützung, auf Beratung und Schulung sowie auf Gesprächsführung. Vor allem jüngere Pflegepersonen ( $p < 0,001$ ), Pflegende auf Stationen mit mehr Betten ( $p < 0,001$ ), Personen mit einer Vollzeitanzstellung ( $p = 0,036$ ), mit weniger Berufserfahrung ( $p = < 0,001$ ) und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der direkten Patient\*innenversorgung ( $p = 0,003$ ) berichten über eine höhere Häufigkeit von MNC. Die häufigsten Einflussfaktoren auf MNC sind Multitasking, häufige Unterbrechungen, Personalmangel, gesteigerter Versorgungsaufwand, gesteigerte Aufnahme- und Entlassungsdynamiken sowie die eigene Erschöpfung und mangelnde Unterstützung von den direkten Vorgesetzten.

**Schlussfolgerung** MNC wurde erstmalig in österreichischen Krankenhäusern erfasst. Die Ergebnisse geben deutliche Hinweise auf implizite Rationierung der akuten Versorgung. Die identifizierten Einflussfaktoren sollten bei der zukünftigen Entwicklung von Strategien für die Sicherung der Versorgungsqualität im akuten Bereich berücksichtigt werden.

**Schlüsselwörter** Unfinished Nursing Care · Implizite Rationierung · Akute Pflege

✉ Ana Cartaxo  
ana.cartaxo@kl.ac.at

<sup>1</sup> Fachbereich Pflegewissenschaft, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems an der Donau, Österreich

<sup>2</sup> Vienna Doctoral School of Social Sciences, Universität Wien, Wien, Österreich

<sup>3</sup> DOC-Stipendiatin der Österreichischen Akademie für Wissenschaften, Wien, Österreich

<sup>4</sup> Fakultät für Soziale Arbeit, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt, Deutschland

## The MISSCARE Austria study—Part I

Frequency of missed nursing care in general wards in Austrian hospitals and associated influencing factors

### Abstract

**Background** According to multiple studies nurses in hospital settings have to omit necessary care that is detrimental for patient safety, mainly due to a shortage of resources. This phenomenon is described as missed nursing care (MNC, Kalisch et al. 2009). In Austria, there is a lack of valid data on this issue.

**Objectives** To survey MNC in Austrian hospitals and to identify relevant influencing factors. A further aim is to investigate differences in MNC according to hospital and ward characteristics as well as according to nurses' sociodemographic and working characteristics.

**Methods** Quantitative descriptive comparative cross-sectional study using the online version of the Austrian version of the revised MISSCARE instrument. The sample consisted of all nurses working in general wards in Austrian hospitals during this period. Data analysis was performed using descriptive statistics, correlation coefficients and nonparametric group comparison tests.

**Results** A total of 1006 nurses participated in the study and met the inclusion criteria. Of these 84.4% ( $n=849$ ) reported that at least 1 nursing intervention related to acute patient care was omitted in the previous 2 weeks. This mainly concerns interventions related to emotional support, counselling and education. Especially younger nurses ( $p<0.001$ ), nurses working in larger wards ( $p<0.001$ ), with a full-time employment ( $p=0.036$ ), and less professional experience ( $p<0.001$ ) as well as graduated nurses in direct patient care ( $p=0.003$ ) reported higher levels of MNC. The most common factors influencing MNC were multitasking and frequent interruptions, staff shortages, increased care demands and increased admissions and discharge dynamics as well as the own exhaustion and a lack of support from direct ward managers.

**Conclusion** Missed nursing care was identified for the first time in Austrian hospitals—evidence regarding implicit rationing in acute nursing care could be gained through this study. Identified influencing factors should be considered in further strategies for ensuring the quality of care in the Austrian acute health care sector.

**Keywords** Unfinished nursing care · Implicit rationing · Acute Nursing Care

### Einleitung

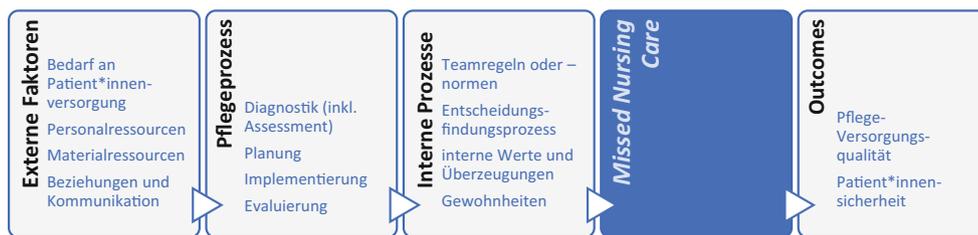
Der erste Artikel der Publikationsreihe MISSCARE-Austria widmet sich der Häufigkeit von *Missed Nursing Care* (MNC) auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern und den beeinflussenden Faktoren. Das ist eine wichtige Grundlage, um die potenzielle Dimension dieses Phänomens zu verstehen und darauffolgend über bestehende Rahmenbedingungen oder Konsequenzen zu diskutieren.

Bereits der Bericht der europäischen Kommission „Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes“ von 2016 hat gezeigt, dass bei ca. 4–17 % der im Krankenhaus aufgenommenen Patient\*innen Komplikationen auftreten, wovon 44–50 % vermeidbar gewesen wären (Zsifkovits et al. 2016<sup>1</sup>). Pflegepersonen spielen im Rahmen der interprofessionellen Versorgung im Krankenhaus eine bedeutende Rolle im Umgang mit Patient\*innenrisiken und in der Prävention von Komplikationen. Sie stellen die Gesundheitsberufe mit dem zeitmäßig höchsten und intensivsten Patient\*innenkontakt dar und tragen eine große Verantwortung bei der Erkennung von Risiken sowie

bei der Durchführung und Evaluierung prophylaktischer Maßnahmen (Kocks et al. 2014). Studien zeigen allerdings, dass Pflegepersonen im Krankenhaus u. a. aufgrund erhöhter Anforderungen und Ressourcenknappheit notwendige Pflegetätigkeiten weglassen müssen bzw. die notwendige Patient\*innenversorgung nicht zu Ende führen oder nur mit Verzögerung erbringen können (Kalisch et al. 2009). Dieses Phänomen wird in der Literatur als implizite Rationierung oder *Missed Nursing Care* beschrieben. Daraus resultieren eine unzureichende Versorgungsqualität und eine verminderte Patient\*innensicherheit (Chaboyer et al. 2021).

International wurden in den letzten Jahren ausführliche Forschungsarbeiten zu diesem Thema durchgeführt. Unter anderem ermöglichten die IHOS-Studie (1998–1999), die RICH-Nursing-Studie (2008–2011) und die RN4Cast-Studie (2009–2011) erste quantitative deskriptive Annäherungen an das Phänomen in Deutschland und in der Schweiz (Zander et al. 2014). In Österreich, wo das Gesundheitssystem stark krankenzentriert ist (Habl et al. 2010), fehlt es trotz Hinweisen auf Qualitätsprobleme (Krajic et al. 2003) und Personalknappheit in der Pflege (Rappold und Juraszovich 2019) an einer validen Datengrundlage sowie an expliziten präventiven Strategien dazu.

<sup>1</sup> Datenübersicht unter „Annex 3: Detailed tables for prevalence and cost results“, „Table 14: Prevalence rates for adverse event groups and degree of preventability“ → „General adverse events“.



**Abb. 1** Missed-Nursing-Care-Modell. Das *Missed Nursing Care* Modell beschreibt Einflussfaktoren („antecedents“), welche die Umsetzung des Pflegeprozesses („nursing process“) beeinflussen. Zudem beschreibt es interne Prozesse von Pflegepersonen („nurses’ internal processes“), welche bei der impliziten Rationierung von Pflegetätigkeiten eine Rolle spielen. Wenn hinderliche externe Faktoren vorhanden sind und sich Pflegepersonen in bestimmten nichtförderlichen internen Prozessen situieren, wird der Pflegeprozess laut Kalisch et al. (2009) limitiert umgesetzt. Dies führt zu *Missed Nursing Care* und hat als Konsequenz, dass durch die Diskrepanz zwischen notwendiger und tatsächlich erbrachter Versorgung negative Patient\*innen-Outcomes eintreten. (Quelle: Kalisch et al. 2009, S. 1512; eigene Übersetzung und Darstellung)

## Das *Missed-Nursing-Care*-Modell

Kalisch et al. definieren den Begriff MNC als „any aspect of required patient care that is omitted (either in part or in whole) or delayed“ (Kalisch et al. 2009, S. 1510). MNC findet dann statt, wenn eine notwendige Pflegetätigkeit nicht durchgeführt oder hinausgezögert wird. Das *Missed-Nursing-Care*-Modell (Kalisch 2006; Kalisch et al. 2009; Abb. 1) erklärt, wie MNC in Krankenhäusern entsteht und welche Einflussfaktoren dafür bedeutend sind.

Kalisch et al. (2009) identifizierten die wichtigsten Einflussfaktoren („antecedents“), welche die Umsetzung des Pflegeprozesses („nursing process“) beeinflussen. Hierbei handelt es sich einerseits um externe Faktoren, welche die kontextuellen und strukturellen Gegebenheiten betreffen, in der Pflegepersonen die Entscheidungen hinsichtlich der Pflegeversorgung treffen. Diese Faktoren inkludieren: (1) den tatsächlichen Bedarf der Patient\*innenversorgung (d.h. Pflegeaufwand, inkl. Komplexität und Stabilität der Pflegesituation, sowie Anforderungen spezialisierter Pflegeversorgung); (2) die verfügbaren Personalressourcen (wie z.B. Anzahl und Funktion von Pflegepersonen im Team, Ausbildungs-, Kompetenz- oder Erfahrungsniveau); (3) Materialressourcen (wie z.B. Hilfsmittel oder Geräteverfügbarkeit) sowie (4) Beziehungs- und Kommunikationsfaktoren (wie z.B. Teamarbeit oder intra- und interprofessionelle Kommunikation).

Die Gestaltung und damit die Qualität des Pflegeprozesses wird zudem von internen Prozessen durch die Pflegepersonen selbst beeinflusst (Kalisch et al. 2009). Kalisch (2006) stellte fest, dass die Entscheidung, eine bestimmte Intervention durchzuführen oder implizit zu rationieren, von folgenden vier internen Prozessen der Pflegepersonen („nurses’ internal processes“) abhängig ist: (1) den Teamregeln oder -normen; (2) dem Prozess der Entscheidungsfindung; (3) den internen Werten oder Überzeugungen der individuellen Pflegepersonen und (4) deren Gewohnheiten.

Wenn hinderliche externe Faktoren vorhanden sind und sich Pflegepersonen in bestimmten nichtförderlichen inter-

nen Prozessen situieren, wird der Pflegeprozess laut Kalisch et al. (2009) limitiert ausgestaltet. Dies führt zu MNC und hat als Konsequenz, dass durch die Diskrepanz zwischen notwendiger und tatsächlich erbrachter Versorgung (negative) Patient\*innen-Outcomes eintreten können, die Effekte auf die Patient\*innensicherheit und die Pflegequalität haben.

## Ziele

Dieser Artikel verfolgt das Ziel, *Missed Nursing Care* bei erwachsenen Patient\*innen im akutstationären Setting auf österreichischen Allgemeinstationen sowie die relevanten Einflussfaktoren darauf zu eruieren. Das bedeutet:

- *Ziel 1:* Durchführung einer Istanalyse zu MNC in österreichischen Krankenhäusern,
- *Ziel 2:* Differenzierung von MNC nach Krankenhaus- und Stationscharakteristika sowie nach soziodemografischen und beruflichen Merkmalen von Pflegepersonen,
- *Ziel 3:* Identifikation von Einflussfaktoren auf MNC in österreichischen Krankenhäusern.

## Methode

### Studiendesign, Zielgruppe und Rekrutierung

Es wurde eine deskriptiv-komparative quantitative Querschnittstudie mittels onlinebasierter Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Grundgesamtheit setzte sich aus allen Pflegepersonen zusammen, die zwischen Mai und Juli 2021 auf konservativen und/oder operativen Allgemeinstationen<sup>2</sup> österreichischer Krankenhäuser arbeiteten. Es wurde eine pseudoprobabilistische Stichprobe mittels Schnee-

<sup>2</sup> Stationen mit einer gemischten Belegung, i.e. bestehend aus Betten von Allgemeinstationen und Betten von speziellen Bereichen (z. B. Neurologie mit Stroke Unit), wurden in die Studie eingeschlossen.

ballverfahren beabsichtigt. Die Rekrutierung der Teilnehmer\*innen erfolgte zum einen über Pflegebildungseinrichtungen. Hierzu wurden alle Fachhochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen sowie alle österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen angeschrieben, welche im Verzeichnis des österreichischen Arbeitsmarktservices aufgelistet sind (66 Bildungsstätten, Stichtag 10.05.2021). Des Weiteren wurden über österreichische PflegeNewsletter und digitale soziale Netzwerke (i.e. LinkedIn, Facebook und Twitter) mehrere Aufrufe zur Teilnahme an der Studie verbreitet. Krankenhausträger, einzelne Krankenhäuser sowie individuelle Pflegepersonen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in den sozialen Netzwerken dazu eingeladen, die Studie zu unterstützen bzw. an der Studie teilzunehmen. Teilnahme-kriterien waren: 1) eine abgeschlossene Qualifikation in der Pflege, begleitet von einer Eintragung im Gesundheitsberuferegister als professionell Pflegenden und 2) eine derzeitige Berufstätigkeit 3) auf einer konservativen oder operativen Allgemeinstation in einem österreichischen Krankenhaus.

Für die Berechnung der erforderlichen Stichprobengröße wurden die Empfehlungen von Borg (2000) für die Ermittlung des notwendigen Stichprobenumfangs bei einer uneingeschränkten Zufallsauswahl als Orientierung berücksichtigt. Diese ergaben eine Stichprobengröße von mindestens  $n = 382$  (bei einer angenommenen Zufallsstichprobenziehung und einer angenommenen Grundgesamtheit von 67.200 Pflegepersonen<sup>3</sup> [per 31.12.2017 nach Rappold und Juraszovich 2019], einem erwarteten Anteil von 0,5, einem Konfidenzintervall von 95 % und einem Stichprobenfehler von 0,05). Zur Durchführung der Studie wurde das Votum der Ethikkommission der Universität Wien eingeholt (00684/2021). Alle Studienteilnehmer\*innen gaben vor der Teilnahme ihre informierte Einwilligung. Die standardisierte Datenerhebung erfolgte in anonymisierter Form.

## Datenerhebung und -analyse

Als Erhebungsinstrument wurde der Revised MISSCARE-Austria Survey angewendet (Cartaxo et al. in Vorbereitung). Dieses basiert auf den Revised MISSCARE Survey von Dabney et al. (2019). Der Fragebogen setzt sich aus 85 Items zu folgenden Bereichen zusammen: 1) Krankenhaus- und Stationscharakteristika, 2) soziodemografische und berufliche Merkmale der Befragten, 3) Häufigkeit der implizit rationierten Pflege Tätigkeiten (Sektion A; gemessen

in einer 6-stufigen Endpunktskala von 1: „sehr selten“ bis 6: „sehr oft“) und 4) ausschlaggebende Faktoren (Sektion B; gemessen in einer 6-stufigen Endpunktskala von 1: „sehr ausschlaggebend“ bis 6: „gar nicht ausschlaggebend“).

Die Datenanalyse erfolgte in IBM SPSS Statistics, Version 27, mittels beschreibender Statistik anhand von Häufigkeitszählungen, Lage- und Streuungsmaßen und Indizes. Indizes bestehen aus Zusammenfassungen von mehreren Variablen. Diese Zusammenfassung ermöglicht es, die Vielzahl der Variablen der Sektion A auf eine einzelne Variable (einen Index) zu reduzieren und somit die statistische Auswertung *lex parsimoniae* entsprechend (i.e. sparsamer) zu gestalten. Zudem wurden Gruppenunterschiede und Zusammenhänge in MNC, bezogen auf Krankenhaus und Stationscharakteristika, sowie soziodemografische und berufliche Merkmale von Pflegepersonen untersucht.

Pflege Tätigkeiten der Sektion A, welche aus Sicht der Befragten als nicht notwendig erachtet wurden (z. B. weil sie für die Patient\*innenversorgung in ihrem Fachbereich nicht relevant waren), wurden als -1: „Maßnahme nicht erforderlich“ codiert und aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Fehlende Werte wurden paarweise bei deskriptiven bzw. listenweise bei schließenden Verfahren ausgeschlossen. Die statistische Signifikanz wurde auf  $\alpha = 0,05$  und das Konfidenzintervall auf 95 % (95 %-KI) festgelegt. Die Berichterstattung orientierte sich an der STROBE-Checkliste (Elm et al. 2008) und an der RANCARE Guideline (Blatter et al. 2021).

## Ergebnisse

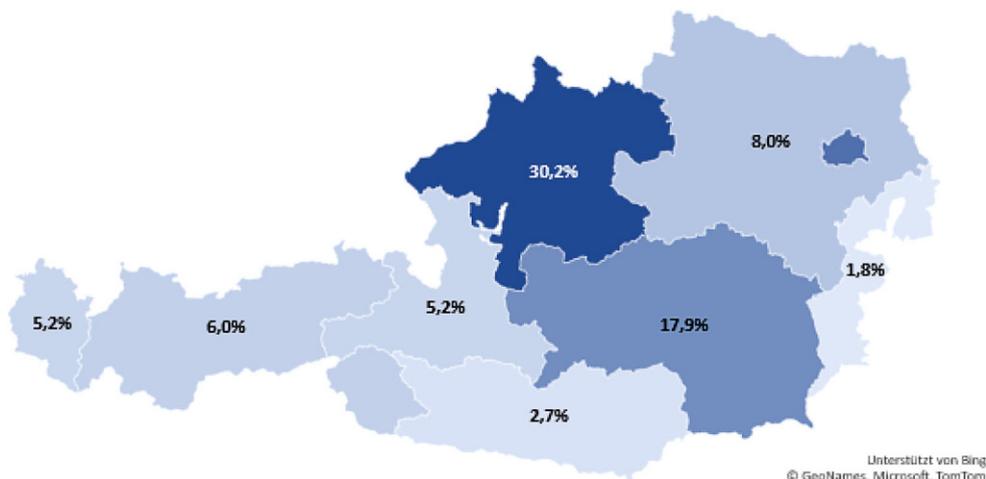
### Beschreibung der Stichprobe

13 von 66 Bildungseinrichtungen haben ihre Mitwirkung an der Studie zugesagt (19,7%). Insgesamt haben sich 1907 Pflegefachpersonen an der Studie beteiligt. Nach Prüfung der definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden 1006 Fälle in die weitere Datenanalyse einbezogen. Die Stichprobe kann hinsichtlich der Verteilung der Merkmale Arbeitszeitverhältnis, Geschlecht und Funktion (i.e. DGKP, PFA und PA) entsprechend den Daten des Gesundheitsberuferegisters für die Grundgesamtheit als repräsentativ betrachtet werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK] 2021; Statistik Austria 2021; Holzweber et al. 2021). Des Weiteren entspricht die Verteilung der Stichprobe über die Bundesländer ungefähr der geografischen Verteilung von Pflegepersonen in der Grundgesamtheit<sup>4</sup> (bei einem angenomme-

<sup>3</sup> Daten zur Gesamtzahl der Pflegepersonen (i.e. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Pflegefachassistenz und Pflegeassistenzpersonen) auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern wurden nicht gefunden. Die Angabe zur Grundgesamtheit bezieht sich daher auf alle Pflegepersonen (u. a. auch in speziellen Abteilungen oder auf Kinderstationen), die in österreichischen Krankenhäusern tätig sind.

<sup>4</sup> Quelle: Pflegepersonen in Krankenanstalten nach Geschlecht, Berufsgruppe und Bundesland (Statistik Austria 2021).

**Abb. 2** Stichprobenverteilung, differenziert nach Bundesländern ( $n = 1001$ ). (Wien (23,1 %))



nen Differenzbereich zwischen  $-5$  und  $5\%$ ; ausgenommen der Bundesländer Oberösterreich [ $+14,2\%$ ] und Niederösterreich [ $-7,1\%$ ] (Abb. 2).

Die Teilnehmenden kamen großteils aus öffentlichen Krankenhäusern ( $n = 675$ ,  $67,5\%$ ), urbanen Regionen ( $n = 736$ ,  $73,7\%$ ) und arbeiteten vorwiegend in Krankenhäusern mit 301 bis 500 ( $n = 287$ ,  $28,6\%$ ) bzw. mit mehr als 500 Betten ( $n = 455$ ,  $45,3\%$ ).  $28,8\%$  der Befragten ( $n = 287$ ) arbeiteten auf operativen Stationen,  $51\%$  ( $n = 509$ ) auf konservativen Stationen und  $20,2\%$  ( $n = 202$ ) auf Stationen mit beiden Schwerpunkten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) waren als größte Berufsgruppe an der Befragung beteiligt ( $n = 752$ ,  $75\%$ ), gefolgt von Stationsleitungen ([STL]  $n = 127$ ,  $12,7\%$ ), Pflegeassistent\*innen ([PA]  $n = 62$ ,  $6,2\%$ ), Pflegefachassistent\*innen ([PFA]  $n = 32$ ,  $3,2\%$ ) und anderen Berufsgruppen ( $n = 29$ ,  $n = 2,9\%$ ). Die Stationen der Befragten umfassen durchschnittlich 29 Betten (Standardabweichung [SD] =  $12,0$ ), dabei wurden in den Teams der befragten Pflegepersonen täglich im Durchschnitt 30 Patient\*innen (SD =  $13,5$ ) auf der Station versorgt. Weitere soziodemografische Merkmale der Befragten sind in Abb. 3a–i grafisch dargestellt.

### Situation zu MNC in österreichischen Krankenhäusern

Die deskriptive Analyse basiert auf der Anzahl an Pflegepersonen, die ein Item als implizit rationiert bewertet haben. In der Auswertung wird ein Item als implizit rationiert betrachtet, wenn Befragte die Werte 4 bis 6 in der Endpunkteskala von 1: „sehr selten“ bis 6: „sehr oft“ angeben. Diese Angabe bezieht sich auf Tätigkeiten, welche das gesamte Pflorgeteam in den letzten zwei Wochen durchführen hätte sollen.

In der vorliegenden Studie wurden vom Pflegepersonal alle aufgelisteten Tätigkeiten bis zu einem gewissen Ausmaß als implizit rationiert angegeben (Tab. 1). Dieses Aus-

maß variierte bei den verschiedenen Tätigkeiten zwischen  $67,5$  und  $8,5\%$ . Als sehr oft bzw. oft weggelassene oder mit Verzögerung durchgeführte Pflegetätigkeiten wurden Interventionen angegeben, welche sich auf die emotionale Unterstützung ( $67,5\%$ ,  $n = 639$  bzw.  $61,0\%$ ,  $n = 601$ ) sowie auf die Gesprächsführung ( $61,9\%$ ,  $n = 595$  bzw.  $60,6\%$ ,  $n = 601$ ) beziehen. Diese Rationierung erfolgte häufiger bei den Angehörigen als bei den Patient\*innen.

Des Weiteren wurden pflegerische Interventionen, wie Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen, angemessene Überwachung von kognitiv beeinträchtigten Patient\*innen, Beratung und Schulung, Mobilisation, Führen der Pflegedokumentation und die Beurteilung der Wirksamkeit von Bedarfsmedikamenten von mehr als  $40\%$  der Befragten als impliziert rationiert angegeben. Im Gegensatz dazu wurden die Items „Blutzuckermessen, so oft wie notwendig bzw. wie angeordnet“ mit  $8,5\%$  ( $n = 83$ ) und „Pflegen von zentralen Venenkathetern“ mit einem Anteil von  $10,4\%$  ( $n = 95$ ) am seltensten weggelassen.

Analog zu internationalen Studien wurde ein gezählter Index für die Einzelitems der Sektion A berechnet (Abb. 4). Hierbei wurde die Anzahl der Items berechnet, welche jede Person als oft bzw. als sehr oft implizit rationiert angegeben hat (i.e. mit den Werten 4–6 in der 6-Endpunkteskala von 1: „sehr selten“ bis 6: „sehr oft“).  $84,4\%$  ( $n = 849$ ,  $95\%$ -KI = [ $0,821$ ;  $0,865$ ]) der Befragten führten an, dass in ihrem Team in den letzten 2 Wochen mindestens eine der aufgelisteten Tätigkeiten oft oder sehr oft weggelassen bzw. mit einer für die Patient\*innensicherheit nachteiligen Verzögerung durchgeführt wurde. Circa  $50\%$  ( $n = 502$ ) meldeten zurück, dass 10 oder mehr der 30 aufgelisteten Tätigkeiten oft bzw. sehr oft implizit rationiert werden (Mittelwert [M] =  $9,6$ , SD =  $7,4$ ).

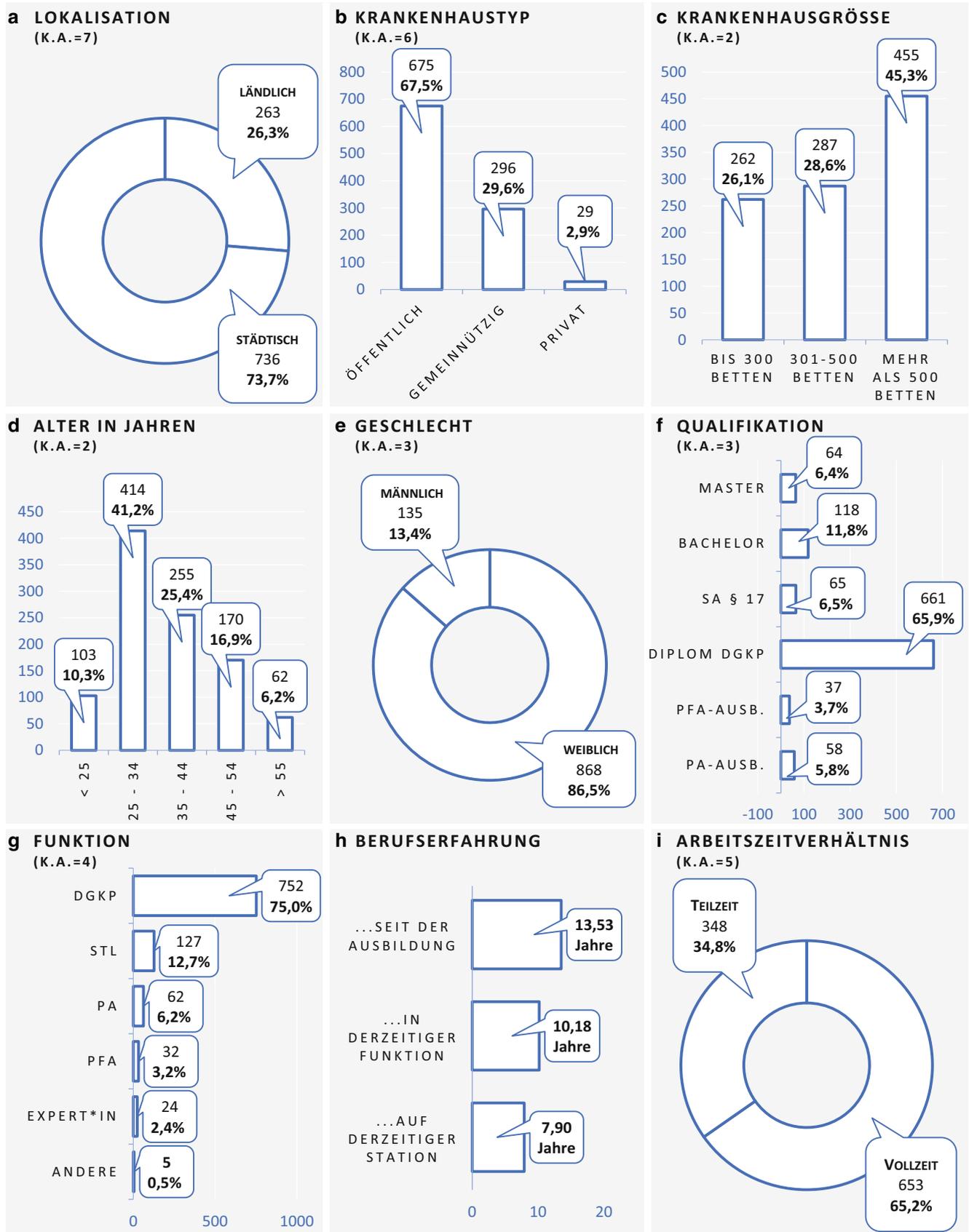


Abb. 3 a-i Krankenhaus- und Stationscharakteristika sowie soziodemografische Merkmale der Befragten (n=1006)

**Tab. 1** Missed Nursing Care in österreichischen Krankenhäusern (n= 1006)

	%	Anzahl <sup>a</sup>
Emotionales Unterstützen der Angehörigen	67,5	639 (946)
Führen von Gesprächen mit Angehörigen über die Erkrankung/geplante Pflege	61,9	595 (961)
Emotionales Unterstützen der Patient*innen	61,0	601 (986)
Führen von Gesprächen mit Patient*innen über ihre Erkrankung/geplante Pflege	60,6	601 (991)
Teilnehmen an interdisziplinären Besprechungen	51,8	480 (926)
Angemessene Überwachung von kognitiv beeinträchtigten Patient*innen	48,4	467 (965)
Beratung und Schulung der Angehörigen zur Entlassung	48,1	435 (905)
Mobilisieren der Patient*innen so oft wie notwendig bzw. wie angeordnet	47,6	462 (970)
Vollständiges Führen der Pflegedokumentation	46,7	463 (992)
Fokussierte Neubeurteilung je nach Patient*innenzustand	42,2	390 (924)
Beurteilen der Wirksamkeit von Bedarfsmedikamenten	42,1	412 (979)
Beratung und Schulung der Patient*innen zur Entlassung	42,0	395 (940)
Zeitnahes Reagieren auf die Patient*innenglocke	39,2	385 (983)
Umfassende Beurteilung des Patient*innenzustandes in jedem Dienst	33,3	329 (988)
Hilfestellung bei der Mund- und Zahnpflege	29,1	282 (969)
Einhalten des geplanten Zeitpunktes für die Verabreichung von Medikamenten	27,6	270 (980)
Überwachen von Einfuhr und Ausfuhr	27,0	261 (965)
Messen von Vitalparametern, so oft wie notwendig bzw. wie angeordnet	26,5	261 (986)
Planen der Patient*innenentlassung	24,1	228 (946)
Patient*innen das Essen verabreichen, solange die Speise noch warm ist	22,8	212 (931)
Positionieren der Patient*innen, so oft wie notwendig/wie angeordnet	20,8	199 (957)
Pflegen von peripheren Venenkathetern (pVK) nach Krankenhausstandards	20,2	195 (963)
Zeitnahe Hilfestellung bei der Harn- und/oder Stuhlausscheidung	17,7	172 (972)
Zeitnahes Verabreichen von Bedarfsmedikation nach Patient*innenanfrage	17,7	173 (979)
Mahlzeiten vorbereiten für Patient*innen, damit sie selbstständig essen können	16,0	152 (951)
Hilfestellung bei der Körperpflege und Hautpflege	15,3	147 (963)
Versorgung von Hautschädigungen und/oder Wundversorgung	13,9	136 (975)
Eigene Händehygiene (i.e. Händewaschen und/oder Händedesinfektion)	13,0	127 (978)
Pflegen von zentralen Venenkathetern (ZVK) nach Krankenhausstandards	10,4	95 (913)
Blutzuckermessen, so oft wie notwendig bzw. wie angeordnet	8,5	83 (975)

<sup>a</sup>Hier wird die absolute Anzahl der Personen gezeigt, welche ein Item als weggelassen angegeben haben (in der Klammer wird die absolute Anzahl der Personen gezeigt, welche eine gültige Antwort auf die jeweiligen Items angegeben haben)

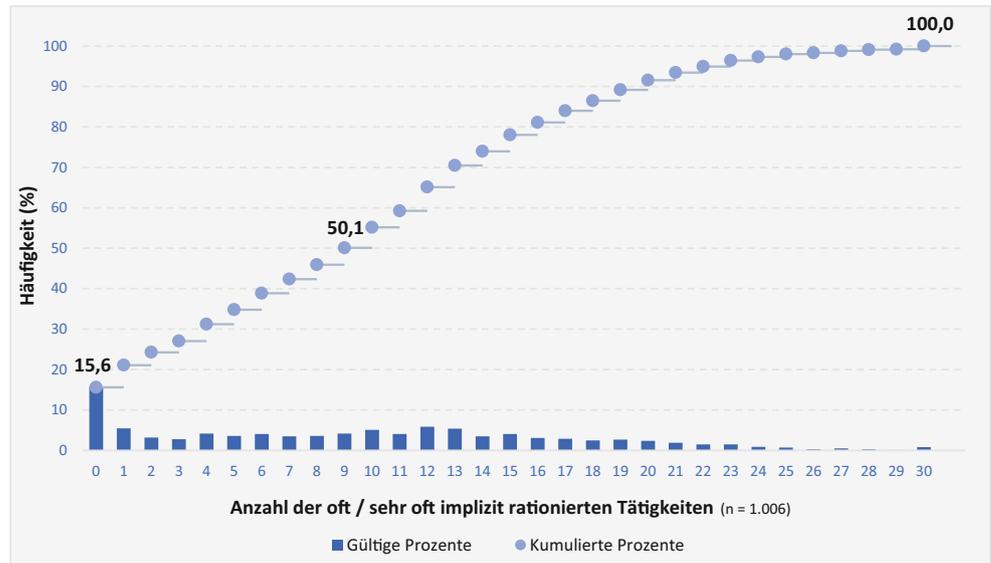
### MNC nach Krankenhaus- und Stationscharakteristika sowie nach soziodemografischen Merkmalen

Für die Testung auf Gruppenunterschiede und Zusammenhänge wurde aus den Items der Sektion A ein Mittelwertindex berechnet. D. h., es wurde für jede Person der Durchschnitt aller Werte berechnet, welche sie bei den aufgelisteten Pflegetätigkeiten der Sektion A angegeben hat (Tab. 1). Auch dieser Schritt entspricht der internationalen Studienlage zur Auswertung von Gruppenunterschieden in MNC nach beruflichen und soziodemografischen Merkmalen. Der Mittelwertindex MNC (MMNC) variierte zwischen 1 und 6 ( $M=2,9$ ,  $SD=0,99$ ) und war annähernd normal verteilt.

Die durchgeführten statistischen Tests zeigten, dass MNC unabhängig von der Lokalisation, vom Typ oder von der Krankenhausgröße sowie unabhängig vom Schwerpunkt der Station stattfindet. Ebenso spielt die Qualifikati-

on der Pflegepersonen eine eher geringe Rolle. Ersichtlich ist dagegen, dass das Alter, die Funktion der Pflegenden auf der Station, das Arbeitszeitverhältnis sowie die Stationsgröße und die Berufserfahrung einen Einfluss auf die Häufigkeit von MNC haben. Jüngere Pflegepersonen bis 34 Jahre (95 %-KI MMNC = [2,8; 3,2]) berichteten häufiger über implizite Rationierung als ältere Kolleg\*innen ab 45 Jahre (95 %-KI MMNC = [2,4; 2,7]) (Cohens  $d=0,466$ ). Ebenso berichteten diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ohne eine Leitungsfunktion (95 %-KI MMNC = [2,9; 3,0]) häufiger über MNC als Pflegepersonen mit anderen Funktionen. Dieser Unterschied ist besonders im Vergleich zu Pflegepersonen in Stationsleitungsfunktionen (95 %-KI MMNC = [2,4; 2,7]) statistisch signifikant ( $p=0,003$ , Cohens  $d=0,232$ ). Auch Pflegepersonen mit einer Vollzeitangstellung (95 %-KI MMNC = [2,8; 3,0]) berichteten im Vergleich zu Teilzeitangestellten (95 %-KI

**Abb. 4** Anzahl der Items, welche pro Befragte als oft/sehr oft implizit rationiert angegeben werden ( $n=1006$ )



**Tab. 2** MNC nach Krankenhaus- und Stationscharakteristika sowie nach soziodemografischen Merkmalen

**Unterschiede in Missed Nursing Care nach**

Variable	Teststatistik	Sign.
Krankenhauslokalisierung	Z = -0,869 <sup>a</sup>	0,385
Krankenhaustyp	H (2) = 3,639 <sup>b</sup>	0,162
Krankenhausgröße	H (2) = 1,916 <sup>b</sup>	0,384
Schwerpunkt der Station	H (2) = 0,128 <sup>b</sup>	0,938
Alter	H (4) = 55,225 <sup>b</sup>	<0,001*
Geschlecht	H (2) = 0,700 <sup>b</sup>	0,705
Qualifikation in der Pflege	H (5) = 4,837 <sup>b</sup>	0,436
Funktion auf der Station	H (5) = 18,207 <sup>b</sup>	0,003*
Arbeitszeitverhältnis	Z = -2,099 <sup>a</sup>	0,036*

**Zusammenhang von Missed Nursing Care mit**

Variable	Teststatistik	Sign.
Stationsgröße: Bettenanzahl	$\rho = 0,170^c$	<0,001*
Stationsgröße: Anzahl an Patient*innen	$\rho = 0,211^c$	<0,001*
Berufserfahrung seit Ausbildung	$\rho = -0,227^c$	<0,001*
Berufserfahrung in dieser Funktion	$\rho = -0,155^c$	<0,001*
Berufserfahrung auf dieser Station	$\rho = -0,160^c$	<0,001*

\*Die Ergebnisse sind auf dem 0,05-Niveau signifikant

<sup>a</sup>Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben (mit Z-Wert)

<sup>b</sup>Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben (mit H-Wert)

<sup>c</sup>Einseitige Spearman-Korrelation (mit  $\rho$ -Wert)

MMNC = [2,7; 2,9]) häufiger über MNC ( $p=0,036$ , Cohens  $d=0,133$ ). Diese statistisch signifikanten Zusammenhänge stellen sich als gering bis mittelstark dar (Cohen 1988, 1992)<sup>5</sup> (Tab. 2), d. h., Änderungen in den Werten der als statistisch signifikant identifizierten Merkmale sind mit

einer geringen bzw. mittelstarken Änderung der Häufigkeit von MNC assoziiert.

**Einflussfaktoren auf MNC**

Die Einflussfaktoren für das Weglassen oder das verzögerte Durchführen von Pflegetätigkeiten wurden retrospektiv für die vorhergehenden 2 Wochen von den befragten Pflegepersonen nach Relevanz für das Entstehen von MNC auf ihrer Station bewertet (Tab. 3). Hierbei wurden von den Befragten am häufigsten die Faktoren „Durchführen von meh-

<sup>5</sup> Effektstärke für Gruppenunterschiede (d) / Zusammenhänge (r bzw.  $\rho$ ) nach Cohen (Cohens d: 1988; Cohens r: 1992).

Ab 0,2 (d) bzw. 0,1 (r bzw.  $\rho$ ): kleiner Effekt.  
 Ab 0,5 (d) bzw. 0,3 (r bzw.  $\rho$ ): mittlerer Effekt.  
 Ab 0,8 (d) bzw. 0,5 (r bzw.  $\rho$ ): größer Effekt.

**Tab. 3** Einflussfaktoren auf MNC in österreichischen Krankenhäusern ( $n = 1006$ )

	%	Anzahl <sup>a</sup>
Durchführen von mehreren Tätigkeiten gleichzeitig	85,9	853 (993)
Häufiges Unterbrochen werden bei Pfl egetätigkeiten	82,4	818 (993)
Zunahme hochpflegebedürftiger Patient*innen auf der Station	81,4	802 (985)
Mangel an Pflegefachpersonen (i.e. DGKP, PFA und/oder PA)	78,6	779 (991)
Hohe Anzahl an Aufnahmen und/oder Entlassungen	73,7	724 (983)
Akute Patient*innensituationen (z. B. durch klinische Verschlechterung)	66,7	656 (984)
Mangel an unterstützendem oder administrativem Personal	62,9	623 (991)
Unerwarteter Anstieg der Bettenbelegung auf der Station	61,1	602 (985)
Eigene emotionale Erschöpfung	57,8	575 (994)
Eigene physische Erschöpfung	57,0	567 (995)
Unzureichende Unterstützung durch die direkten Vorgesetzten	49,8	494 (992)
Keine optischen Warnsysteme/Erinnerungshilfen	45,7	452 (988)
Spannungen/Kommunikationsschwierigkeiten mit anderen Abteilungen	43,4	429 (988)
Spannungen/Kommunikationsschwierigkeiten im interdisz. Behandlungsteam	43,4	428 (986)
Angehörige/persönliche Betreuer*in waren nicht auf Station/nicht verfügbar	37,6	368 (980)
Unzureichende Beaufsichtigung von Pflegefachassistent*/Pflegeassistent*in	37,2	365 (980)
Andere Berufsgruppen haben die erforderliche Versorgung nicht erbracht	33,4	329 (984)
Medikamente waren nicht verfügbar, als sie gebraucht wurden	32,6	320 (983)
Unausgeglichene Patient*innenzuteilung innerhalb des Pfl egeteams	31,5	311 (987)
Unzureichende Informationsweitergabe von vorherigem Dienst/verlegender Station	30,8	303 (985)
Material/Gerät war nicht verfügbar, als es gebraucht wurde	28,7	283 (986)
Material/Gerät hat nicht richtig funktioniert, als es gebraucht wurde	26,4	261 (987)
Fehlende Information von Pflegefach-/Pflegeassistent an diplomiertes Personal	22,3	218 (976)
Spannungen/Kommunikationsschwierigkeiten innerhalb des Pfl egeteams	21,1	208 (988)
Mangelnde Unterstützung durch Teammitglieder	20,1	198 (987)

<sup>a</sup>Hier wird die absolute Anzahl der Personen gezeigt, welche ein Item als weggelassen angegeben haben (in Klammer wird die absolute Anzahl der Personen gezeigt, welche eine gültige Antwort auf die jeweiligen Items angegeben haben)

renen Tätigkeiten gleichzeitig“ (85,9 %,  $n = 853$ ) und „häufiges Unterbrochenwerden bei Pfl egetätigkeiten“ (82,4 %,  $n = 818$ ) genannt, gefolgt von den Items „Zunahme hochpflegebedürftiger Patient\*innen auf der Station“ (81,4 %,  $n = 802$ ) und „Mangel an Pflegepersonen“ (78,6 %,  $n = 779$ ). Insbesondere die Variablen „Durchführen von mehreren Tätigkeiten gleichzeitig“, „häufiges Unterbrochenwerden bei Pfl egetätigkeiten“ und „Mangel an Pflegepersonen“ zeigten hochsignifikante mittelstarke positive Zusammenhänge mit mehreren Items der Sektion A ( $\rho > 0,3$ ; Cohen 1992; Anhang, Abb. 5).

Für die implizite Rationierung wurden zudem das Eintreten von akuten Patient\*innensituationen (66,7 %,  $n = 656$ ) und die Erhöhung der Bettenbelegung auf der Station (61,1 %,  $n = 602$ ) als ausschlaggebend identifiziert. Besonders relevant waren zudem eine gesteigerte Aufnahme- und/oder Entlassungsdynamik (73,7 %,  $n = 724$ ) und ein Mangel an unterstützendem und administrativem Personal (62,9 %,  $n = 623$ ). Ebenfalls eine hohe Relevanz zeigten Items, bezogen auf die eigene emotionale und physische Erschöpfung der befragten Pflegepersonen (57,8 %,  $n = 575$  bzw. 57,0 %,  $n = 567$ ), gefolgt von einer unzureichenden Unterstützung

durch die direkten Vorgesetzten (49,8 %,  $n = 494$ ). Mehr als 40 % der Befragten berichteten zudem über Spannungen und Kommunikationsschwierigkeiten mit anderen Abteilungen und im interdisziplinären Behandlungsteam. Des Weiteren waren fehlende Warnsysteme/Erinnerungshilfen (wie z.B. Informationen, welche während der elektronischen Pflegedokumentation im Zusammenhang mit der notwendigen Patient\*innenversorgung angezeigt werden) ausschlaggebende Situationen für MNC auf ihren Stationen.

Im Gegensatz wurden die Themen der Unterstützung durch Teammitglieder, der Kommunikation und Zusammenarbeit im Pfl egeteam sowie der Verfügbarkeit von Materialien oder Geräten als am wenigsten ausschlaggebende Faktoren genannt.

## Diskussion

Diese Erhebung stellt die erste Studie dar, welche das Phänomen der impliziten Rationierung bzw. MNC in der Patient\*innenversorgung auf konservativen und operati-

ven Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern aus einer empirischen und quantitativen Perspektive untersucht. Aus den analysierten Ergebnissen wird deutlich, dass derzeit Pfl egetätigkeiten in der direkten Patient\*innenversorgung weggelassen bzw. nur mit einer für die Patient\*innen nachteiligen Verzögerung durchgeführt werden. Dieses Resultat ist unabhängig von den erhobenen Krankenhauscharakteristika. Allerdings spielen andere Faktoren hierfür eine bedeutende Rolle. So wird u. a. deutlich, dass Pflegepersonen derzeit mit etlichen Limitationen in der Ausführung der Patient\*innenversorgung auf Allgemeinstationen im Krankenhaus konfrontiert sind, worunter die fehlenden Personalressourcen nur eine Facette der aktuellen relevanten Herausforderungen darstellen.

Die hohe Prävalenz der impliziten Rationierung in der akutstationären Patient\*innenversorgung wird in der internationalen Literatur mehrfach als zentrales Ergebnis genannt. In entsprechenden Studien berichten zwischen 55 und 98 % der Pflegepersonen, dass sie und/oder ihr Team mindestens eine der für die Patient\*innenversorgung notwendigen Interventionen implizit rationieren (Jones et al. 2015). Die Ergebnisse von MISSCARE-Austria-Studie liegen hiermit mit einem Anteil von ca. 84 % in einem überdurchschnittlich hohen Bereich im internationalen Vergleich. Andere Länder im deutschsprachigen Raum bestätigten dieses Ergebnis. So berichten beispielweise Zander et al. (2014) im Rahmen der RN4CAST-Studie, dass der Anteil in Deutschland bei ca. 93 % liegt.

Bei genauer Betrachtung werden v. a. Pfl egetätigkeiten, welche sich auf den Kernkompetenzbereich der Pflegeberufe beziehen, implizit rationiert. Hier erscheint die Beziehungsgestaltung mit Patient\*innen und/oder Angehörigen besonders häufig weggelassen zu werden.

In Deutschland ließen sich diese Ergebnisse auch in der RN4CAST-Studie, in der Patient\*innengespräche oder Beratung/Anleitung am häufigsten implizit rationiert wurden, bestätigen (Zander et al. 2014). Ebenfalls für Österreich gab es diese Vermutung, wie bereits Rappold (2021) zusammenfasste: „für pflegerische Kernkompetenzen ist in akutstationären Einrichtungen angeblich keine Zeit“ (S. 8). Das Weglassen von notwendiger Pflege kommt laut Kalánková et al. (2019) in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung vor, wie z. B. Pflegedokumentation, der emotionalen Pflege und Unterstützung, der körperlichen Pflege sowie den administrativen Tätigkeiten und der organisatorischen Versorgungs-koordination. In der vorliegenden Studie konnten diese Ergebnisse großteils bestätigt werden, da emotionale Unterstützung, Beratung und Schulung sowie Gesprächsführung am häufigsten als implizit rationiert angegeben wurden.

Soziodemografische und berufliche Eigenschaften von Pflegepersonen sind für MNC insoweit relevant, weil sie Hypothesen über ausschlaggebende, auf Mitarbeiter\*innen bezogene Faktoren ermöglichen. In dieser Studie zeigte sich

ein Altersunterschied in der Rückmeldung von Pflegepersonen zu Häufigkeit von MNC. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Zusammenhang zwischen Häufigkeit von MNC und Berufserfahrung, in dem MNC mit einer steigenden Berufserfahrung weniger häufiger auftritt. Auch das Ergebnis, dass Stationsleitungen über einen geringeren Grad von MNC berichten, kann im Zusammenhang mit diesen Aspekten und deren Funktion diskutiert werden. Bestehende Studien deuten darauf hin, dass Pflegepersonen mit höherem Alter, längerer Berufserfahrung und Führungsverantwortung höhere Kompetenz, bezogen auf die Patient\*innensicherheit, aufweisen. Aus diesem Grund identifizieren sie MNC tendenziell häufiger auf ihren Stationen (Hwang 2015). In unserer Studie sahen wir allerdings widersprüchliche Ergebnisse. Bereits Mandal et al. (2020) berichteten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit von internationaler Literatur über unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs von MNC und soziodemografischen und beruflichen Eigenschaften. Es gilt daher, diese Zusammenhänge in weiterführenden explorativen Studien zu klären.

Abschließend gilt es, die Einflussfaktoren auf MNC zu diskutieren. Folgende Situationen wurden in der vorliegenden Studie als sehr ausschlaggebend hierfür identifiziert: 1) potenziell ineffiziente Arbeitsprozesse; 2) Personalmangel; 3) erhöhter Versorgungsaufwand und gesteigerte Aufnahme- und Entlassungsdynamik; 4) eigene Erschöpfung und 5) mangelnde Unterstützung seitens der direkten Führung. Diese Ergebnisse wurden in der Literatur bereits mehrfach identifiziert (Chaboyer et al. 2021).

Auf Basis dieser Analyse erscheint prioritär, an den *Arbeitsprozessen per se* zu arbeiten. Bereits Kalisch und Aebersold (2010) identifizierten in ihrer Studie, dass Arbeitsprozesse im Krankenhaus äußert schnelllebig und unvorhersehbar sind. Sie beobachteten beispielsweise, dass Pflegepersonen bei ihrer Arbeit ca. alle sechs Minuten unterbrochen wurden und in mehr als einem Drittel der Zeit mehrere Tätigkeiten gleichzeitig (Multitasking) erbracht haben. Diese Situationen können nach den Autor\*innen zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit und einer hohen kognitiven Belastung der Pflegepersonen führen. Kirwan und Schubert (2020) betonten Interventionen, wie z. B. die Änderungen des Arbeitsumfelds des Pflegepersonals, die Förderung einer effizienten Kommunikation im interprofessionellen Team oder die Umsetzung eines Primary-Nursing-Care-Modells, welche mögliche Qualitätsentwicklungsstrategien hierzu anbieten können.

Das Thema des *Personalmangels* bleibt für die Pflege in der akutstationären Versorgung eine relevante Herausforderung. Unzureichende Personalressourcen sind laut Studien die wichtigste Vorbedingung für MNC (Jones et al. 2015; Mandal et al. 2020). Die vorliegende Studie zeigt, dass ca. 80 % der Befragten den Pflegepersonalmangel als ausschlaggebenden Faktor für die implizite Rationierung

der Pflegeversorgung auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern identifizieren. Diese Ergebnisse bringen enorme Implikationen in einer Zeit der prognostizierten Pflegepersonalknappheit im österreichischen Gesundheitswesen (Rappold und Juraszovich 2019) und betonen die Wichtigkeit der Entwicklung von Strategien zur Attraktivierung der Berufsbilder in der Pflege, Mitarbeiter\*innenbindung oder Verbesserung der Rahmenbedingungen (Rappold et al. 2021).

Im Zusammenhang mit der Personalsituation ist wichtig zu betrachten, dass Pflegepersonen den *erhöhten pflegerischen und klinischen Versorgungsaufwand ihrer Patient\*innen* sowie *gesteigerte Aufnahme- und Entlassungsdynamiken* als besonders ausschlaggebende Faktoren für MCN einstufen. Dies bestätigt die Thesen von Kalisch, dass gesteigerte Arbeitsanforderungen in Kombination mit knappen Personalressourcen deutliche Einflussfaktoren auf implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten im Krankenhaus darstellen (Kalisch 2006; Kalisch et al. 2009).

Ebenso sehen Pflegepersonen die *eigene Erschöpfung* als ausschlaggebenden Faktor dafür, dass die Patient\*innenversorgung in ihren Teams nicht fach- und/oder zeitgerecht durchgeführt werden kann. Anzumerken ist dazu, dass Befunde über die Erschöpfung von Pflegepersonen im akutstationären Bereich nicht neu sind (Rappold 2021). Laut Stafflinger (2019) sind „v. a. psychisch belastende Arbeitsbedingungen, wie Zeitdruck, mehrere Aufgaben gleichzeitig, die Arbeitsmenge, das emotionale Engagement und Unterbrechungen bei der Arbeit- und körperlich belastende Arbeitsbedingungen, wie schweres Heben und Tragen und fehlende technische Hilfsmittel (...) [sowie] Mehr- und Überstunden“ (S. 156) Herausforderungen, welche zur Erschöpfung von Pflegepersonen in österreichischen Krankenhäusern wesentlich beitragen. Es gilt daher, im Kontext dieser Ergebnisse in die Gesundheitsförderung und in die Burn-out-Prävention von Pflegefachkräften zu investieren, um u. a. Personalausfälle oder einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Beruf zu mindern.

Deutlich wird es, wie essenziell die *Rolle der (direkten) Führung* in der Prävention von MNC ist (Cordeiro et al. 2019), sowohl auf der Ebene der strukturellen und prozessbezogenen Rahmenbedingungen als auch auf der individuellen Mitarbeiter\*innenebene. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen die unzureichende Unterstützung der direkten Vorgesetzten als einen der wichtigsten Faktoren für MNC in österreichischen Krankenhäusern nennen. Dies sollte als weiterer Interessenfokus aufgegriffen werden, insbesondere wie und warum mangelnde Unterstützung von direkten Vorgesetzten in österreichischen Krankenhäusern stattfindet und wie diese Ausgangslage verbessert werden kann.

## Fazit und Ausblick

Erneut haben empirische Daten gezeigt, dass Pflegepersonen notwendige Tätigkeiten auf Allgemeinstationen im akuten Bereich oft nicht (zeitgerecht) durchführen können. Diese Ergebnisse bieten nach der GuKG-Novelle 2019 und im Kontext der zunehmenden Übertragung von medizinischen und therapeutischen Tätigkeiten an Pflegepersonen eine Anregung zur weiterführenden gemeinsamen Diskussion. Ein wichtiger Fokus dabei sind Überlegungen zu einer angemessenen Personalbesetzung auf Allgemeinstationen, welche relevante Einflussfaktoren auf *Missed Nursing Care* darstellen können. Da es bislang in Österreich keine konkreten Daten zur Personalauslastung oder zur Angemessenheit der Personalbesetzung auf Allgemeinstation in österreichischen Krankenhäusern gibt, fokussieren wir uns im nächsten Artikel der Publikationsreihe MISSCARE-Austria auf diesen Aspekt.

Anhang

Item	SB1 Mangel an Pflegefachpersonen	SB2 Akute Patient*innen	SB3a Unerwarteter Anstieg Bettenbelegung	SB3b Zunahme hochpflegebedürftiger Pat.	SB4 Mangel an unterstützendem/administativem Personal	SB5 Unausgeglichene Patient*innen	SB6 Medikamente waren nicht verfügbar	SB7 Unzureichende Informationsweitergabe	SB8 Andere Berufsgruppen / Versorgung nicht erreichbar	SB9 Material / Gerät war nicht verfügbar	SB10 Material / Gerät hat nicht richtig funktioniert	SB11 Mangelnde Unterstützung durch Teammitglieder	SB12 Spannungen mit ANDEREN ABTEILUNGEN	SB13 Spannungen innerhalb des PLEGETEAMS	SB14 Spannungen im interdisziplinären BEHANDLUNGSTEAM	SB15 Fehlende Information von Pflegefach- / Pflegeassistenten	SB16 Angehörige/persönliche Betreuer*in nicht auf Station	SB17 Hohe Anzahl an Aufnahmen und/oder Entlassungen	SB18a Eigene emotionale Erschöpfung	SB18b Eigene physische Erschöpfung	SB19 Unzureichende Beaufsichtigung Pflege(fach)assistent*in	SB20a Häufiges Unterbrochen werden bei Pflegeaktivitäten	SB20b Durchführen von mehreren Tätigkeiten gleichzeitig	SB21 Keine optischen Warnsysteme / Erinnerungshilfen	SB22 Unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzten
SA1 Mobilisieren der Patient*innen	0,40	0,26	0,21	0,21	0,25	0,15	0,12	0,17	0,13	0,17	0,15	0,16	0,19	0,15	0,19	0,23	0,13	0,30	0,32	0,30	0,33	0,37	0,26	0,28	
SA2 Positionieren der Patient*innen	0,29	0,20	0,13	0,13	0,15	0,12	0,14	0,13	0,17	0,20	0,18	0,18	0,17	0,15	0,18	0,20	0,15	0,20	0,24	0,22	0,22	0,19	0,20	0,19	0,22
SA3 Patient*innen Essen verabreichen	0,32	0,21	0,14	0,19	0,20	0,10	0,08	0,17	0,14	0,24	0,23	0,18	0,15	0,19	0,17	0,24	0,15	0,23	0,26	0,26	0,26	0,26	0,22	0,22	
SA4 Mahlzeiten vorbereiten	0,32	0,21	0,17	0,12	0,20	0,16	0,15	0,22	0,22	0,25	0,27	0,20	0,21	0,22	0,25	0,29	0,22	0,29	0,28	0,29	0,20	0,26	0,21	0,27	
SA5 Einhalten des geplanten Zeitpunktes von Medikamenten	0,32	0,19	0,18	0,19	0,25	0,14	0,21	0,22	0,20	0,27	0,26	0,21	0,17	0,14	0,22	0,24	0,16	0,27	0,25	0,25	0,28	0,31	0,34	0,27	0,28
SA6 Messen von Vitalparametern	0,36	0,22	0,14	0,22	0,26	0,19	0,16	0,24	0,19	0,24	0,20	0,23	0,20	0,15	0,23	0,28	0,19	0,25	0,27	0,26	0,30	0,32	0,32	0,23	0,31
SA7 Überwachen von Einfuhr und Ausfuhr	0,31	0,21	0,17	0,21	0,25	0,15	0,13	0,21	0,21	0,22	0,19	0,19	0,22	0,12	0,23	0,28	0,24	0,25	0,25	0,26	0,29	0,31	0,33	0,24	0,26
SA8 Vollständiges Führen der Pflegedokumentation	0,38	0,19	0,16	0,25	0,28	0,06	0,15	0,21	0,19	0,18	0,17	0,18	0,15	0,14	0,20	0,17	0,12	0,24	0,24	0,25	0,25	0,39	0,38	0,20	0,25
SA9a Führen von Gesprächen mit Patient*innen	0,42	0,24	0,24	0,25	0,32	0,10	0,11	0,22	0,18	0,21	0,17	0,20	0,22	0,15	0,25	0,19	0,21	0,33	0,33	0,34	0,33	0,41	0,41	0,30	0,29
SA9b Führen von Gesprächen mit Angehörigen	0,39	0,27	0,20	0,22	0,27	0,11	0,06	0,19	0,13	0,20	0,17	0,21	0,21	0,16	0,23	0,17	0,19	0,28	0,30	0,31	0,30	0,35	0,38	0,26	0,27
SA10a Emotionales Unterstützen der Patient*innen	0,39	0,24	0,22	0,26	0,32	0,12	0,14	0,18	0,13	0,18	0,16	0,20	0,17	0,16	0,23	0,20	0,18	0,33	0,31	0,32	0,30	0,40	0,42	0,29	0,28
SA10b Emotionales Unterstützen der Angehörigen	0,41	0,25	0,19	0,25	0,30	0,15	0,11	0,19	0,15	0,15	0,13	0,22	0,22	0,17	0,27	0,19	0,22	0,31	0,32	0,30	0,37	0,41	0,28	0,28	
SA11 Hilfestellung bei der Körperpflege und Hautpflege	0,28	0,19	0,19	0,18	0,21	0,17	0,15	0,19	0,18	0,22	0,18	0,21	0,22	0,19	0,20	0,25	0,18	0,25	0,25	0,27	0,25	0,24	0,26	0,23	0,26
SA12 Hilfestellung bei der Mund- und Zahnpflege	0,33	0,20	0,18	0,21	0,26	0,18	0,14	0,24	0,17	0,21	0,18	0,25	0,17	0,24	0,20	0,29	0,12	0,25	0,30	0,29	0,27	0,28	0,30	0,23	0,28
SA13 Eigene Händehygiene	0,21	0,14	0,12	0,17	0,22	0,17	0,12	0,21	0,19	0,18	0,21	0,19	0,17	0,16	0,18	0,23	0,15	0,18	0,20	0,20	0,20	0,25	0,23	0,22	0,21
SA14a Planen der Patient*innenentlassung	0,28	0,19	0,17	0,20	0,23	0,19	0,20	0,21	0,21	0,23	0,20	0,23	0,22	0,19	0,26	0,28	0,23	0,25	0,21	0,23	0,28	0,31	0,30	0,24	0,26
SA14b Beratung und Schulung der Patient*innen zur Entlassung	0,36	0,25	0,21	0,27	0,28	0,16	0,16	0,24	0,16	0,24	0,21	0,23	0,23	0,22	0,28	0,28	0,25	0,31	0,29	0,32	0,36	0,41	0,37	0,32	0,29
SA14c Beratung und Schulung der Angehörigen zur Entlassung	0,38	0,22	0,19	0,24	0,28	0,15	0,14	0,24	0,19	0,19	0,16	0,24	0,27	0,18	0,32	0,24	0,26	0,32	0,31	0,32	0,33	0,42	0,40	0,31	0,33
SA15 Blutzuckermessen	0,20	0,13	0,11	0,09	0,14	0,15	0,10	0,17	0,16	0,20	0,20	0,17	0,13	0,14	0,13	0,23	0,13	0,15	0,17	0,17	0,24	0,16	0,19	0,21	0,19
SA16 Umfassende Beurteilung des Patient*innenzustandes	0,31	0,15	0,17	0,21	0,23	0,16	0,17	0,23	0,19	0,26	0,19	0,24	0,15	0,18	0,24	0,30	0,16	0,23	0,25	0,28	0,35	0,34	0,36	0,28	0,24
SA17 Fokussierte Neubeurteilung je nach Patient*innenzustand	0,30	0,14	0,19	0,24	0,16	0,11	0,18	0,25	0,15	0,23	0,20	0,14	0,19	0,13	0,25	0,23	0,20	0,29	0,23	0,26	0,27	0,31	0,33	0,25	0,26
SA18a Pflegen von peripheren Venenkathetern	0,25	0,15	0,15	0,13	0,14	0,17	0,19	0,26	0,19	0,22	0,19	0,18	0,18	0,16	0,20	0,25	0,11	0,19	0,22	0,23	0,26	0,25	0,22	0,20	
SA18b Pflegen von zentralen Venenkathetern	0,21	0,16	0,10	0,11	0,12	0,16	0,19	0,19	0,13	0,22	0,18	0,17	0,12	0,21	0,19	0,22	0,09	0,16	0,16	0,19	0,22	0,20	0,18	0,15	0,20
SA19 Zeitnahes Reagieren auf die Patient*innenglocke	0,40	0,17	0,18	0,25	0,21	0,19	0,21	0,20	0,18	0,21	0,16	0,22	0,21	0,20	0,19	0,22	0,19	0,29	0,31	0,33	0,29	0,35	0,23	0,27	
SA20 Zeitnahes Verabreichen von Bedarfsmedikation	0,33	0,21	0,18	0,18	0,24	0,25	0,22	0,24	0,24	0,28	0,25	0,26	0,26	0,22	0,30	0,22	0,23	0,33	0,36	0,36	0,36	0,30	0,28	0,31	
SA21 Beurteilen der Wirksamkeit von Bedarfsmedikamenten	0,33	0,21	0,20	0,24	0,21	0,21	0,21	0,26	0,20	0,25	0,24	0,23	0,21	0,20	0,25	0,29	0,19	0,30	0,29	0,32	0,34	0,39	0,37	0,26	0,28
SA22 Teilnehmen an interdisziplinären Besprechungen	0,38	0,19	0,23	0,25	0,27	0,15	0,20	0,22	0,21	0,27	0,23	0,15	0,28	0,15	0,26	0,20	0,24	0,32	0,32	0,26	0,39	0,41	0,28	0,29	
SA23 Zeitnahe Hilfestellung bei der Harn-/Stuhlausscheidung	0,32	0,22	0,23	0,24	0,25	0,25	0,21	0,22	0,20	0,27	0,23	0,23	0,23	0,25	0,24	0,23	0,33	0,21	0,25	0,32	0,36	0,39	0,31	0,30	0,30
SA24 Versorgung Hautschädigungen / Wundversorgung	0,21	0,15	0,16	0,14	0,18	0,18	0,21	0,22	0,18	0,22	0,21	0,22	0,18	0,21	0,16	0,24	0,15	0,18	0,21	0,19	0,25	0,23	0,21	0,22	
SA25 Angemessene Überwachung von / kognitiv beeinträchtigten Pat.	0,35	0,21	0,22	0,23	0,27	0,16	0,16	0,23	0,14	0,21	0,18	0,21	0,24	0,18	0,25	0,23	0,19	0,32	0,28	0,29	0,34	0,40	0,40	0,22	0,21
Mittelwertindex Missed Nursing Care	0,50	0,30	0,28	0,31	0,35	0,24	0,24	0,32	0,26	0,33	0,29	0,31	0,30	0,27	0,33	0,35	0,27	0,39	0,40	0,41	0,43	0,50	0,50	0,38	0,40

Abb. 5 Zusammenhang zwischen Missed Nursing Care und ausschlaggebenden Einflussfaktoren (n=1006)

**Spearman-Korrelationen SA \* SB**

Korrelationskoeffizienten für Spearman-Korrelationen zwischen den Items der Sektion A und der Sektion B werden angezeigt.  
**Alle** Korrelationen sind mit **p<0,001** statistisch hochsignifikant.  
 Stichprobenumfang variiert zwischen n=784 und n=993.

- Mittelstarke Korrelationskoeffizienten (p > 0,3) werden **grau** markiert.
- Starke Korrelationskoeffizienten (p > 0,5) werden **rot** markiert.

**Funding** Open access funding provided by Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.

**Interessenkonflikt** A. Cartaxo, I. Eberl und H. Mayer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

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

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

## Literatur

- Blatter, C., Hamilton, P., Bachnick, S., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., & RANCARE Consortium (2021). Strengthening transparent reporting of research on unfinished nursing CARE: The RANCARE guideline. *Research in Nursing & Health*, *44*, 344–352.
- Borg, I. (2000). *Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung: Theorien, Tools und Praxiserfahrungen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2021). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index*. SORA.
- Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (in Vorbereitung) *Revised MISSCARE-Austria: die Anwendung der TRAPD-Methode zur Übersetzung des revised MISSCARE Survey vom Englischen ins Deutsche*.
- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155–159.
- Cordeiro, R., Rodrigues, M. J. P., Serra, R. D., & Calha, A. (2019). Good practices to reduce unfinished nursing care: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, *28*, 1798–1804.
- Dabney, B. W., Kalisch, B. J., & Clark, M. (2019). A revised MISSCARE survey: results from pilot testing. *Applied Nursing Research*, *50*, 151202.
- Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2008). The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, *61*(4), 344–349.
- Habl, C., Bachner, F., Klinser, D., & Ladurner, J. (2010). *Das österreichische Gesundheitssystem: Daten – Fakten – Zahlen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit.
- Holzweber, L., Zach, M., Gruböck, A., Juraszovich, B., Mathis-Edenhofer, S., Rappold, E., & Wallner, A. (2021). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2020*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Hwang, J.-I. (2015). What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, *27*(3), 232–238.
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *International journal of nursing studies*, *52*(6), 1121–1137.
- Kalánková, D., Žiaková, K., & Kurucová, R. (2019). Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care—a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, *10*(1), 1005–1016.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, *21*(4), 306–313.
- Kalisch, B. J., & Aebersold, M. (2010). Interruptions and multitasking in nursing care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, *36*(3), 126–132.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(7), 1509–1517.
- Kirwan, M., & Schubert, M. (2020). Missed or rationed nursing care: Where to now for the nurse manager? *Journal of Nursing Management*, *28*(8), 1767–1769.
- Kocks, A., Michaletz-Stolz, R., Feuchtinger, J., Eberl, I., & Tuschy, S. (2014). Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *108*(1), 18–24.
- Krajic, K., Nowak, P., & Vyslouzil, M. (2003). *Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals*. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2020). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: a systematic review. *Nursing Philosophy*, *21*, e12257.
- Rappold, E. (2021). Reden wir über Pflege. *ProCare*, *26*(5), 8–9.
- Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Gesundheit Österreich.
- Rappold, E., Juraszovich, B., Weißenhofer, S., & Edtmayer, A. (2021). *Taskforce Pflege. Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen*. Gesundheit Österreich.
- Stafflinger, H. (2019). *Personalbedarf und -einsatz in den oberösterreichischen Krankenhäusern*. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich.
- Statistik Austria (2021). Personal im Gesundheitswesen – Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal 2020 in Krankenanstalten nach Geschlecht, Fachrichtung und Bundesland. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html). Zugegriffen: 20. Apr. 2022.
- Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M., & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, *76*, 727–734.
- 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.

**Hinweis des Verlags** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.