Ethikkommission
für Berufe in der Pflege
Niedersachsen

Verdeckte Rationierung in der Pflege: Ursachen und Konsequenzen von unerledigten Pflegeleistungen

Ethische Reflexion und Empfehlungen

Langfassung

Empfehlung der
Ethikkommission für Berufe in der Pflege
Niedersachsen

Ethikkommission
für Berufe in der Pflege
Niedersachsen

Verdeckte Rationierung in der Pflege:
Ursachen und Konsequenzen von unerledigten Pflegeleistungen

Ethische Reflexion und Empfehlungen
Langfassung
Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen

Göttingen, 2025

Erarbeitet von der AG Stille Rationierung, Mitglieder:
Katharina Beier (federführend), Felix Berkemeyer, Iris Lauterbach, Martin Pohlmann.

Dieses Werk ist lizensiert unter CC BY-SA 4.0
(Nähere Informationen unter https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)

Vorschlag für die Zitierweise:
Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen (2025)
Verdeckte Rationierung in der Pflege:
Ursachen und Konsequenzen von unerledigten Pflegeleistungen
Ethische Reflexion und Empfehlungen.
Langfassung
Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen,
Göttingen

Impressum

Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen
Vorsitzender: Lutz Schütze, M.Sc.N.
Stellv. Vorsitzende: Prof. Dr. Sabine Wöhlke
Geschäftsstelle
Ethikkommission für Berufe in der Pflege, Niedersachsen
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Telefon: 0551-39 35345
E-Mail: info@pflegeethikkommission-nds.de
Internet: www.pflegeethikkommission-nds.de

Ethikkommission
für Berufe in der Pflege
Niedersachsen

Inhaltsübersicht

1 **Einleitung** 1

2 **Verdeckte Rationierung in der Pflege – ein Problemaufriss** 2

2.1 Exemplarische Situationen aus dem Berufsalltag der Pflege 2

2.2 Hintergrund und Begriffsklärungen 3

2.3 Pflege im Spannungsfeld ökonomischer Steuerungsmechanismen: Ursachen und Auswirkungen auf die Erbringung pflegerischer Leistungen 4

2.4 Das berufsethische Dilemma von Pflegefachpersonen 7

3 **Unerledigt bleibende Pflegeleistungen (missed nursing care) – empirische Befunde** 8

3.1 Häufigkeit 8

3.2 Betroffene Pflegemaßnahmen 9

3.3 Einflussfaktoren 9

3.4 Auswirkungen auf beruflich Pflegende 10

4 **Ethische Reflexion zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Pflege** 11

4.1 Berufsethische und organisationsethische Verantwortung 11

4.2 Strategien im Umgang mit knappen Ressourcen 12

Rationalisierung 12

Priorisierung 13

Rationierung 14

5 **Handlungsbedarfe und Empfehlungen** 16

5.1 Transparenz herstellen 16

5.2 Organisationsethische Verantwortungsübernahme stärken 17

5.3 Aus- und Weiterbildung fördern 18

6 **Ausblick** 18

Literatur 19

Ethikkommission
für Berufe in der Pflege
Niedersachsen

1 Einleitung

Die Pflege ist eine unverzichtbare Säule im Gesundheitswesen. Ohne die Arbeit von Pflegefachpersonen ist eine qualitativ hochwertige, den fachlichen Standards entsprechende gesundheitliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen nicht möglich. Unter den Bedingungen eines ansteigenden Pflegebedarfs – bedingt durch den demographischen Wandel – bei gleichzeitiger Ressourcenknappheit, die insbesondere durch fehlendes bzw. nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal und daraus resultierende zeitliche Beschränkungen gekennzeichnet sind, gerät die Erbringung von notwendigen Pflegemaßnahmen zunehmend unter Druck. In der Folge sind Rationierungen pflegerischer Leistungen nicht auszuschließen. Besonders der Fachkräftemangel führt zu hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck, wodurch notwendige Pflegemaßnahmen nicht rechtzeitig, nicht in vollem Umfang oder gar nicht erbracht werden können und somit – überwiegend verdeckt, d. h. ohne übergeordnete Vorgaben – rationiert werden. Dies hat weitreichende Folgen – für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die Arbeitsbedingungen und Gesundheit von professionell Pflegenden, das berufsethische Selbstverständnis der Profession und nicht zuletzt für die gesellschaftliche Attraktivität des Berufs.

Die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen hält eine Auseinandersetzung mit verdeckter Rationierung in der Pflege, die potentiell alle Bereiche der Pflegearbeit betrifft, für dringend erforderlich. Ihre Empfehlung beleuchtet die strukturellen und ökonomischen Hintergründe, Erscheinungsformen und Folgen einer verdeckten Rationierung pflegefachlicher Maßnahmen sowie die damit verbundenen Herausforderungen aus einer dezidiert pflegeethischen Perspektive.

Mit ihrer Empfehlung will die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Pflegefachpersonen erstens dabei unterstützen, Situationen, in denen als notwendig erachtete pflegefachliche Maßnahmen rationiert werden, bewusst wahrzunehmen und Verteilungsentscheidungen so weit wie möglich ethisch reflektiert zu treffen. Zweitens will sie Pflegefachpersonen dazu ermutigen, Situationen, in denen eine pflegefachlich angemessene Versorgung aufgrund unzureichender Rahmenbedingungen (z. B. Mangel an ausreichend qualifiziertem Personal) gefährdet ist, im Team, gegenüber Vorgesetzten, in Gremien der Ethikberatung, aber auch gegenüber den Pflegebedürftigen proaktiv und offen anzusprechen. Drittens betont die Empfehlung die berufspolitische und organisationsethische Verantwortung, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Pflegefachpersonen dabei unterstützen, ihrer individuellen Verantwortung gegenüber pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden und sie so in ihrem Berufsalltag zu entlasten.

Die Empfehlung beginnt mit einem problemorientierten Einstieg, der anhand fiktiver Fallszenarien exemplarisch die strukturellen und ökonomischen Herausforderungen der professionellen Pflege sowie damit verbundene berufsethische Dilemmata beleuchtet (Abschnitt 2). Abschnitt 3 fasst zentrale empirische Erkenntnisse zu verdeckter Rationierung und den Folgen nicht erbrachter Pflegemaßnahmen (*missed nursing care*) auf der Grundlage internationaler Studien zusammen. In Abschnitt 4 wird der Umgang mit knappen pflegerischen Ressourcen unter Bezugnahme auf die berufsethischen Prinzipien und Werte des ICN-Pflegekodex in den Blick genommen und die Strategien der Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung im Hinblick auf ihre ethischen Chancen und Risiken kritisch reflektiert. Da die Herausforderungen in der Pflege auf individualethischer Ebene allein nicht zu bewältigen sind, erfordert der Umgang mit knappen pflegerischen Ressourcen vor allem eine berufspolitische sowie organisationsethische Verantwortungsübernahme. Abschnitt 5 schließt mit konkreten Empfehlungen, die entsprechende Handlungsbedarfe in den Mittelpunkt stellen.

2 Verdeckte Rationierung in der Pflege – ein Problemaufriss

2.1 Exemplarische Situationen aus dem Berufsalltag der Pflege

Fallszenario 1. Stationäre Pflege: Unterlassene pflegefachliche Beratung

Frau Seiler ist Pflegefachperson in einem Krankenhaus und betreut Herrn Kauer, der aufgrund einer akuten onkologischen Grunderkrankung eine Chemotherapie erhalten soll. Herr Kauer ist sehr verunsichert und stellt Frau Seiler viele Fragen zum Ablauf der Chemotherapie und deren Nebenwirkungen. Da die Station heute erneut personell unterbesetzt ist, antwortet Frau Seiler nur notdürftig, was Herrn Kauer noch mehr verunsichert. Frau Seiler weiß, dass sie Herrn Kauer eigentlich noch zu den Themen Infektions- und Mukositisprophylaxe aufklären und beraten müsste. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung sieht sie keine Möglichkeit dazu. Sie fühlt sich schuldig und hofft, dass die Kolleg:innen in der Folgeschicht die Zeit finden werden, die pflegefachliche Beratung nachzuholen.

Fallszenario 2. Ambulante Pflege: Verzicht auf psychosoziale Betreuung

Herr Vogel ist als ambulant tätige Pflegefachperson auf Hausbesuchen unterwegs. Frau Berg, eine alleinlebende ältere Dame mit Depressionen und Diabetes, benötigt neben der Insulingabe Unterstützung bei der Grundpflege. Der Besuch des Pflegedienstes tut Frau Berg gut, weil er ihr die Möglichkeit für ein Gespräch bietet. Aufgrund des dichten Zeitplans und der strikten Anforderungen an Medikamentengaben bei den nachfolgenden pflegebedürftigen Personen kürzt Herr Vogel den Besuch bei Frau Berg jedoch häufiger – schweren Herzens – ab, indem er die Grundpflege schnell selbst übernimmt. Dadurch verkürzt sich nicht nur die Zeit für ein Gespräch mit ihr, sondern es leidet auch die Selbstständigkeit von Frau Berg.

Fallszenario 3. Stationäre Langzeitpflege: Nicht-Erbringung indizierter Pflegemaßnahmen

Frau Jones arbeitet als Pflegefachperson in einer stationären Pflegeeinrichtung und ist dort für eine Station mit mehreren pflegeintensiven Bewohner:innen verantwortlich. Herr Richter, ein Bewohner mit schwerer Demenz, benötigt täglich Unterstützung bei der Körperpflege und Haarpflege. An diesem Morgen fehlen jedoch mehrere Kolleg:innen krankheitsbedingt, ohne, dass entsprechender Ersatz verfügbar ist. Frau Jones ist in ihrer Schicht daher die einzige Pflegefachperson. Bei der Körperpflege von Herrn Richter, die sie auf eine kurze Gesichtswäsche und Zahnreinigung, beschränkt, fällt ihr auf, dass bei ihm Maßnahmen zur Mundgesundheit erforderlich wären. Frau Jones sieht sich jedoch außer Stande diese Maßnahmen durchzuführen, ohne die Versorgung der anderen Bewohner:innen zu gefährden.

Fallszenario 4. Kinderkrankenpflege: Unterversorgung psychisch kranker Kinder

Herr Yilmaz ist Pflegefachperson auf einer allgemeinpädiatrischen Station. Ein 11-jähriges Kind zeigt Symptome von Angst, wie Zittern und Panikattacken, auch bei pflegerischen Maßnahmen. Herr Yilmaz möchte den gesundheitlichen Bedürfnissen aller Patient:innen gerecht werden. Aufgrund des hohen Patientenaufkommens und des begrenzten Pflegefachpersonals kann er diesen Anspruch jedoch häufig nicht erfüllen. So hat er bei dem betreffenden Kind bereits mehrfach pflegerisch notwendige Maßnahmen unterlassen, da es ihm zeitlich nicht möglich war, auf seine psychischen Abwehrreaktionen

angemessen einzugehen. Herr Yilmaz hat beobachtet, dass andere Kolleg:innen die Reaktionen des Kindes ignorieren und die Pflegemaßnahmen trotzdem vornehmen.

2.2 Hintergrund und Begriffsklärungen

Eine Rationierung im Kontext der Pflege liegt vor, wenn Pflegeleistungen, für die aus pflegefachlicher Sicht ein Bedarf besteht[1], aufgrund von Personal-, Zeitmangel[2] oder unzureichender materieller Ressourcen (z. B. Kochsalzlösung)[3], aufgeschoben, unvollständig oder gar nicht durchgeführt werden können und somit unerledigt bleiben (*missed nursing care*). Mangels berufspolitischer Richtlinien oder gesetzlicher Vorgaben auf der Meso- bzw. Makroebene des Gesundheitswesens erfolgen Rationierungen in der Pflege meist verdeckt (sog. ‚verdeckte' bzw. ‚implizite' Rationierung): Pflegefachpersonen entscheiden im individuellen Kontakt mit pflegebedürftigen Personen (d. h. auf der Mikroebene), welche Pflegeleistungen sie – notgedrungen – eingeschränkt oder gar nicht erbringen (vgl. Fallszenarien 1 und 3).

Verdeckte Rationierungen in der Pflege betreffen sowohl grundlegende als auch komplexe Pflegemaßnahmen; sie finden in der ambulanten wie auch stationären Versorgung statt (Jones et al. 2015; Ball et al. 2014; Halvorsen et al. 2008; Tønessen et al. 2011) und scheinen über die Zeit zuzunehmen (vgl. Renner et al. 2022). Die Auswirkungen knapper pflegerischer Ressourcen sind sowohl interdisziplinär als auch intersektional spürbar. Ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal schränkt die pflegerische und die ärztlich-medizinische Versorgung, etwa durch die Schließung von Einrichtungen und Diensten sowie Stationen und Betten ein (vgl. Bioethikkommission 2024). Zudem kann es zu einer Verlagerung von Belastungen zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems kommen. So führt beispielsweise eine personelle Unterbesetzung in stationären Pflegeeinrichtungen dazu, dass Komplikationen, die mit ausreichend qualifiziertem Pflegefachpersonal bewältigt werden könnten, Krankenhausverlegungen erforderlich machen.

In welchem Ausmaß Pflegefachpersonen Einfluss auf die Verteilung knapper pflegerischer Ressourcen nehmen, ist Gegenstand unterschiedlicher Bewertungen, die sich zum Teil auch in der Verwendung verschiedener Begriffe widerspiegeln. So wird der Begriff der *impliziten Rationierung* in einer Studie, die internationale Pflegefachpersonen befragte, mit einer bewussten, geplanten Entscheidung verbunden: In einer Mangelsituation werden bestimmte Pflegehandlungen gezielt priorisiert, während andere zwangsläufig unterlassen, verzögert oder nur unvollständig ausgeführt werden (vgl. Willis et al. 2021; ähnlich auch Moradi et al. 2023). Demgegenüber wird der Begriff der *fehlenden bzw. unerledigten Pflege (missed nursing care)* eher mit einem unbewussten Entscheidungsprozess assoziiert. Dabei

1 Der Begriff der Rationierung wird in der Debatte um ärztliche Leistungsbegrenzungen auf die Einschränkung nutzbringender Maßnahmen bezogen. Die Einschätzung des Nutzens pflegerischer Maßnahmen, d. h. ihrer Relevanz und Wirksamkeit, wird jedoch dadurch erschwert, dass ihre Erbringung oftmals weniger sichtbar ist als es für medizinische Leistungen der Fall ist und es zudem vielfach an evidenzbasierten Erkenntnissen zur Wirksamkeit pflegefachlicher Interventionen sowie auch zur Feststellung der Pflegequalität fehlt (vgl. Hasseler/Stemmer 2018). Im Bewusstsein dieser Herausforderungen liegt der Empfehlung ein pragmatisches Verständnis pflegerischer Leistungsbeschränkungen zugrunde. Ausgehend von dem in § 4 des Pflegeberufegesetzes formulierten Auftrag der Pflege – Pflegebedarfe zu diagnostizieren sowie den Pflegeprozess zu planen, zu steuern und zu evaluieren – wird von Rationierung dann gesprochen, wenn Pflegefachpersonen sich zu einer Versorgung gezwungen sehen, die diesen Anforderungen nicht gerecht wird.

2 Die Entstehung von Zeitdruck ist eine unmittelbare Folge von Personalknappheit und/oder steigender Arbeitsbelastung (vgl. Mohan 2019).

3 Eine Knappheit an Ressourcen im Gesundheitssystem besteht, wenn die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal, Medikamenten etc. nicht ausreicht, um den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung zu decken (vgl. Bioethikkommission 2024).

bleiben pflegefachlich als notwendig erachtete Maßnahmen ungeplant unerledigt oder werden nur teilweise durchgeführt (vgl. Mantovan et al. 2020) (siehe Tabelle 1). Dem Erleben von Pflegefachpersonen kommt letztere Perspektive vermutlich am nächsten. Der zeitlichen und personellen Not gehorchend rationieren sie pflegefachliche Leistungen überwiegend ungeplant, da unter diesen Bedingungen kaum Zeit für bewusste, reflektierte Verteilungsentscheidungen bleibt (vgl. dazu die Fallszenarien in Abschnitt 2.1). Auch sehen sie sich häufig gezwungen, den Prioritäten anderer Berufsgruppen (z. B. Ärzt:innen, Pflegemanagement) Folge zu leisten (vgl. Woock et al. 2022; Papastavrou et al. 2014). Gleichwohl sind beruflich Pflegende am Ende einer Schicht unweigerlich mit den Folgen ihren mehr oder weniger bewussten, aus der Situation heraus getroffenen Verteilungsentscheidungen in Form von unvollständig oder unerledigt gebliebenen Pflegehandlungen konfrontiert (Mantovan et al. 2020; Scott et al. 2019).

Implizite (verdeckte) Rationierung	**Fehlende/unerledigte Pflegemaßnamen (*missed nursing care*)**
Bewusste Entscheidung: Pflegehandlungen, für die ein Bedarf besteht, werden planvoll unterlassen, verzögert oder unvollständig ausgeführt (vgl. Willis et al. 2021; Moradi et al. 2023).	Unbewusste Entscheidung: Pflegehandlungen, für die ein Bedarf besteht, bleiben ungeplant unerledigt oder unvollständig oder werden ungeplant verzögert (vgl. Mantovan et al. 2020).

Tabelle 1: Pflegefachpersonen treffen Verteilungsentscheidungen in Situationen knapper Ressourcen mangels übergeordneter Vorgaben mehr oder weniger bewusst. Zur Beschreibung von Situationen in denen indizierte Pflegehandlungen mangels Ressourcen nicht erbracht werden können, werden in der Literatur zum Teil verschiedene Begriffe verwendet.

Im Vergleich zur Diskussion über den Umgang mit knappen Ressourcen in der ärztlichen Versorgung (vgl. Nothacker et al. 2019; Marckmann/In der Schmitten 2011) findet der Umgang mit unzureichenden Ressourcen in pflegerischen Versorgungssettings bislang deutlich weniger Aufmerksamkeit (vgl. Primc 2022; Tønnessen et al. 2020; Mohan 2019). So wurden lange Zeit allenfalls die Auswirkungen verdeckter Rationierung auf die Versorgung pflegebedürftiger Personen diskutiert (vgl. Recio-Saucedo et al. 2018; Ball et al. 2018; Schubert et al. 2008). Die ethischen Dilemmata, mit denen Pflegefachpersonen aufgrund knapper Ressourcen in ihrer täglichen Praxis konfrontiert sind, werden jedoch deutlich seltener in den Blick genommen (vgl. Jones et al. 2015; Scott et al. 2020). Weder die strukturellen Zusammenhänge, noch der Umstand, dass eine Rationierung von Pflege überhaupt stattfindet, werden offen benannt. Pflegefachpersonen sehen sich daher mit der Erwartung konfrontiert, pflegerische Maßnahmen trotz unzureichender Rahmenbedingungen uneingeschränkt zu erbringen (vgl. Scott et al. 2019).

2.3 Pflege im Spannungsfeld ökonomischer Steuerungsmechanismen: Ursachen und Auswirkung auf die Erbringung pflegerischer Leistungen

Dass pflegefachlich indizierte Maßnahmen nicht oder nur unzureichend erbracht werden können, hat vielfältige Ursachen. Neben strukturellen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen kommt der fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens eine zentrale Bedeutung zu. Sie setzt pflegerisches Handeln zunehmend unter finanzielle und zeitliche Zwänge. Im Folgenden wird ein Überblick über die Ursachen dieser Entwicklung sowie über deren Auswirkungen auf die Erbringung pflegerischer Leistungen gegeben.

Als Reaktion auf die steigenden Kosten im Gesundheitswesen – bedingt unter anderem durch eine alternde Bevölkerung und zunehmende Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinisch-technischen Fortschritts – hat in den vergangenen vier Jahrzehnten ein tiefgreifender Strukturwandel stattgefunden. Ein zentrales Merkmal dieser Entwicklung ist die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Die Abkehr von solidarischen Finanzierungsprinzipien hin zu marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen betrifft sämtliche Gesundheitsberufe – und damit auch die professionelle Pflege (vgl. Mohan 2019; Deutscher Ethikrat 2016; Madörin 2015). Wettbewerbsfördernde Maßnahmen, die Privatisierung von Versorgungsstrukturen in der ambulanten Pflege sowie neue Finanzierungsmodelle im stationären Bereich – etwa die Einführung von DRGs oder die gedeckelte Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung nach SGB XI – führen dazu, dass Pflegearbeit zunehmend unter ökonomischem Druck steht. Wirtschaftliche Anreize treten dabei immer häufiger in Konkurrenz zu einer bedarfsgerechten Versorgung (vgl. Mohan 2019).[4] Um unter dem bestehenden Kostendruck Ausgaben zu begrenzen, besteht z. B. eine Tendenz, aufwendige oder kostenintensive Pflegeleistungen einzuschränken. In der Krankenhausversorgung kann dies dazu führen, dass Patient:innen mit hohem Pflegebedarf möglichst frühzeitig in eine stationäre Pflegeeinrichtung verlegt werden – auch dann, wenn die Voraussetzungen für eine fachgerechte Versorgung dort nicht gegeben sind.[5]

Die fehlende Definition eines eigenständigen Leistungsprofils der Pflege sowie die Schwierigkeiten, ihre fachlichen Standards gegenüber einer medizinisch geprägten Leistungslogik[6] zu behaupten (vgl. Hasseler 2022; Slotala/Bauer 2009; Leber/Vogt 2020), machen diese zusätzlich anfällig für verdeckte Rationierungen. So bilden z. B. die zur quantitativen Erfassung des Pflegeaufwands eingesetzten Scoring-Instrumente medizinisch-technische Maßnahmen deutlich besser ab als pflegerische Leistungen, die eine ganzheitliche Ausrichtung auf den zu pflegenden Menschen erfordern (vgl. DER 2016). Da professionelle Pflege viele nicht unmittelbar sichtbare Maßnahmen (z. B. Beziehungsarbeit, Prävention) umfasst und die Folgen von deren Nicht-Erbringung weniger eindeutig bestimmbar sind als z. B. bei unterlassenen medizinischen Interventionen, bleiben Rationierungen in der Pflege oftmals unbemerkt (vgl. Igoumenidis/Papastavrou 2021). Dies hat zur Folge, dass Einschränkungen in der pflegerischen Versorgung noch subtiler und weniger offensichtlich ablaufen als in der medizinisch-ärztlichen Behandlung.

Das im Jahr 2020 eingeführte Pflegebudget, das auf einer Selbstkostenbasis (aG-DRG) beruht, löst das Problem der unzureichenden Abbildung pflegefachlicher Leistungen nicht grundsätzlich. Zwar gewährleistet es die vollständige Refinanzierung der tatsächlich anfallenden Pflegepersonalkosten, doch

4 Kritik an der Ökonomisierung professioneller Pflege richtet sich in der Regel nicht gegen das legitime Ziel, begrenzt vorhandene Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen, um eine fachlich adäquate Betreuung aller Pflegebedürftigen zu ermöglichen (vgl. Wessels 2021). Vielmehr wird mit diesem Begriff eine Entwicklung problematisiert, in der sich die Zweck-Mittel-Relation umgekehrt und ökonomische Interessen das eigentliche Ziel und Wesen professioneller Pflege überlagern (vgl. Auth 2013; Baranzke/Güther 2021). Dies kann zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung pflegebedürftiger Menschen führen.

5 Umgekehrt kommt es auch zu Verlegungen von Bewohner:innen in die stationäre Krankenhausversorgung, die bei ausreichend qualifiziertem Fachpersonal an sich in der Pflegeeinrichtung hätten versorgt werden können.

6 Viele pflegefachliche Maßnahmen erfordern eine ärztliche Anordnung und entfallen daher, wenn diese nicht erfolgt. Auch das bis zum Pflegepersonalstärkungsgesetz 2018 geltende Fallpauschalensystem (DRG) im stationären Bereich orientierte sich hauptsächlich an medizinischen Kriterien, indem es lediglich die medizinische Schwere eines Falls erfasste, ohne den damit verbundenen Pflegebedarf abzubilden. In dieser Systematik ist Pflege als eigenständige Leistung weder sichtbar noch erlösrelevant, sondern gilt vielmehr als „Kostenfaktor“, was wiederum Kürzungen von Pflegefachpersonal sowie pflegefachlichen Leistungen begünstigt (zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Pflege, vgl. Manzeschke 2008; Braun et al. 2009, 2010; Simon 2019).

bleiben die strukturellen Rahmenbedingungen bestehen, die verdeckte Rationierungen in der Pflege begünstigen. Selbst wenn Krankenhäuser zusätzliche Stellen im Pflegebereich schaffen, können diese aufgrund des anhaltenden Fachkräftemangels häufig nicht besetzt werden (vgl. Mohan/Reichardt 2023). Darüber hinaus können auch Pflegebudgets Fehlanreize erzeugen: So besteht etwa die Gefahr, dass Einrichtungsträger fachfremde Tätigkeiten dem Pflegebudget zurechnen oder Pflegefachkräfte zunehmend mit nicht-pflegefachlichen Aufgaben betrauen. Dies kann eine Deprofessionalisierung der Pflege zur Folge haben (vgl. Mohan/Reichardt 2023; Mehmecke 2020). Auch bei einer Personalkostendeckung über Pflegebudgets bleibt die transparente Erfassung des individuellen Pflegeaufwands für jede:n Pflegebedürftigen von zentraler Bedeutung, um die pflegerische Versorgung an tatsächlichen Bedarfen orientieren zu können (vgl. Leber/Vogt 2020). Werden pflegefachliche Leistungen, die für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung essenziell sind, im Gesundheitssystem sowie in gesundheitsökonomischen und -politischen Diskursen nicht systematisch berücksichtigt, besteht die Gefahr, dass Entscheidungen zur Begrenzung pflegerischer Maßnahmen oder zur Personalausstattung im Verborgenen und ohne ausreichende fachliche Grundlage getroffen werden (vgl. Hasseler 2022).

Der Einfluss ökonomischer Handlungslogiken, der es Pflegefachpersonen erschwert, eine den professionsethischen und fachlichen Standards entsprechende Versorgung zu gewährleisten, ist in der beruflichen Praxis spürbar (vgl. Mohan 2019; Slotala et al. 2008; Brause et al. 2010). Pflegerische Leistungen müssen im Angesicht einer zunehmend pflegebedürftigen Bevölkerung in immer größerem Umfang erbracht werden – gleichzeitig jedoch mit weniger Personal und unter folglich zunehmendem Zeitdruck. In Verbindung mit dem Bemühen, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen, führt dies zu einer massiven Beschleunigung und Arbeitsverdichtung für das pflegerische Fachpersonal, aber auch zu Qualitätsverlusten in der Versorgung. In der ambulanten Pflege besteht beispielsweise die Gefahr, dass notwendige Pflege- und Betreuungsleistungen unterbleiben, weil sie durch Pflegebudgets oder bestimmte Vergütungssätze nicht oder zumindest nicht ausreichend abgedeckt sind. Dies betrifft z. B. soziale Pflegebeziehungselemente (vgl. Baranzke/Güther 2021). Wenn diese unberücksichtigt bleiben, geraten Pflegefachpersonen in die Situation, eine Versorgung leisten zu müssen, die den Anforderungen einer ganzheitlichen – d. h. soziale und psychische Bedürfnisse einschließenden –Pflege widerspricht (siehe Fallszenario 2). Auch der Fachkräftemangel (Rennert et al. 2022; Drupp/Meyer 2020; Jacobs et al. 2019; Stemmer 2021; BKK 2022) und die zunehmenden Dokumentationsanforderungen tragen dazu bei, dass pflegefachlich indizierte Maßnahmen nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden können. Die Dokumentationspraxis in der Pflege verdeutlichen exemplarisch die paradoxen Anreizstrukturen, denen Pflegende unterliegen: Führt Zeitmangel zu einer reduzierten Dokumentation, kann dies eine geringere Personalbemessung nach sich ziehen. Umgekehrt kann eine ausführliche Dokumentation den Eindruck erwecken, personelle Kapazitäten seien ausreichend vorhanden – was ebenfalls eine Reduzierung des Personalschlüssels zur Folge haben kann (vgl. Langer et al. 2009).

Obgleich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens alle Berufsgruppen betrifft, verfügen diese über unterschiedlich ausgeprägte Macht- und Gestaltungsspielräume, um auf die veränderten Rahmenbedingungen zu reagieren (vgl. Slotala/Bauer 2009). Die Pflegefachberufe haben im Gesundheitssystem keine festgelegte strukturelle Verantwortung und daher keinen Einfluss darauf, wie ihre Leistungen erbracht und finanziert werden. In den meisten Gremien und Strukturen des Gesundheitssystems, wie auch in den Einrichtungen selbst (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Langzeitpflege etc.), entscheiden andere Berufe über die Art und Weise der pflegefachlichen

Versorgung (vgl. DER 2016: 80 f.). So hat die Pflege z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kein Stimmrecht.[7] Diese von struktureller Machtlosigkeit geprägten Arbeitsbedingungen behindern nicht nur eine gleichberechtigte Teilhabe an politischen Entscheidungsprozessen, sondern bleiben vielen Pflegefachpersonen in ihrer systemischen Tragweite oft verborgen – was ihre Möglichkeiten zur Interessenvertretung zusätzlich einschränkt (vgl. Giese 2022).

2.4 Das berufsethische Dilemma von Pflegefachpersonen

Das pflegerische Berufsethos verpflichtet nicht nur zu einer qualitativ hochwertigen, an fachlichen Standards orientierten Pflege, sondern ebenso zu einer respektvollen und personenzentrierten Versorgung pflegebedürftiger Menschen (vgl. ICN-Kodex). Im Sinne einer Ethik der Fürsorge (*ethics of care*), die die Beziehung zum individuellen, auf Pflege angewiesenen Menschen in den Mittelpunkt stellt, geht dies mit einer besonderen moralischen Verantwortung der Pflegefachpersonen einher.[8] Unter den Bedingungen zunehmender Zeit- und Personalengpässe sowie eines wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen können Pflegefachpersonen diesen ethischen Ansprüchen jedoch kaum noch in vollem Umfang gerecht werden.

Auch wenn Pflegefachpersonen für den Mangel an qualifiziertem Personal und die daraus resultierenden Versorgungsengpässe keine Verantwortung tragen, fungieren sie in der Praxis gezwungenermaßen als „Gatekeeper“, wem, in welcher Situation, welche Pflegeleistung, in welcher Reihenfolge zuteilwird (vgl. Primc 2022; Jones 2021). Die Verknappung von Ressourcen bei gleichzeitig steigender Arbeitsverdichtung geht für beruflich Pflegende mit physischen und psychischen, aber auch moralischen Belastungen einher.[9] Diese Belastungen sind unmittelbar mit ihrer spezifischen berufsethischen Verantwortung verbunden. Dass Pflegefachpersonen sich aufgrund fehlender personeller, zeitlicher oder materieller Ressourcen gezwungen sehen – wider besseres Wissen – eine hinter pflegefachlichen und professionsethischen Standards zurückbleibende Versorgung anzubieten bzw. nicht mehr alle Pflegebedürftigen gleichermaßen auf dem erforderlichen Qualitätsniveau pflegen zu können, stellt sie vor ein ethisches Dilemma: Auf der einen Seite tragen sie Verantwortung für eine gerechte Verteilung pflegerischer Ressourcen (vgl. ICN-Ethikkodex) und wollen den fachlichen und ethischen Ansprüchen ihres Berufes gerecht werden. Dazu gehört es insbesondere, die pflegerischen Bedarfe von pflegebedürftigen Personen zu erkennen, pflegerisch einzuschätzen, Pflegemaßnahmen zu kommunizieren und fachlich korrekt durchzuführen. Auf der anderen Seite lassen die von Personal- und Zeitnot geprägten Rahmenbedingungen eine solche, im Einklang mit den professionsethischen Werten und Normen stehende Pflege oftmals nicht (mehr) zu. Pflegefachpersonen sehen sich daher gezwungen, Strategien zu entwickeln, um bestehende Versorgungsdefizite – nicht selten auf eigene Kosten – zu kompensieren. Dazu zählen das Arbeiten unter erhöhtem Zeit- und Leistungsdruck, das Leisten von Überstunden, das Unterschreiten personeller Mindestbesetzungen sowie gegebenenfalls auch die verdeckte Rationierung pflegefachlich notwendiger Maßnahmen (vgl. Mohan 2019). Oftmals geht dies mit

7 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und entscheidet darüber, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

8 Als moralische Haltung einer Ethik der Fürsorge werden insbesondere „attentiveness“ (Aufmerksamkeit), „responsibility“ (Verantwortlichkeit), „competence“ (Kompetenz), „responsiveness“ (Antwortfähigkeit) und „mindfulness“ (Achtsamkeit) vorausgesetzt (vgl. Tronto 1993).

9 In der von Auffenberg et al. (2022) durchgeführten Potenzialanalyse zu Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften belegt der Wunsch nach „mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal“ den ersten Rang unter den Arbeitsbedingungen, die sich verbessern müssten, um Berufsaussteiger zu einer Rückkehr in den Beruf zu motivieren.

dequalifizierenden bzw. deprofessionalisierenden Effekten einher (vgl. DER 2016; Baranzke/Güther 2021). So werden pflegefachliche Leistungen z. B. an nicht ausreichend qualifizierte Hilfskräfte ausgelagert, auf eine ökonomisch getaktete „Minutenpflege" reduziert oder als nachrangig gegenüber biomedizinischen Versorgungsaufgaben behandelt. Dies gefährdet nicht nur die die Qualität der pflegerischen Versorgung, sondern auch die professionelle Identität der Pflege.

Die Rationierung pflegerischer Maßnahmen und das daraus folgende Phänomen unerledigt bleibender Pflegeleistungen rührt an den moralischen Grundfesten des Pflegeberufs und widerspricht den pflegeethischen Berufspflichten, wie sie in den einschlägigen berufsethischen Kodizes (ICN-Ethikkodex, Ethikkodex der DGF) verankert sind. Werden Einschränkungen bei der Erbringung notwendiger pflegerischer Leistungen unausweichlich, können diese professionsethischen Vorgaben Pflegefachpersonen zusätzlich belasten, da sie den Gegensatz zwischen moralischem Anspruch und gelebter Praxis unmittelbar vor Augen führen (vgl. Klotz/Riedel 2023; Luderer/Meyer 2018). Dies kann zum einen den moralischen Stress von Pflegefachpersonen erhöhen; zum anderen besteht die Gefahr, dass das pflegerische Berufsethos, wenn es konstant als etwas Unrealistisches, Nicht-Lebbares erfahren wird, an Bedeutung verliert (vgl. Wöhlke/Riedel 2023). Eine solche Entwicklung kann sich auch negativ auf die Vermittlung des beruflichen Ethos in der pflegefachlichen Ausbildung auswirken: Wenn Auszubildende von Beginn an die Erfahrung machen, dass die gelehrten pflegefachlichen Standards und Kompetenzen in der Praxis nicht einzuhalten bzw. nicht anzuwenden sind, kann dies die pragmatische Akzeptanz von unerledigter Pflege als Teil der beruflichen Sozialisation für nachkommende Berufsgenerationen zementieren (vgl. Gibbon/Crane 2018; Suhonen et al. 2021).

3 Unerledigt bleibende Pflegeleistungen (*missed nursing care*) – empirische Befunde

Das Phänomen nicht erbrachter oder nicht fachgerecht ausgeführter pflegerischer Maßnahmen ist seit Mitte der 2010er Jahre Gegenstand zahlreicher, vorwiegend internationaler Studien. Es besteht jedoch keine einheitliche Nomenklatur zu dessen Beschreibung (vgl. Jones et al. 2021). Inhaltlich lässt sich jedoch eine Schnittmenge der verwendeten Begriffe – wie etwa „missed nursing care" oder „unfinished nursing care" – identifizieren: Sie beschreiben Verzögerungen, unvollständige Ausführungen oder das Ausbleiben indizierter pflegefachlicher Maßnahmen, die als notwendige Reaktion von Pflegefachpersonen auf systemisch bedingte Mangelsituationen verstanden werden. Moralisch betrachtet heben die Begriffe jedoch unterschiedliche Verantwortungs- und Schuldzuweisungen hervor: Während „versäumte" oder „unterlassene" Pflegehandlungen eine ethische Pflichtverletzung und persönliche Verantwortung von Pflegefachpersonen implizieren, erscheint der Begriff „unerledigte" Pflegemaßnahmen neutraler und stellt die strukturellen Ursachen in den Vordergrund (vgl. ebd.).

3.1 Häufigkeit

Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen in die Entscheidung, indizierte pflegerische Interventionen in der individuellen Versorgung von zu Pflegenden zu beschränken oder ganz auszusetzen, unmittelbar involviert sind. Wie sie in den jeweiligen Situationen konkret reagieren, was sie priorisieren oder ggf. unerledigt lassen, liegt in ihrem Ermessen (vgl. Harvey et al. 2020). Zudem zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit professionell Pflegender regelmäßig die Erfahrung macht, pflegefachlich notwendige Maßnahmen wider besseres Wissen nicht erbringen zu können. Im Rahmen eines Reviews, für den 54 internationale Studien zu nicht erbrachten Pflegeleistungen (*missed care*) ausgewertet wurden, gaben

zwischen 55 % bis 98 % der Pflegefachpersonen an, zumindest eine pflegerisch notwendige Aufgabe nicht ausgeführt zu haben (vgl. Jones et al. 2015). Eine Meta-Analyse europäischer Studien zeigt, dass zwischen 75 % und 93 % der Pflegefachpersonen aufgrund fehlender Ressourcen in der letzten Schicht eine notwendige Pflegehandlung nicht durchführen konnten (vgl. Griffiths et al. 2018). Eine aktuelle Studie mit österreichischen Pflegefachpersonen ergab, dass 84 % innerhalb der letzten zwei Wochen mindestens eine notwendige Tätigkeit in der akuten Patient:innenversorgung nicht durchgeführt haben (vgl. Cataxo et al. 2022). In einer Befragung von mehr als 1.500 Pflegefachpersonen in Deutschland gaben sogar 93 % an, mindestens eine Pflegehandlung in der letzten Schicht nicht ausgeführt zu haben (vgl. Zander et al. 2014; Ausserhofer et al. 2014).

3.2 Betroffene Pflegemaßnahmen

Unerledigte Pflegeleistungen als solche identifizieren zu können setzt voraus, dass der notwendige Pflegebedarf festgestellt ist. Eine solche Objektivierung wird allerdings dadurch erschwert, dass die Planung der Pflege und Definition der Versorgungsziele häufig als erste von einer Rationierung betroffen sind (vgl. Primc/Nolte 2022). Ungeachtet dieser Herausforderung zeichnen die vorliegenden Studien aus verschiedenen pflegerischen Settings ein weitgehend einheitliches Bild. So werden pflegefachliche Maßnahmen, die essentieller Bestandteil des pflegerischen Berufsauftrags sind (z. B. Prävention, Pflegeplanung, Information und Anleitung, Rehabilitation, Kommunikation mit und psychosoziale Betreuung von Patient:innen/Bewohner:innen und Angehörigen), deutlich häufiger eingeschränkt oder nicht erbracht als Tätigkeiten, die einer ärztlichen Anordnung unterliegen (z. B. Gabe von Medikamenten oder die Überwachung von Patient:innen) (vgl. Griffiths et al. 2018; Kleinknecht-Dolf 2015; Ball et al. 2014; Papastavrou et al. 2014; Zúñiga et al. 2015; Jones et al. 2015; Schubert et al. 2013; Slotala et al. 2008). In der von Zander et al. 2014 in Deutschland durchgeführten Studie lag der Durchschnitt der in der letzten Schicht vernachlässigten Pflegetätigkeiten bei 4,7 von 13 zur Auswahl gestellten Pflegemaßnahmen. Am häufigsten davon betroffen waren „Zuwendung/Patientengespräche“ (82 %), „Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplänen/Pflegebehandlungspfaden“ (54 %), „Beratung/Anleitung“ (54 %) sowie die „Planung der Pflege“ (43 %). Im Gegensatz dazu wurde auf medizinnahe Tätigkeiten, wie z. B. die „Patientenüberwachung“ (37 %), „Behandlungen und Prozeduren“ (15 %), „Schmerzmanagement“ (19 %), „zeitgerechte Medikation“ (21 %) und „regelmäßiges Umlagern“ (22 %), deutlich seltener verzichtet (vgl. Zander et al. 2014). Dass Pflegefachpersonen in Situationen knapper Ressourcen vorrangig genuine pflegerische Maßnahmen einschränken, weist das u. a. auf die Fremdbestimmtheit der Profession hin. Werden seitens der Pflege primär medizinnahe Tätigkeiten erbracht, hat dies langfristig Auswirkungen auf das professionelle Selbstverständnis der Pflege (vgl. Primc 2022).

3.3 Einflussfaktoren

Wenn Pflegefachpersonen in der unmittelbaren Versorgung pflegefachlich indizierte Maßnahmen verdeckt rationieren, begründen sie dies in erster Linie mit der wahrgenommenen Dringlichkeit anderer Maßnahmen (vgl. Harvey et al. 2020; Papastavrou et al. 2014). Dabei handelt es sich allerdings um eine subjektive Einschätzung, die u. a. vom beruflichen Selbstverständnis der Pflegefachperson abhängig ist (vgl. Primc 2022). Als unerledigte Pflegeleistungen begünstigende Faktoren werden insbesondere das Fehlen ausreichender Personalressourcen – auch mit Blick auf die notwendige Qualifikation – sowie

ungünstige arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen hervorgehoben. Dazu zählen etwa Multitasking, häufige Unterbrechungen sowie eine erhöhte Dynamik bei Aufnahme und Entlassung (vgl. Mayer et al. 2024; Mohan 2019). Gleichwohl ist Rationierung nicht ausschließlich das Resultat knapper Ressourcen, sondern wird auch durch weitere Aspekte beeinflusst, wie z. B. individuelle bzw. im Team vorherrschende Werthaltungen, das Vorhandensein einer Fehlerkultur, das Verhältnis zwischen Pflegefachperson und Patient:in oder mangelnde Unterstützung durch direkte Vorgesetzte (vgl. Mayer et al. 2024; Cartaxo et al. 2022; Primc 2022; Schubert et al. 2008; Papastavrou et al. 2014).

3.4 Auswirkungen auf beruflich Pflegende

Bei Pflegefachpersonen löst das Bewusstsein, dass Pflegeleistungen nicht, unvollständig oder verzögert erbracht werden, häufig Gefühle von Scham und Schuld aus (vgl. Suhonen et al. 2021; Kleinknecht-Dolf 2015; siehe auch Fallszenario 1)[10]. Auch wirken sich verdeckte Rationierungen negativ auf deren Gesundheit, Zufriedenheit und Arbeitsmotivation aus, betreffen aber auch die Ausübung der Pflegearbeit selbst sowie die Zusammenarbeit im Team. So kann es dazu kommen, dass Pflege(fach)personen sprachlich „verrohen“ oder gar Zwang gegenüber zu Pflegenden anwenden (siehe Fallszenario 4). Ebenso können unsolidarisches bzw. unkollegiales Verhalten die Zusammenarbeit im Team belasten (vgl. Mohan 2019)[11].

Machen beruflich Pflegende in ihrem Arbeitsalltag wiederholt die Erfahrung, ihre professionsethischen Werte nicht realisieren zu können bzw. zu einer Pflegepraxis gezwungen zu sein, die ihrem professionellen Selbstverständnis widerspricht, kann dies zu moralischem Stress führen (vgl. Wöhlke 2025). Moralischer Stress tritt auf, wenn institutionelle Umstände oder Rahmenbedingungen Pflegefachpersonen daran hindern, nach den von ihnen als richtig erkannten moralischen Werten zu handeln. Gefühle von Wut, Machtlosigkeit und Frustration, aber auch Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens können die Folge sein (vgl. Suhonen et al. 2021; Mayer et al. 2024; Petersen/Melzer 2023; Kleinknecht-Dolf 2015). Zu berücksichtigen ist auch, dass Pflegefachpersonen durch außergewöhnliche Vorkommnisse in der Patientenversorgung (z. B. die Gefährdung von pflegebedürftigen Personen durch eine qualitativ eingeschränkte Pflege) traumatisiert werden können (sog. *Second-Victim*-Phänomen, vgl. dazu Strametz et al. 2020). Die Auswirkungen von moralischem Stress können so gravierend sein, dass Pflegefachpersonen sich zwecks Selbstschutz gegenüber den als unerfüllbar wahrgenommenen Anforderungen „kalt machen“, d. h. sich emotional oder auch physisch von den zu Pflegenden distanzieren und gleichgültig werden, um unter den bestehenden Sachzwängen überhaupt noch „funktionieren“ zu können (vgl. Kersting 2019; Wöhlke 2025). In manchen Fällen führt dies auch zu einem vorzeitigen Berufsausstieg.

10 In der Studie von Kleinknecht-Dolf et al., die Pflegefachpersonen in der Schweiz zu ihrer Wahrnehmung von Situationen, in denen sie notgedrungen Abstriche in der Patientenversorgung machen mussten, befragt hat, werden diese Schuldgefühle und die damit verbundene individuelle moralische Belastung deutlich: „Ich musste der blinden Patientin sagen, dass ich im Moment absolut keine Zeit für sie habe. Da habe ich mir gedacht, was bin ich für eine Person, dass ich jetzt eine hilfsbedürftige Patientin einfach sitzen lassen muss.“; „Ich fühle mich total unzufrieden. Ich denke, vielleicht schaffe ich nicht schnell genug. Ich suche den Fehler dann bei mir.“ (Kleinknecht-Dolf 2015: 125f.).

11 Dazu kann z. B. die fehlende Unterstützung neuer Kolleg:innen, eine unzureichende Anleitung von Pflegeschüler:innen, oder die selektive Auswahl ‚unkomplizierter‘ Patient:innen bzw. Bewohner:innen zulasten von Kolleg:innen, die damit mehrere ‚komplizierte‘ pflegebedürftige Personen betreuen müssen, gehören.

4 Ethische Reflexion zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Pflege

4.1 Berufsethische und organisationsethische Verantwortung

Ethisch und rechtlich ist ein sparsamer und wirtschaftlicher Einsatz vorhandener Gesundheitsressourcen geboten. Sowohl für Leistungen nach § 12 SGB V als auch nach § 29 SGB XI gilt, dass diese zweckmäßig bzw. wirksam und wirtschaftlich sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht übersteigen“ dürfen. Dies soll dazu beitragen, die begrenzt vorhandenen Ressourcen möglichst gerecht unter denjenigen zu verteilen, die auf professionelle Pflegemaßnahmen angewiesen sind. Der ICN-Ethikkodex verpflichtet Pflegefachpersonen entsprechend dazu, sich für Chancengerechtigkeit und soziale Gerechtigkeit bei der Ressourcenzuteilung sowie beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und sozialen Dienstleistungen einzusetzen (vgl. ICN-Ethikkodex 1.7). Dabei versteht sich der Ethikkodex nicht als starre Verhaltensvorgabe, sondern bietet einen normativen Orientierungsrahmen für eine ethisch reflektierte Pflegepraxis und Entscheidungsfindung. Durch die darin formulierten Werte wie Respekt, Gerechtigkeit, Empathie, Verlässlichkeit, Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität (vgl. ICN-Ethikkodex 1.8) unterstützt der Kodex Pflegefachpersonen dabei, ethische Spannungsfelder im Berufsalltag bewusst wahrzunehmen und ihre moralische Integrität auch unter schwierigen Bedingungen zu wahren. Indem der ICN-Ethikkodex die primäre Verantwortung von Pflegefachpersonen gegenüber den zu pflegenden Menschen betont, bestärkt er sie darin, ihren berufsethischen Auftrag gegen sachfremde, etwa ökonomisch motivierte, Einflussnahmen zu verteidigen.

Angesichts personeller Engpässe ist es nahezu unvermeidbar, dass Pflegefachpersonen bestimmte pflegerische Leistungen notgedrungen rationieren (vgl. Fallszenarien in Abschnitt 2.1). Die Erwartung, dass sie solche ethisch herausfordernden Situationen eigenständig bewältigen und alleinverantwortlich entscheiden, welche Maßnahmen verkürzt oder ausgelassen werden, ist vor dem Hintergrund des pflegerischen Ethos eine unzumutbare Belastung. Individualethische Verantwortungszuschreibungen für Verteilungsentscheidungen unter Bedingungen von Personal- und Zeitmangel stoßen somit an ihre Grenzen: Pflegefachpersonen können weder die strukturellen Rahmenbedingungen aus eigener Kraft verändern noch die daraus resultierenden Versorgungslücken dauerhaft kompensieren. Der Umgang damit bzw. die Vermeidung von unerledigten Pflegeleistungen sind daher in erster Linie organisationsethische sowie berufs- und gesundheitspolitische Aufgaben, die verschiedene Strategien erfordern (vgl. Longhini et al. 2021; Albisser Schleger 2023).

Entsprechend weist der ICN-Ethikkodex Pflegefachpersonen eine geteilte Verantwortung mit der Gesellschaft für die gerechte Verteilung pflegerischer Ressourcen zu. Organisationen, in denen professionelle Pflege erbracht wird, tragen, Verantwortung dafür, die Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung so zu gestalten, dass diese moralisch verantwortungsvoll und im besten Interesse der zu Pflegenden, Mitarbeitenden, Umwelt und Gesellschaft erfolgen kann. In Form von Leitlinien oder Verhaltenskodizes können Organisationen etwa zentrale ethische Werte, Prinzipien und Normen definieren, die das Handeln und die Entscheidungsfindung in Behandlungsteams und die Strukturen innerhalb von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen leiten sollen (vgl. Woellert 2022). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche konkreten Strategien Pflegefachpersonen bzw. Pflegeinstitutionen entwickeln und anwenden können, um mit knappen pflegerischen Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen und *missed nursing care* möglichst zu vermeiden.

4.2 Strategien im Umgang mit knappen Ressourcen

In der ethischen Debatte über den Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen werden insbesondere drei Strategien diskutiert: Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung (vgl. Schmidt 2021; Marckmann/In der Schmitten 2011). Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie sowohl organisationsethische als auch gesundheitspolitische Steuerungsverantwortung erfordern, da sie strukturelle Entscheidungen und normative Leitlinien voraussetzen, die nicht von einzelnen Akteuren im Gesundheitssystem allein getroffen oder gestaltet werden können. Im Bereich der Pflege werden diese Strategien bislang jedoch nur selten systematisch betrachtet und hinsichtlich ihrer ethischen Implikationen analysiert. Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden die Chancen und Risiken von Rationalisierung, Priorisierung sowie der in diesem Papier besonders fokussierten (verdeckten) Rationierung aus ethischer Perspektive im Hinblick auf das professionelle pflegerische Handeln reflektiert werden.

Rationalisierung

Rationalisierungen zielen in einem betriebswirtschaftlichen Sinne darauf ab, die Effizienz bei der Herstellung bestimmter Güter zu steigern. Mit einem möglichst geringen Einsatz von Mitteln (z. B. Senkung der Kosten durch Prozessoptimierung) sollen mindestens gleichbleibende oder sogar bessere Resultate erzielt werden. Pflege ist indessen ein vielschichtiger zwischenmenschlicher Prozess, in dem Qualität und Empathie eine zentrale Rolle spielen. Die unkritische Übertragung eines Rationalisierungsdenkens, das seinen Ursprung in der betrieblichen Produktionslogik hat, auf den Pflegebereich ist daher aus ethischer Sicht problematisch. Konkret besteht die Gefahr, dass Maßnahmen zur Effizienzsteigerung – etwa die Auslagerung pflegerischer Tätigkeiten an Hilfskräfte oder die Standardisierung von Arbeitsabläufen – die Beziehungsqualität in der professionellen Pflege erheblich beeinträchtigen. Im Rahmen eines produktionslogischen Arbeitsverständnisses wird Pflege ihrer zentralen Dimension als Beziehungs- und Interaktionsberuf entkleidet. Stattdessen tritt eine depersonalisierende „Verrichtungsmentalität“ in den Vordergrund, bei der pflegerische Handlungen als funktionale Bestandteile nur noch mechanisch und isoliert „abgearbeitet“ werden. Dies geschieht auf Kosten einer ganzheitlichen Pflege, die die Würde und Integrität der betreuten Menschen in den Mittelpunkt stellt (vgl. Baranzke/Güther 2021; mit Blick auf die Schweiz vgl. Madörin 2015).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass nicht eindeutig feststeht, welche Maßnahmen tatsächlich zu einer Effizienzsteigerung führen und Kosten einsparen (vgl. Schmidt 2021). Angesichts der Komplexität pflegerischer Tätigkeiten lässt sich die Wirksamkeit entsprechender Strategien nur schwer belegen. Selbst wenn in bestimmten Bereichen der Pflege Rationalisierungspotenziale bestehen, lassen sich diese durch das Handeln einzelner Pflegefachpersonen kaum ausschöpfen. Eine nachhaltige Verbesserung des Verhältnisses zwischen eingesetzten Mitteln und erreichbaren Ergebnissen erfordert koordinierte Maßnahmen auf übergeordneter Ebene – etwa durch interprofessionelle Teams, Stationsleitungen oder die Pflegedirektion bzw. Pflegeheimleitung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Rationalisierungsmaßnahmen unerwünschte Nebenwirkungen haben können, etwa eine Zunahme bürokratischer Anforderungen (vgl. Schmidt 2021). In der Pflege ist zudem mit einer weiteren Arbeitsverdichtung als Folge solcher Maßnahmen zu rechnen. Diese lässt sich jedoch angesichts der bereits bestehenden Belastungssituation weder unbegrenzt steigern noch als dauerhafte Lösung aufrechterhalten. Selbst wenn Prozessoptimierungen in einzelnen Bereichen – etwa durch Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit oder Effizienzsteigerungen mittels Digitalisierung (wobei jedoch Gefahren einer Dekontextualisierung von Datenaggregationen bestehen) – Kapazitäten freizusetzen vermögen,

reichen Maßnahmen der Rationalisierung allein nicht aus, um die Arbeitssituation in der Pflege dauerhaft zu entspannen. Potenziale zur Rationalisierung liegen vielmehr langfristig in einer Stärkung der evidenzbasierten Pflege (vgl. ICN-Ethikkodex 1.10). So könnten beispielsweise pflegerische Maßnahmen mit geringem oder nicht nachweisbarem Nutzen identifiziert und gegebenenfalls reduziert oder ganz eingestellt werden.[12] Voraussetzung dafür ist eine verbesserte Evidenzbasis pflegerischer Interventionen durch Forschung sowie ein gezielter Transfer in die Praxis. Auf dieser Grundlage wären Pflegefachpersonen in der Lage fundiertere Entscheidungen über die Relevanz und Priorität einzelner Maßnahmen zu treffen – was sowohl Über- als auch Unterversorgung entgegenwirken kann. Bei alldem sollte jedoch stets bedacht werden, dass Rationalisierung aufgrund der ihr innewohnenden Logik mit Anforderungen an helfende Berufe meist schwer zu vereinbaren ist.

Priorisierung

Eine weitere für den Umgang mit unzureichenden Ressourcen diskutierte Strategie ist die Priorisierung. Unter Priorisierung wird die kriteriengeleitete Festlegung von Ranglisten, z. B. mit Blick auf Maßnahmen, Versorgungsbereiche, Patientengruppen etc. verstanden. Dabei setzt die Festlegung solcher Ranglisten in der Regel Entscheidungen auf einer übergeordneten, (berufs-)politischen Ebene voraus. Im Kontext der Pflege findet eine solche durch übergeordnete Strategien geleitete Priorisierung jedoch selten statt. Gleichwohl sind Pflegefachpersonen in ihrer Arbeitspraxis regelmäßig damit konfrontiert, ihre Aufgaben zu priorisieren, etwa indem sie situationsbezogen die Dringlichkeit anstehender Pflegemaßnahmen einschätzen (vgl. Suhonen et al. 2018; Mantovan et al. 2020). Eine solche Prioritätensetzung ist sowohl fachlich, als auch ethisch begründet. Eine angemessene, bedarfsgerechte Versorgung von Patient:innen oder Bewohner:innen wird nicht durch eine strikte Gleichbehandlung sichergestellt, sondern erfordert ein Vorgehen, das sich am individuellen Bedarf orientiert. Die nachrangige Einstufung einer Pflegemaßnahme (Posteriorisierung) kann daher Ausdruck einer ethisch reflektierten Entscheidung sein – vorausgesetzt, sie basiert auf einer fundierten Einschätzung der konkreten Pflegesituation sowie der Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person. Solche Einschätzungen verlangen Pflegefachpersonen, selbst bei ausreichend vorhandenen Ressourcen, ein hohes Maß an Urteils- und Reflexionsvermögen ab.

Im Kontext knapper personeller Ressourcen sind Priorisierungen – insbesondere, wenn sie keinen übergeordneten Kriterien folgen – mit ethischen Herausforderungen verbunden: Erstens besteht die Gefahr, dass Priorisierungen unbeabsichtigt in eine faktische Rationierung münden. Nehmen Pflegefachpersonen im Rahmen einer personell unterbesetzten Schicht etwa ein Ranking der anstehenden Aufgaben vor (z. B. nach dem Kriterium der Dringlichkeit), ist nicht auszuschließen, dass für als nachrangig eingestufte, aber dennoch für die zu Pflegenden durchaus nutzbringende Maßnahmen am Ende keine Zeit mehr bleibt und diese notgedrungen entfallen. Solche Entscheidungen sind zwar häufig notwendig, können jedoch langfristig keine Lösung bieten. Denn Priorisierungen unter Bedingungen anhaltender Ressourcenknappheit führen letztlich nicht zu einer Verbesserung der Situation, sondern verfestigen strukturelle Mängel im Versorgungssystem. Zweitens sind Konflikte mit dem Prinzip der Gerechtigkeit nicht auszuschließen. So ist denkbar, dass Pflegefachpersonen auf individueller Ebene

12 Zu berücksichtigen ist hierbei, dass der Nachweis der Evidenz pflegerischer Maßnahmen besonders dann schwierig ist, wenn diese nicht auf isolierte technische Handlungen beschränkt sind, sondern das komplexe Zusammenspiel mit psychosozialen Aspekten, die das Wesen pflegerischer Professionalität ausmachen, umfassen (vgl. Schmidt 2021).

Prioritäten unterschiedlich setzen[13] oder in Reaktion auf knappe Ressourcen eigene, von pflegefachlichen Standards abweichende Vorgehensweisen entwickeln. Erfolgen solche Entscheidungen nicht im Rahmen eines übergeordneten, z. B. teamintern abgestimmten Prozesses, besteht die Gefahr idiosynkratischer Handlungsweisen. Diese können unbeabsichtigt zu Ungleichbehandlungen führen und damit diskriminierende Effekte in der pflegerischen Versorgung zur Folge haben. Daher sollten kollektive Abstimmungsprozesse zur Prioritätensetzung nicht nur einheitliche Kriterien etablieren, sondern auch berücksichtigen, wie zunächst zurückgestellte pflegerische Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden können (vgl. Fallszenario 1). Eine dritte, eng damit verbundene Herausforderung betrifft die Frage, nach welchen Kriterien pflegefachliche Aufgaben priorisiert werden sollten. Eine ethisch begründete Festlegung von Rangfolgen – etwa auf Abteilungs- oder Einrichtungsebene, innerhalb von Fachgruppen oder im berufspolitischen Kontext – trägt dazu bei, ein konsistentes und damit gerechtes Vorgehen innerhalb von Teams und über verschiedene Arbeitsbereiche hinweg zu gewährleisten. Empirische Studien zeigen, dass Prioritätensetzungen in der Pflege häufig von medizinischen Anforderungen dominiert werden. Gleichzeitig neigen Pflegefachpersonen dazu, ihre eigene professionelle Rolle zu unterschätzen und sich anderen Berufsgruppen unterzuordnen (vgl. Mohan 2019). Damit Pflegefachpersonen ihrem professionellen Auftrag gerecht werden können, bedarf es nicht nur ausreichender Handlungsautonomie, sondern auch eines gegenseitigen Verständnisses zwischen den Berufsgruppen – insbesondere im Hinblick auf ihre jeweiligen professionsspezifischen Anforderungen und Handlungslogiken (vgl. Mohan 2019).[14]

Rationierung

Die Nichterbringung notwendiger pflegerischer Leistungen steht im Widerspruch zu den ethischen Prinzipien des Wohltuns bzw. des Nicht-Schadens, der Gerechtigkeit sowie dem Respekt vor der Autonomie der zu Pflegenden. So kann die Rationierung von Pflegemaßnahmen etwa die Gesundheit von Pflegebedürftigen gefährden, zu einer Benachteiligung bestimmter Personengruppen führen und die Möglichkeit zur selbstbestimmten Entscheidung über gesundheitliche Maßnahmen einschränken. Aus ethischer Sicht gelten Rationierungen daher als *ultima ratio*. Das heißt, sie werden in der Regel nur dann in Betracht gezogen, wenn alternative Strategien zur Überbrückung des Ressourcenmangels ausgeschöpft sind. Dieses Prinzip spiegelt sich auch im Handeln von Pflegefachpersonen wider: Um Rationierungen zu vermeiden, werden Pflegemaßnahmen zunächst aufgeschoben oder in reduzierter Qualität erbracht (vgl. Mantovan et al. 2023). Angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen, unter denen Pflegearbeit stattfindet, scheinen Rationierungen pflegerischer Maßnahmen kaum vermeidbar – sie erfolgen, wie die zuvor zitierten Studien zeigen, häufig in verdeckter Form. Dies wirft die Frage auf, wie mit Rationierungen in ethisch vertretbarer Weise umgegangen werden kann.[15]

13 Sehen sich Pflegefachpersonen z. B. mangels Personal vor die Wahl gestellt, entweder eine Bewohnerin im Sterben zu begleiten oder die übrigen Bewohner:innen einer stationären Pflegeeinrichtung zu versorgen, könnten die Prioritätensetzung in einer solchen Situation durchaus unterschiedlich ausfallen.

14 Zum Beispiel wird im Rahmen eines Modellprojekts an der Charité die Arbeit mit einem interprofessionell (von Ärzt:in und Pflegefachperson gemeinsam) geführten Leitungsbüro erprobt, um den Informationsfluss zu verbessern, Abstimmungsprozesse zwischen den Berufsgruppen zu verkürzen und das wechselseitige Verständnis zu fördern (https://karriere.charite.de/karrieremagazin/interprofessionelle-fuehrung, letzter Zugriff: 10.06.2025).

15 Für ein Stufenmodell, wie Ärzt:innen mit der Spannung von ökonomischen und ethischen Anforderungen im Kontext knapper Ressourcen umgehen können, vgl. Marckmann/in der Schmitten 2011.

Ein aus ethischer Sicht häufig betonter Grundsatz ist der Vorrang von expliziter gegenüber verdeckter (impliziter) Rationierung (vgl. Marckmann 2010). Wird im unmittelbaren Verhältnis zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftiger Person auf notwendige Maßnahmen verzichtet – ohne dass übergeordnete Leitlinien herangezogen werden –, bleiben sowohl die Entscheidungsgrundlagen als auch die zugrunde liegenden Wertmaßstäbe und Prozesse im Verborgenen. Diese Intransparenz birgt das Risiko ungerechter Versorgungsentscheidungen und potenziell diskriminierender Effekte – etwa in Form von Altersdiskriminierung (vgl. Remmers 2012). Zudem besteht bei Rationierungen auf der Mikroebene die Gefahr, dass die organisationsethische Verantwortung für einen vorausschauenden Umgang mit knappen Ressourcen auf Meso- und Makroebene aus dem Blick gerät (vgl. Marckmann 2021).

Die Auseinandersetzung mit Leistungsbegrenzungen in der Pflege muss daher nicht nur in den pflegerischen Teams, sondern vor allem auch auf der Ebene der Institution/Einrichtung stattfinden. Den meisten beruflichen Pflegenden ist bewusst, dass nicht nur sie selbst, sondern auch andere Mitglieder des pflegerischen Teams indizierte Pflegemaßnahmen mangels Personals und Zeit verzögern, unvollständig ausführen oder unterlassen. Eine offene Diskussion über solche moralisch belastenden Situationen findet jedoch selten statt. Pflegefachpersonen erleben Rationierungen daher häufig als individuelles Versagen. Zwar tragen Pflegefachpersonen Verantwortung für eine gerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen, doch liegt diese Verantwortung nicht allein bei ihnen. Der ICN-Ethikkodex hebt als zentrale Kompetenz von Pflegefachpersonen hervor, „dass diese „in Gruppen arbeiten [können], um ethische Entscheidungsfindung zu klären und einen Konsens über ethische Verhaltensstandards zu erzielen“. Empirische Untersuchungen zu unerledigten Pflegemaßnahmen zeigen, welche Pflegemaßnahmen Pflegefachpersonen bei Zeitdruck oder personellen Engpässen am ehesten zurückstellen – und welche sie selbst unter schwierigen Bedingungen aufrechterhalten. Diese Erkenntnisse können eine Grundlage bieten, um sich im Team über Prioritäten für die Erbringung pflegefachlicher Leistungen zu verständigen und Kriterien für eine verantwortungsvolle Rationierung in Ausnahmesituationen zu entwickeln. Dies kann dazu beitragen, verdeckte Rationierung in transparente, explizite Entscheidungsprozesse zu überführen. Grundsätzlich können solche Verständigungsprozesse bereits auf der Ebene eines pflegerischen Teams ansetzen; sie sind jedoch umso nachhaltiger, je mehr sie auch übergeordnete Ebenen (Pflegedirektion, Einrichtungsleitung) verantwortlich einbeziehen. Die Überführung von verdeckter (impliziter) in Formen einer offenen (expliziten) Rationierung ist zudem nicht nur eine innerprofessionelle, sondern auch eine berufs- und gesellschaftspolitische Aufgabe. Nur wenn ein Bewusstsein dafür existiert, dass nicht nur ärztliche, sondern ebenso pflegerische Ressourcen begrenzt sind, lässt sich der aktuell auf der Mikroebene – also auf den einzelnen Pflegepersonen – lastende Handlungsdruck auf die Meso- bzw. Makroebene verlagern und damit die gesellschaftliche Mitverantwortung für den Umgang mit den bestehenden Versorgungsgrenzen sichtbar machen.

Die Überführung von impliziter in explizite Rationierung sollte zudem die zu Pflegenden sowie ihre Angehörigen einbeziehen. Häufig sind Patient:innen oder Bewohner:innen sich nicht bewusst, auf welche pflegerischen Maßnahmen sie Anspruch haben – weder hinsichtlich Qualität noch Häufigkeit. Dies führt zu zwei problematischen Folgen: Zum einen bleiben indizierte pflegerische Leistungen, die nicht erbracht werden, aufseiten der Pflegeempfänger:innen unbemerkt. Zum anderen wird ihnen die Möglichkeit genommen, selbst Prioritäten für ihre Versorgung zu setzen. Beide Aspekte stehen im Spannungsverhältnis zum gebotenen Respekt vor der Autonomie der Pflegebedürftigen. Gerade im Angesicht des Pflegenotstands ist es unerlässlich, nur solche Maßnahmen durchzuführen, die von Pflegebedürftigen tatsächlich gewünscht werden. Fehlt die notwendige Kommunikation – etwa in Form von

Aufklärung, Beratung und Pflegeplanung, wie Studien nahelegen –, besteht die Gefahr, dass Pflegeleistungen an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen vorbeigehen. Die konsequente Berücksichtigung individueller Wünsche und die informierte Einbeziehung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen in die Entscheidung, welche Maßnahmen prioritär erbracht werden sollen (vgl. Mayer et al. 2024), können zu einem ethisch fundierten, verantwortungsvollen Umgang mit knappen Ressourcen beitragen. Auch die Überführung verdeckter in explizite Rationierung löst jedoch nicht das grundsätzliche Problem des Mangels an personellen und damit verbundenen zeitlichen Ressourcen. Sind alle Alternativen zur Rationierung ausgeschöpft und ist die pflegefachliche Versorgung so eingeschränkt, dass eine Gefährdung der Pflegebedürftigen droht – etwa durch eine Verschlechterung der Prognose oder verzögerte Heilung –, sind Pflegefachpersonen verpflichtet, auf diese Risiken hinzuweisen (vgl. ICN-Kodex 1.9 und 3.5).

Strategie	Definition	Chancen	Herausforderungen/ Risiken
Rationalisierung	Steigerung der Effizienz pflegerischer Maßnahmen durch Anpassung von Arbeitsprozessen	- fördert sparsamen Einsatz von Ressourcen - ermöglicht Versorgung von mehr Pflegebedürftigen - stärkt evidenzbasierte Pflege	- Gefährdung des Wohls der zu Pflegenden durch Qualitätseinbußen - Widerspruch zu ganzheitlichem Pflegeverständnis - Zunahme von Arbeitsverdichtung
Priorisierung	Kriteriengeleitete Erstellung von Rangfolgen für Pflegemaßnahmen	- ermöglicht bedarfsgerechte Pflege - stärkt Gerechtigkeit der pflegerischen Versorgung	- Priorisierung als aufgeschobene Rationierung - Schwierigkeit, pflegerische Prioritäten gegenüber anderen Berufsgruppen durchzusetzen
Rationierung	Begrenzung oder Verzicht auf pflegerisch notwendige Leistungen	- explizite Rationierung unterstützt gerechte Verteilung knapper pflegerischer Ressourcen	- Gefährdung des Wohls der zu Pflegenden - Ungerechtigkeiten (bei verdeckter Rationierung) - moralische Belastung für Pflegefachpersonen

Tabelle 2: Zusammenfassung der Strategien im Umgang mit knappen pflegerischen Ressourcen sowie ihrer Chancen und Herausforderungen bzw. Risiken aus ethischer Sicht

5 Handlungsbedarfe und Empfehlungen

Ausgehend von den herausgestellten ethischen Herausforderungen im Umgang mit knappen pflegerischen Ressourcen sieht die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen insbesondere folgende Handlungsbedarfe:

5.1 Transparenz herstellen

- Der genuine Wert pflegefachlicher Maßnahmen muss im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung sichtbar gemacht werden, um Rationierungen im Verborgenen entgegenzuwirken.

- Die Bestimmung dessen, was qualitativ hochwertige Pflege ausmacht, sollte durch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse gestärkt werden. Evidenzbasierte Forschung kann Pflegefachpersonen dabei unterstützen, Maßnahmen mit hohem Nutzen von solchen mit geringem oder fehlendem Nutzen zu unterscheiden und somit prioritäre Pflegemaßnahmen auch in Situationen knapper Ressourcen verlässlich und transparent zu erbringen.
- Es braucht eine breite gesellschaftliche Diskussion über knappe Ressourcen in der Pflege. Dazu gehört es auch, Transparenz bezüglich der Kriterien für unvermeidbare Rationierungen und der Werte, von denen sich die Pflege unter Bedingungen knapper Ressourcen leiten lassen sollte, herzustellen.
- Der Umgang mit knappen Ressourcen in der Pflege sollte verstärkt erforscht werden. Es fehlen umfassende, repräsentative Studien in Deutschland, die *missed nursing care* in stationären oder ambulanten Pflegesettings untersuchen. Eine verbessere Datenlage ist wichtig, um das Ausmaß von unerledigten Pflegeleistungen und die sie begünstigenden Faktoren besser verstehen und vor diesem Hintergrund geeignete Handlungsmöglichkeiten identifizieren zu können.

5.2 Organisationsethische Verantwortungsübernahme stärken

- Es liegt in der Verantwortung von Organisationen und Einrichtungen der Pflege – unterstützt durch (berufs-)politische Maßnahmen – die Qualität der Pflege, auch unter Bedingungen knapper Ressourcen, so weit wie möglich zu sichern. Insbesondere die folgenden Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:
  - Rationalisierungsmaßnahmen in der Pflege müssen mit den grundlegenden Werten des Pflegeberufs vereinbar sein. Das Streben nach Effizienz darf nicht zum Selbstzweck und Pflege auf eine bloße Verrichtung von Tätigkeiten reduziert werden, die ihrem Wesen fremd ist.
  - Rationalisierungen sind ethisch gerechtfertigt, soweit sie in der Lage sind, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherzustellen. Pflegefachpersonen sollten eng in die Entwicklung entsprechender Maßnahmen einbezogen werden. Konkret sollte ihnen Raum und Zeit gegeben werden, um Arbeitsabläufe im Team aber auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu reflektieren und ggf. anzupassen.
  - Pflegefachpersonen benötigen strukturelle Unterstützung, um Priorisierungen im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung vornehmen zu können. Um willkürliche oder ungerechte Entscheidungen zu vermeiden, braucht es klare, kollektiv abgestimmte Kriterien zur Priorisierung pflegerischer Maßnahmen – auf Team-, Einrichtungs- oder berufspolitischer Ebene. Diese Kriterien sollten pflegefachliche Standards und ethische Prinzipien gleichermaßen berücksichtigen.
  - Unvermeidbare Rationierungen sollten von impliziten in explizite Formen überführt werden. Dies erfordert proaktive Absprachen auf Organisationsebene, etwa durch die Verständigung über mögliche Kriterien, die gemeinsame Erarbeitung von Richtlinien sowie die transparente Kommunikation gegenüber Patient:innen, Bewohner:innen und Angehörigen, wenn pflegerische Leistungen aufgrund knapper Ressourcen nicht bedarfsgerecht erbracht werden können.

- Entscheidungen über die Zuteilung knapper pflegerischer Ressourcen müssen ethisch fundiert und gerecht getroffen werden. Dies kann auf Organisations-/Einrichtungsebene durch ethische Beratungsstrukturen (z. B. Ethikkomitees im stationären und ambulanten Bereich) unterstützt werden, indem diese einen strukturierten Entscheidungsprozess ermöglichen und dabei helfen können, Interessenkonflikte zu bewältigen.
- Pflegefachpersonen müssen darauf vertrauen können, dass die Organisation/Einrichtung ihnen trotz knapper Ressourcen faire Arbeitsbedingungen bietet, die ihre Gesundheit und Belastbarkeit schützen und die Qualität der pflegerischen Versorgung so weit wie möglich sichern.
  - Es braucht auf der Organisationsebene Reflexionsstrukturen, welche es erlauben, Mangelsituationen und daraus resultierende moralische Herausforderungen für Pflegefachpersonen gezielt in den Blick nehmen (vgl. Albisser Schleger 2023). Pflegefachpersonen müssen Bedingungen, die die Gesundheit und Sicherheit von Pflegebedürftigen gefährden, offen ansprechen können, ohne persönliche Nachteile befürchten zu müssen.
  - Einrichtungen/Organisationen der Pflege sollten Unterstützungsangebote für Pflegefachpersonen schaffen (z. B. Supervision), um deren Resilienz zu stärken und zu verhindern, dass sich wiederholte moralische Verletzungen zu moralischem Stress akkumulieren.
- Die Vertretung beruflich Pflegender in Entscheidungs- und Leitungsgremien sowie ihre Beteiligung an Steuerungsprozessen und Leistungsentscheidungen muss dringend gestärkt werden (vgl. Deutscher Ethikrat 2016). Vor dem Hintergrund der unterprivilegierten Position beruflich Pflegender reichen Aufrufe zu berufspolitischem Engagement jedoch nicht aus. Vielmehr müssen durch entsprechende Allgemein- und Hochschulbildung, aber auch in der Pflegeausbildung selbst die Voraussetzungen dafür gelegt werden, dass Pflegefachpersonen ihrer berufspolitischen Verantwortung gerecht werden können (vgl. Giese 2022).

5.3 Aus- und Weiterbildung fördern

- Die das Pflegehandeln beeinflussenden strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen sollten bereits in der pflegeberuflichen Ausbildung thematisiert werden. Pflegefachpersonen müssen ein Verständnis für die berufspolitischen Hintergründe und Anreizsysteme haben, die zur verdeckten Rationierung indizierter Pflegeleistungen führen können, zugleich aber auch über die Gefahr für Verletzungen ihrer moralischen Integrität und deren Konsequenzen (*moral distress*) informiert sein.
- Die Vermittlung ethischer Kompetenzen im Umgang mit knappen Ressourcen – ausgehend vom Berufsethos der Pflege – muss regelhaft in der Ausbildung erfolgen. Beruflich Pflegende sollten regelmäßige Möglichkeiten zur Weiterbildung haben, um ihre ethischen Kompetenzen zu stärken. Dabei gilt es, einer Haltung entgegenzuwirken, die dies als zusätzliche Belastung wahrnimmt. Vielmehr bietet der Erwerb ethischer Reflexionskompetenzen ein Potenzial zur Entlastung. Im besten Fall gewinnen Pflegefachpersonen nicht nur persönliche Handlungssicherheit, sondern werden auch befähigt, sich im (interprofessionellen) Team kompetent mit ethischen Fragestellungen im Umgang mit begrenzten Ressourcen auseinanderzusetzen.

6 Ausblick

Verdeckte Rationierungen sind umstrittene Formen der Leistungseinschränkung. Diese können verschiedene Ursachen haben. In nicht unerheblichem Ausmaß beruhen Leistungseinschränkungen auf einem zunehmenden Fachkräftemangel in pflegerischen Arbeitsfeldern. Mit den sich daraus ergebenden ethischen Problemen beschäftigt sich eine weitere Arbeitsgruppe der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen. Analysiert und bewertet werden dabei unter anderem verschiedene Bedingungsfaktoren eines sich künftig zuspitzenden Fachkräftemangels. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem: ein verringerter Nachwuchs infolge des demografischen Wandels, eine durchschnittlich hohe Zahl an Ausbildungsabbrüchen in den Pflegeberufen, das frühzeitige Verlassen des Berufs bereits im ersten Jahr nach der Ausbildung sowie das Ausscheiden aus dem Beruf aufgrund psychophysischer Dauerbelastungen – trotz relativ gleichbleibend hoher Arbeitsmotivation.

Der Arbeitsgruppe ist bewusst, dass an verschiedenen strukturellen Einflussfaktoren Veränderungen vorgenommen werden müssen. Ungeachtet dessen richtet sich das Augenmerk auf ethische Fragen eines fairen und für *alle* am Versorgungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen vertretbaren Umgangs mit bestehenden Leistungs- und Qualitätseinschränkungen. Dabei wird vor allem auf einen organisationsethischen Ansatz zurückgegriffen. Ziel ist es zunächst, ausreichende Kommunikationsvoraussetzungen zu schaffen – als Basis für eine grundlegende Selbstverständigung aller professionell Beteiligten (wertebezogenes Selbstverständnis). Es ist anzunehmen, dass auf diesem Wege die ethische Urteilskraft geschärft, gegenseitiges Vertrauen (Teamkultur) gestärkt und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit ethischen Konflikten gefördert werden können.

Darüber hinaus besagt der organisationsethische Ansatz, dass nach für alle Beteiligten akzeptablen Lösungen für personalpolitisch relevante Gestaltungsprobleme (z. B. Personal- und Personaleinsatzplanung) gesucht werden soll; dass bei unabwendbaren Priorisierungen auf ethisch begründete und von allen Professionsangehörigen mitgetragene Entscheidungen gedrängt wird; dass für eine gerechte und deshalb auch transparente Verteilung knapper (materieller wie immaterieller) Ressourcen gesorgt wird; und dass Führungsaufgaben als Teil einer ethischen Kultur partizipativ wahrgenommener Verantwortung verstanden werden – auch mit dem Ziel, Personal langfristig zu binden.

Derzeit wird innerhalb der Ethikkommission für Berufe in der Pflege an Stellungnahmen mit einem Problemaufriss und entsprechenden ethischen Empfehlungen gearbeitet.

Literatur und Quellenverweise

Albisser Schleger, H. (2023): Pflegefachpersonen moralisch entlasten. Bedeutung der Organisationsethik am Beispiel impliziter Priorisierung mangelnder pflegerischer Ressourcen, theoretische Aspekte und praktische Umsetzung. In: Riedel, A., Lehmeyer, S., Goldbach, M. (Hrsg.): Moralische Belastung von Pflegefachpersonen. Berlin, Heidelberg: Springer, 156–175.

Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N. et al. (2022): „Ich pflege wieder, wenn …“ Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes. https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflege-wieder-wenn.html (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M. et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety* 23(2), 126–135.

Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. *WSI Mitteilungen*, 412–422.

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W. et al. (2018): Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 78, 10–15.

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. et al. (2014): 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety* 23(2), 116–125.

Baranzke, H., Güther, H. (2021): Beschämbarkeit – Zur pflegeethischen Relevanz einer brisanten Vulnerabilität. In: Riedel, A., Lehmeyer, S. (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_39-1.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (Österreich) (2024): Anhaltende Ressourcenknappheit in der stationären Versorgung: Zum ethisch fundierten Umgang in Allokationsfragen. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik/empfehlungen.html (letzter Zugriff: 20.06.2025).

BKK Dachverband (2022): Literaturrecherche zum „Pflexit“ – Internationale Erkenntnisse, Thesen und Schlussfolgerungen. https://www.bkk-dachverband.de/politikpapiere/positionspapier/literaturrecherche-zum-pflexit-internationale-erkenntnisse-thesen-und-schlussfolgerungen (letzter Zugriff: 20.06.2025).

Braun, B., Klinke, S., Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), 5–19.

Braun, B., Buhr, P., Klinke, S., Müller, R. et al. (2009): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System. Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. Berlin/Bremen: Wissenschaftszentrum Berlin.

Brause, M., Büscher, A., Horn, A., Schaeffer, D. (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), ISSN 1435-408X. https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/information/ipwpaper/ (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Cartaxo, A., Eberl, I., Mayer, H. (2022): Die MISSCARE-Austria-Studie I-III. *HBScience* 13(S2), 27–78.

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Drupp M., Meyer, M. (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer, 23–47.

Gibbon, B., Crane, J. (2018): The impact of 'missed care' on the professional socialisation of nursing students: A qualitative research study. *Nurse Educ Today* 66, 19–24.

Giese, C. (2022): Die sozialethischen Herausforderungen der Pflege- und Gesundheitsethik. In: S. Dinges, U. H. J. Körtner, A. Riedel (Hrsg.): Pflege- und Gesundheitsethik. Potentiale, Reflexionsräume und Handlungsimpulse für ein solidarisches Gesundheitswesen. Verlag Österreich, 195–199.

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J. et al. (2018): The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs* 74(7), 1474–1487.

Halvorsen, K., Førde, R., Nortvedt, P. (2008): Professional challenges of bedside rationing in intensive care. *Nurs Ethics* 15(6), 715–728.

Harvey C., Thompson S., Otis E., Willis E. (2020): Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *J Nurs Manag* 28(4), 912–918.

Hasseler, M. (2022): Die Pflegeberufe stärken über die Transparenz ihrer Wirkung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 76(4-5), 15–22.

Hasseler, M., Stemmer, R. (2018): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 23–36.

ICN, International Council of Nurses (2021): ICN-Ethikkodex für Pflegende. Deutsche Übersetzung des ÖGKV, SBK und DBfK. Genf: ICN.

Igoumenidis, M., Papastavrou, E. (2021): Does Rationing of Nursing Care Presuppose an Acceptance of Missed Care? Philosophical and Legal Aspects. In: E. Papastavrou, R. Suhonen (Hrsg.): Impacts of Rationing and Missed Nursing Care. Challenges and Solutions: RANCARE Action. Cham, Switzerland: Springer, 49–60.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer. https://library.oapen.org/bitstream/id/b6bacfed-3ae4-4e14-be54-0ccf75c8e48a/1006866.pdf (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Jones, T., Drach-Zahavy, A., Sermeus, W., Willis, E. et al. (2021): Understanding Missed Care: Definitions, Measures, Conceptualizations, Evidence, Prevalence, and Challenges. In: E. Papastavrou, R. Suhonen (Hrsg.): Impacts of Rationing and Missed Nursing Care. Challenges and Solutions: RANCARE Action. Cham, Switzerland: Springer, 9–47.

Jones, T. L., Hamilton, P., Murry, N. (2015): Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud* 52(6), 1121–1137.

Kersting, K. (2019): Studien zur „Bürgerlichen Kälte“ in Pflegeberufen. Widersprüche: *Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich* 39(151), 91–104 https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-77120-7

Kleinknecht-Dolf, M. (2015): Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? *Pflege & Gesellschaft* 20. Jg., H.2, 115–132.

Klotz, K., Riedel, A. (2023): Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen im Lichte des ICN-Kodex. *EthikJournal* 9(1), 1–19.

Langer, A., Brink, A., Eurich, J., Schröder, P. (2009): Ethische Dilemmasituationen in der Pflege. Eine Analyse aus Perspektive der Neuen Institutionenökonomik. *Pflege und Gesellschaft* 14(2), 155–177.

Leber, W. D., Vogt, C. (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In: J. Klauber, M. Geraedts, J.Friedrich, J. Wasem et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_7 (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Longhini, J., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P. et al. (2021): Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviance approach. *J Nurs Manag* 29(3), 572–583.

Luderer, C., Meyer, G. (2018): Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege aus ethischer Perspektive. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer 15–21.

Madörin, M. (2015): Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus Sicht der Pflege. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/%C3%BCber_uns/studie-mad%C3%B6rin-%C3%B6konomisierung-gesundheitswesen-version-215-zhaw-gesundheit.pdf (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Mantovan, F., Muzzana, C., Schubert, M., Ausserhofer, D. (2020): "It's about how we do it, not if we do it". Nurses' experiences with implicit rationing of nursing care in acute care hospitals: A descriptive qualitative study. *Int J Nurs Stud* 109:103688.

Manzeschke, A. (2008): DRG und Folgen der Deprofessionalisierung in den Gesundheitsberufen. In: I. Bonde, M. Gerhardt, T. Kaiser, K. Klein et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 353–382.

Marckmann, G. (2021): Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. *Ethik Med* 33, 189–201.

Marckmann, G., in der Schmitten, J. (2011): Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. *Ethik Med* 23(4), 303–314.

Marckmann, G. (2010): Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? *GGW*, 10(1), 8–15.

Mayer, P., Hübsch, C., Spirig, R., Kleinknecht-Dolf, M. (2024): Erleben von Pflegefachpersonen in Bezug auf durchgeführte und versäumte Pflege. *Pflege* 37(4), 205–213.

Mehmecke, S. (2022): Scheitern ist keine Option. Warum das Pflegebudget weiterentwickelt werden muss. *Dr. med. Mabuse* 257, 20–21.

Mohan, R., Reichardt, L. (2023): »An der Basis spürt man's nicht« Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und Abwertungserfahrungen. IFS Working Paper 19. https://www.ifs.uni-frankfurt.de/publikationsdetails/ifs-robin-mohan-und-lena-reichardt-an-der-basis-spurt-man-s-nicht-organisierte-krankenpflege-zwischen-aufwertungspolitik-und-abwertungserfahrungen.html (letzter Zugriff: 10.06.2025)

Mohan, R. (2019): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld: transcript.

Moradi, T., Adib-Hajbaghery, M., Dianati, M., Moradi, F. (2023): Rationing of nursing care: A concept analysis. *Heliyon* 9(5), e15861.

Nothacker, M., Busse, R., Elsner, P., Fölsch, U. R. et al. (2019): Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, doi: 10.1055/a-0891-3940.

Papastavrou, E., Andreou, P., Vryonides, S. (2014): The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics* 21(5), 583–593.

Petersen, J., Melzer, M. (2023): Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: A cross-sectional survey. *Nurs Ethics*, 9697330231164761.

Primc, N. (2022): „Missed care" – Allokation und Rationierung von Gesundheitsleistungen in der Patientenversorgung. In: A. Riedel, S. Lehmeyer (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58680-8_91.

Primc, N., Nolte, K. (2022): Ökonomisierung der Pflege in ethischer und historischer Perspektive. In: S. Dinges, U. H. J. Körtner, A. Riedel (Hrsg.): Pflege- und Gesundheitsethik. Potentiale, Reflexionsräume und Handlungsimpulse für ein solidarisches Gesundheitswesen. Verlag Österreich, 145–162.

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J. et al. (2018): What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs* 27(11-12), 2248–2259.

Remmers, H. (2012): Rationierung und Altersdiskriminierung. In: Berner, F., Rossow, J., Schwitzer, KP. (Hrsg.) Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 339–368.

Renner, A., Ausserhofer, D., Zúñiga, F., Simon, M. et al. (2022): Increasing implicit rationing of care in nursing homes: A time-series cross-sectional analysis. *Int J Nurs Stud* 134: 104320.

Rennert, D., Richter, M., Kliner, K. (2022): Pflegefall Pflege? Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022. In: F. Knieps, H. Pfaff (Hrsg.): Pflegefall Pflege? BKK Gesundheitsreport 2022. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 70–93, https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/bkk-gesundheitsreport-2022-pflegefall-pflege (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Schmidt, T. (2021): Gerechte Rationierung? Allokationsethik im Gesundheitssystem. In: Riedel, A., Lehmeyer, S. (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_63-1.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R. et al. (2013): Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 50(2), 230–239.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H. et al. (2008): Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *IJQHC* 20(4), 227–237.

Scott, P. A., Suhonen, R., Kirwan, M. (2020): Missed care, care left undone: Organization ethics and the appropriate use of the nursing resource. *Nurs. Philos.* 21(1), e12288.

Scott, P. A., Harvey, C., Felzmann, H., Suohnen, R. et al. (2019): Ressource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nurs Ethics* 26(5), 1528–1539.

Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: A. Dieterich, B. Braun, T. Gerlinger, M. Simon (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, 219–251.

Slotala, L., Bauer, U. (2009): "Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen." Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. *Pflege & Gesellschaft* 14(1), 54–66.

Slotala, L., Bauer, U., Lottmann, K. (2008): Pflege im ökonomischen Wandel. In: I. Bonde, M. Gerhardt, T. Kaiser, K. Klein et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Unter Mitarbeit von Bonde. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 383–398.

Stemmer, R. (2021): Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021 – Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, 173–184.

Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B., Huf, W. et al. (2020): Handlungsempfehlung: Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. *Zbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergon* 70, 264–268.

Suhonen, R., Scott, P. A., Igoumenidis, M. (2021) An Ethical Perspective of Nursing Care Rationing and Missed Care. In: E. Papastavrou, R. Suhonen (Hrsg.): Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions. RANCARE Action. Springer Nature Switzerland, Cham, 97–113.

Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I. et al. (2018): Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 88, 25–42.

Tønnessen, S., Christiansen, K., Hjaltadóttir, I., Leino-Kilpi, H. et al. (2020): Visibility of nursing in policy documents related to health care priorities. *J Nurs Manag* 28(8), 2081–2090.

Tønnessen, S., Nortvedt, P., Førde, R. (2011): Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs ethics* 18(3), 386–396.

Tronto, J. C. (1993): Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge.

Wessels, M. (2021): Mehr Ökonomisierung wagen! *Pflege Zeitschrift* 7/74, 10–13.

Willis, E., Zelenikova, R., Bail, K., Papastavrou, E. (2021): The globalization of missed nursing care terminology. *Int J Nurs Pract* 27(1), e12859.

Woellert, K. (2022): Versorgungsqualität braucht Organisations- und Führungsethik. In: A. Riedel, S. Lehmeyer (Hrsg.): Ethik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58680-8_7.

Wöhlke, S. (2025): Zur Relevanz von moralischem Stress im pflegerischen Alltag und der Notwendigkeit für moralischen Mut. In: A. Riedel, AC. Linde (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-662-70612-1_6.

Wöhlke, S., Riedel, A. (2023): Pflegeethik und der Auftrag der Pflege – Gegenwärtige Grenzen am Beispiel der stationären Altenpflege. *Bundesgesundheitsbl 66*, 508–51, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03696-2.

Woock, K., Meinert, L., Völtzer, L., Busch, S. (2022): NoMi – Notfalleinweisungen minimieren. Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen. Endbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/nomi.jsp (letzter Zugriff: 10.06.2025).

Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M., Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 76(11), 727–734.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S. et al. (2015): The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes--A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 52(9), 1463–1474.