

Vortrag Zürich

Verändert sich die pflegerische Verantwortung im Bezugspflegesystem?

Maria Mischo-Kelling,
Sanitätsbetrieb Südtirol, Gesundheitsbezirk Bozen

Sehr geehrte Frau Brühwiler-Müller,
Sehr geehrte Frau Bachmann-Mettler,
Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben mich eingeladen, heute mit Ihnen über die Veränderung der pflegerischen Verantwortung im Bezugspflegesystem zu sprechen, d.h. über die Organisationsform der Pflegearbeit, die Marie Manthey als Primary Nursing (zu deutsch Primäre Pflege) bezeichnet hat. Gerne komme ich Ihrer Einladung nach. In meinen Ausführungen beziehe ich mich zunächst auf mein Verständnis der Ideen von Marie Manthey sowie auf die Erfahrungen, die ich seit 1998 im AK Barmbek, einem Krankenhaus des ehemaligen LBK-Hamburg, in meiner Funktion als Pflegedirektorin gesammelt habe¹ und auf meine Erfahrungen im Gesundheitsbezirk Bozen, wo wir in diesem Jahr nach längerer Vorbereitung mit der schrittweisen Umsetzung eines professionellen Praxismodells basierend auf den vier Kernelementen der Primären Pflege beginnen wollen.

Im Mittelpunkt meiner Überlegungen steht dabei das Konzept der dezentralen bzw. klinischen Entscheidungsfindung, das für das Verständnis der Verantwortung in der Primären Pflege grundlegend ist. Um seine volle Wirkung entfalten zu können, verlangt die Umsetzung dieses Konzepts Veränderungen auf mehreren Ebenen und zwar

- auf der Ebene der direkten Patientenversorgung
- auf den verschiedenen Führungs- und Leitungsebenen.

Während die Kernelemente der Arbeitszuweisung nach der Fallmethode und der direkten Kommunikation von Mensch zu Mensch den Arbeitsgegenstand der beruflichen Pflege, d.h. den zu pflegenden Menschen einschließlich seiner Bezugspersonen als Bezugspunkte pflegerischen Handelns in den Mittelpunkt rücken, verweist das letzte Kernelement, das Rundum-die-Uhr-Management der Patientenversorgung an sieben Tagen in der Woche auf das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung und damit auf das Thema Verantwortung.

¹ Wie wir in Hamburg vorgegangen sind und welche Erfahrungen insbesondere Stationsleitungen/MitarbeiterInnen mit der Primären Pflege gemacht haben, können Sie nachlesen in: Mischo-Kelling, M; Schütz-Pazzini, P. (Hrsg.): Primäre Pflege in Theorie Praxis. Herausforderungen und Chancen. Huber Verlag 2007 (im Druck)

Für unser heutiges Thema ist von Bedeutung, dass für Manthey die berufliche Pflege eine wissensbasierte Profession ist, die personenbezogene Dienstleistungen in hochkomplexen Expertenorganisationen erbringt. Mit der Einführung der Primären Pflege ebnet sie den Übergang von einer <<pflegerischen Praxis, die auf manuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. auf Tätigkeiten basiert, zu einer wissensgestützten praktischen Profession>> (Manthey 1989: 33). Mit Blick auf das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung erwähne ich an dieser Stelle drei für unserer Thema wichtige Merkmale einer Profession:

- das Vorhandensein eines identifizierbaren Wissensstocks, der sich in einem formalisierten Bildungsgang vermitteln lässt
- die autonome Entscheidungsfindung
- die kollegiale Überprüfung der Praxis.

Wie ich Veröffentlichungen entnommen habe, befindet sich die Pflege in der Schweiz mit Blick auf die Ausbildung gegenwärtig in einer Situation des fundamentalen Umbruchs, der darauf abzielt, die berufliche Pflege als Profession zu etablieren. Diese Bemühungen werden Auswirkungen auf das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung haben. Im Universitätsspital Zürich arbeiten Sie - wie ich gelesen habe -, schon seit längerem daran, die organisatorischen Voraussetzungen für professionelles Arbeiten zu schaffen.

DAS KONZEPT DER DEZENTRALEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG – EIN KONZEPT MIT WEITREICHENDEN FOLGEN

Ermöglicht die Fallmethode den Pflegekräften prinzipiell und unabhängig vom Ausbildungsort und von der Form der Ausbildung, sei sie berufliche oder wissenschaftliche Ausbildung, das erworbene Wissen sowie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten auf die ihnen zugewiesenen Patienten zu beziehen, bietet das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung einen Ansatz, die in der Funktions-, Gruppen- und Zimmerpflege zu beobachtende unklare Verantwortung und die fehlende Zuständigkeit praktisch zu beheben (s. Manthey 2002a). Das Konzept enthält drei aufeinander bezogene Teilkonzepte:

- die Delegation bzw. Übergabe von Verantwortung (*responsibility*)
- die Autorität für die Pflege eines Patienten (*authority*)
- die Übernahme von Verantwortung (*accountability*) einschließlich der entsprechenden Rechenschaftspflicht.

ZUM BEGRIFF DER VERANTWORTUNG

Im Deutschen übergreift der Begriff Verantwortung sowohl den englischen Begriff der Responsibility wie auch den der Accountability. Er wird in den verschiedenen Kontexten (philosophisch, juristisch usw.) unterschiedlich verwendet. Hier interessiert er insbesondere als „Zuschreibungsbegriff“, bei dem eine prospektive (zu übernehmende Verantwortung) und eine retrospektive Bedeutung (für etwas Geschehenes die Verantwortung haben) unterschieden werden kann. Die erstere Bedeutung verweist auf responsibility und die zweite auf accountability. Wird der Verantwortungsbegriff i.S. des Zuschreibungsbegriffs verwendet,

besteht im deutschsprachigen Raum Einigkeit, dass er als mehrstelliger Relationsbegriff, in der Regel als dreistellige Relation oder noch darüber hinaus gehende Relation, verstanden werden muss (Werner 2002). Renate Tewes (2002) wählt mit Blick auf die pflegerische Verantwortung eine dreistellige Relation: Ihr zufolge ist jemand (ein Verantwortungssubjekt oder Verantwortungsträger) für etwas (einen Verantwortungsbereich) vor oder gegenüber jemandem (einer Verantwortungsinstanz) verantwortlich. Mit Blick auf die Primäre Pflege scheint eine vierstellige Relation sinnvoll zu sein, die darüber hinaus noch den normativen Bezugspunkt der Verantwortung betont. Diese Definition besagt: „Jemand (ein Subjekt) ist für etwas (einen Gegenstand) vor oder gegenüber jemandem (einer Instanz) aufgrund bestimmter normativer Standards (aufgrund eines Normhintergrunds) – prospektiv verantwortlich. Bzw. Jemand (ein Subjekt) verantwortet sich – retrospektiv - für etwas (einen Gegenstand) vor oder gegenüber jemandem (einer Instanz) unter Berufung auf bestimmte normative Standards (den Normhintergrund) (Werner 2002).

ZUM TEILKONZEPT ÜBERGABE VON VERANTWORTUNG - VERANTWORTUNGSSUBJEKT

Mit der Delegation bzw. Übergabe der Verantwortung für die *Pflege eines Patienten* auf die Handlungsebene, also auf die Ebene der die Pflege in der Praxis durchführenden Pflegekraft, wird eine wichtige Voraussetzung für professionelles Handeln geschaffen. Die Pflegekraft erhält im Bereich der von ihr zu pflegenden Menschen die Möglichkeit zur autonomen, d.h. eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung. Sie ist aufgefordert, Verantwortung für die von ihr zu erbringende wie für die von ihr erbrachte Pflege in einer für Dritte sichtbaren Weise zu übernehmen. Sie ist aufgefordert, aktiv pflegerische Entscheidungen zu treffen und dafür einzustehen. Anders ausgedrückt, übernimmt sie in Bezug auf den zu pflegenden Menschen sowohl die Handlungs- wie die Entscheidungsverantwortung. In diesem Zusammenhang muss gesehen werden, dass die Verantwortung mit Pflichten für den Mitarbeiter einhergeht. Bezogen auf die Handlungsverantwortung müssen die folgenden als selbstverständlich vorausgesetzt werden:

- sich nach besten Kräften für die Aufgabenerfüllung einzusetzen
- die vereinbarten bzw. allgemein gültigen Regeln zu beachten und
- die in der Ausbildung oder Einarbeitung erworbenen Fähigkeiten einzubringen (Lauer 2007: 78f).

Die Entscheidungsverantwortung beinhaltet Risiken, sie kann zu Erfolgen, aber auch zu Misserfolgen führen. Sie bedarf eines gewissen Vertrauens der Führungskraft in die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter. Damit eine Vertrauensbasis zwischen einer Stationsleitung und einer Pflegefachkraft entstehen kann, muss die erstere eine klare Vorstellung vom Gegenstand der Delegation haben. Wenn sie die Pflege des Patienten Herrn Müller an die Pflegefachkraft Frau Meier delegiert, sollte sie Frau Meier klar sagen können, was sie damit verbindet und welche Erwartungen sie an diese spezielle Mitarbeiterin in Hinblick auf die Pflege von Herrn

Müller hat. Dies ist aus verschiedenen Gründen wichtig. Als Stationsleitung trägt sie die Verantwortung für die Qualität der Pflege auf ihrer Station. Das von ihr angestrebte Qualitätsniveau kann sie über ihre MitarbeiterInnen nur erreichen, wenn ihre Vorstellungen von Pflege von ihren Mitarbeiterinnen nachvollzogen und die damit verbundenen Werte von ihnen geteilt werden. D.h. sie muss diese Werte transparent machen, ebenso wie sie ihre Erwartungen in Bezug auf die Pflege mitarbeiterspezifisch klar äußern können muss, damit in einem zweiten Schritt die von Frau Meier bei Herrn Müller erbrachte pflegerische Leistung reflektiert und bewertet werden kann. Letzteres ist eine wichtige Voraussetzung, um die Mitarbeiterin in ihrer beruflichen Entwicklung auf der Basis ihrer Kompetenzen und in Bezug auf die auf der Station X regelmäßig wiederkehrenden Pflegesituationen ergebnisorientiert unterstützen zu können.

ZUM TEILKONZEPT AUTORITÄT – VERANTWORTUNGSBEREICH/-GEGENSTAND

Bei dem Vorgang der Delegation von Verantwortung kommt dem Teilkonzept <<Autorität>> eine zentrale Bedeutung zu. Diese muss dem Umfang nach näher bestimmt werden, damit eine Pflegekraft weiß, wofür sie im Einzelfall die Verantwortung trägt. Dieses Teilkonzept zielt unabhängig davon, ob die berufliche Pflege als ausführende Hilfs- bzw. Assistenzarbeit oder als eigenverantwortliche und selbstgesteuerte Arbeit im Sinne einer Profession verstanden wird, auf den Kern der Pflegearbeit und damit auf das berufliche Selbstkonzept. Es handelt sich hier um ein höchst umstrittenes Konzept. Professionstheoretisch ist hiermit der gesellschaftliche Auftrag oder das Mandat der beruflichen Pflege gemeint. Abbott spricht vom <<Zuständigkeitsbereich>> (der jurisdiction). Er unterscheidet zwischen verschiedenen Ebenen dieses Zuständigkeitsbereichs, der legalen Ebene, der öffentlichen Ebene und der Ebene des unmittelbaren Arbeitsplatzes. Bei den meisten Professionen besteht eine <<Spannung>> zwischen dem öffentlich behaupteten Zuständigkeitsbereich und dem am Arbeitsplatz erfahrenen Zuständigkeitsbereich (Allen 2004). Organisatorisch und praktisch bedeutet Autorität, dass der Pflegekraft auf der Arbeitsebene ein klar definierter Handlungsspielraum zu gestanden wird. Innerhalb dessen kann sie autonom bzw. eigenverantwortlich Entscheidungen in Bezug auf die pflegerische Versorgung der ihr zugewiesenen Patienten treffen. In ihrem Konzeptpapier zur Bezugspflege am USZ haben Sie den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Bezugspflegekraft ganz allgemein beschrieben. Dieser ist gleichbedeutend mit dem Verantwortungsgegenstand der Pflege.

Grundsätzlich sollte jede Pflegekraft, die eine staatliche Prüfung abgelegt hat, befähigt sein², die Pflege eines Patienten eigenverantwortlich zu gestalten. Was zur Pflege eines Patienten, d.h. zum Verantwortungsbereich, gehört, ist zum einen in den jeweiligen Berufsgesetzen und zum anderen durch betriebliche Vorgaben unterschiedlichster Art (z.B. Dienstvorschriften, Standards) geregelt. Nach dem deutschen KrPflG setzt sich der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege aus drei Teilbereichen zusammen:

- dem eigenverantwortlichen Bereich
- dem Bereich der Mitwirkung (arztabhängiger Bereich)
- dem Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Wie sieht es damit in der Schweiz aus? Bei meiner Recherche im Internet habe ich auf der Internetseite des Ausbildungszentrums für Gesundheitsberufe des Kantons Luzern folgende Hinweise gefunden:

„Die diplomierte Pflegefachfrau HF bzw. der diplomierte Pflegefachmann HF ist verantwortlich für die selbständige Ausführung des pflegerischen Prozesses:

- Anamnese
- Diagnose
- Erstellen eines Pflegeplans
- Durchführen der Pflegemaßnahmen
- Evaluieren der erbrachten Pflegeleistung.

Der direkte Kontakt zu den Patientinnen und Patienten ist zentral. Mit dem eigenen und dem Kundenumfeld zusammen organisieren und koordinieren die Diplomfachleute das Pflegeangebot. Sie übernehmen in der interdisziplinären Zusammenarbeit die Fach- und Führungsverantwortung. Auch sind sie beratend tätig. Weiter befassen sie sich mit Prävention und Qualität. Laufende Weiterbildung ist selbstverständlich“.

Statt der von mir genannten drei Teilbereiche des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege gibt es bei Ihnen offensichtlich nur zwei Teilbereiche. Hiernach erbringt der Pflegeberuf **eigenständig** und **in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen** Leistungen für gesunde und kranke Menschen jeden Alters³. Weitere Hinweise zum Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege liefern die fünf sich gegenseitig ergänzenden Funktionen, mit denen das Gesamtangebot der beruflichen Pflege beschrieben wird:

1. Unterstützung in und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens
2. Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens
3. Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
4. Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits; Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen

² In Deutschland wird diese Befähigung im KrPflG als Ausbildungsziel bestimmt. Das Erreichen des Ausbildungsziels und das Bestehen der staatlichen Prüfung besagt jedoch nicht, dass alle Pflegekräfte gleich befähigt sind.

³ Das Ziel der interdisziplinären Tätigkeit ist es, die Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen, Menschen zu unterstützen, die mit einer Krankheit oder Behinderung leben müssen oder ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Dazu leistet die Pflege mit ihrer ganzheitlichen Sichtweise einen wichtigen Beitrag.

5. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufs; Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2002).

Hiermit sind wichtige Bezugspunkte für die betriebliche und praktische Ausgestaltung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege benannt. Manthey (1980; 1990; 2002a) hat drei wichtige generelle Verantwortungs- oder Aufgabenbereiche einer primären Pflegekraft beschrieben:

1. Sie muss entscheiden, wie der Patient gepflegt werden soll und entsprechende Anweisungen im Pflegeplan bzw. im entsprechenden Dokumentationssystem hinterlegen, wobei ihre Entscheidungen um so patientenorientierter sind, je mehr sie den Patienten einbezieht. Darüber hinaus ist es erforderlich, sich mit den anderen, an der Pflege und der gesamten Versorgung des Patienten beteiligten Personen abzustimmen.
2. Sie muss notwendige klinische Informationen während ihrer Abwesenheit den anderen an der Versorgung ihres Patienten Beteiligten zugänglich machen. Sie muss entscheiden, welche Informationen für andere wichtig sind.
3. Sie ist verantwortlich für die Entlassungsplanung. Sie trägt dafür Sorge, dass entsprechende Vorbereitungen getroffen werden und dass Informationen weitergegeben werden, wenn der Patient im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt weitere professionelle Versorgung benötigt.

Die verschiedenen Annäherungen an den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege bieten eine wichtige Grundlage für eine <<Stellenbeschreibung>>, in der die Kompetenzen benannt werden, die ein Betrieb einer Pflegekraft im Bereich der Pflege und der Patientenversorgung offiziell zugesteht. Die Stellenbeschreibung steckt mit anderen betrieblichen Vorgaben den Rahmen ab, innerhalb dessen die Pflegefachfrau in der Funktion der primären Pflegekraft die Pflege der ihr zugewiesenen Patienten eigenverantwortlich gestalten bzw. entscheiden kann, wie diese erfolgen soll. Es handelt sich um eine Ermächtigung zum Handeln. Was hieraus gemacht wird, ist eine andere Frage. Erfahrungen mit der Primären Pflege an unterschiedlichen Orten zeigen, dass der Wechsel von einer tätigkeitsbezogenen zu einer patientenbezogenen Arbeitszuweisung, d.h. zur Fallmethode und einer damit einhergehenden Delegation von Verantwortung für die Pflege eines spezifischen Patienten weder gleichbedeutend mit <<Patientenorientierung>> ist, noch automatisch zu derselben führt. Eine solche Orientierung verlangt die Bereitschaft des Einzelnen, das eigene Handeln und sich selbst immer wieder kritisch in Frage zu stellen und kontinuierlich hinzuzulernen. Pflegekräfte, die in dieser Organisationsform arbeiten, sollten über gewisse Eigenschaften und klinische Kompetenzen verfügen, d.h. die einzelne Pflegekraft sollte unabhängig von ihrer jeweiligen Position willens und bereit sein, Verantwortung zu übernehmen und ihren Beruf als Herausforderung und Möglichkeit der persönlichen Entwicklung zu begreifen. Die Wahrnehmung von Verantwortung auf individueller Ebene wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Ich möchte hier jene nennen, die für die Arbeitsmotivation und die Leistungsfähigkeit des Personals von Bedeutung sind. Hierbei handelt es sich um:

- die Möglichkeit der MitarbeiterInnen, ihre Arbeit zu tun (d.h. sie können ihr Wissen, ihre Fähigkeiten/Fertigkeiten und Erfahrungen in die Arbeit einbringen: die Kompetenz oder die „can do“-Faktoren)
- die Motivation des Personals, sich für seine Arbeit einzusetzen und sie zu tun (die Fähigkeit oder die „will do“-Faktoren)
- eine unterstützende Organisation oder die vorgegebene Chance, die Arbeit gut zu tun (Verfügbarkeit von Ressourcen, Vorhandensein von die Leistungsfähigkeit fördernden Vorgaben und Verfahrensweisen, entsprechendes physisches und soziales Umfeld) (Zurn et al. 2005).

Der letzte Punkt verweist darauf, dass auf betrieblicher Ebene Vorkehrungen unterschiedlicher Art getroffen werden müssen, damit die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen der Mitarbeiter genutzt und weiter ausgebildet werden können. Dieses ist insbesondere mit Blick auf das letzte noch zu beschreibende Teilkonzept, dass der Übernahme von Verantwortung inkl. Rechenschaftspflicht von herausragender Bedeutung.

ZUM TEILKONZEPT ÜBERNAHME VON VERANTWORTUNG INKL. RECHENSCHAFTSPFLICHT

In diesem Zusammenhang kann es ein unterstützender organisatorischer Rahmen der Pflegefachkraft in der Funktion der primären Pflegekraft erleichtern, ihre Entscheidungen und ihr Handeln persönlich zu verantworten und Rechenschaft abzulegen. Tewes hat in der Pflegeliteratur sechs Verantwortungsinstanzen ausgemacht, gegenüber denen sich die primäre Pflegekraft verantworten können muss: den Patienten und seine Bezugspersonen, sich selbst, die KollegInnen, den Arbeitgeber, die Berufsgruppe, die Gesellschaft. Die Bedeutung, die einer „unterstützenden Organisation“ für Entwicklungsprozesse in der Pflege vor dem Hintergrund zukommt, dass der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege strittig ist und dass in unserer Gesellschaft eine allgemeine „Fürsorgeverantwortung“ bis heute eher unterentwickelt ist, liegt auf der Hand.

Eine andere wichtige Voraussetzung für die Übergabe von Verantwortung und die entsprechende Verantwortungsübernahme besteht darin, dass die Verantwortung umfassend ist. Sie erstreckt sich anders als in der Funktions- oder Gruppenpflege über mehr als eine Schicht, d.h. über 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche. Konkret beschreibt letzteres die Zeitspanne von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten bzw. seine Verweildauer auf der Station (4. Kernelement). Nicht nur für die zu pflegenden Menschen, sondern auch für die volle Umsetzung der dezentrale Entscheidungsfindung, ist die Kontinuität in der Pflege wichtig. Erst die an die Verweildauer des Patienten auf der Station gebundene Übergabe und Übernahme von Verantwortung für dessen Pflege versetzt die primäre Pflegekraft in die Lage, den Prozess der pflegerischen Versorgung von Anfang bis Ende zu übersehen und aktiv zu gestalten. Nur so kann sie die Wirkung der von ihr geplanten, eingeleiteten und durchgeführten Pflegemaßnahmen in Bezug auf den Pflegebedarf und auf die

mit dem Patienten vereinbarten Ziele überprüfen. Dieses Übersehen und Verfolgen des gesamten Pflege- und Behandlungsprozesses schafft den Rahmen, aufkommende Probleme, inadäquate Entscheidungen oder Fehlentscheidungen zeitnah zu korrigieren. Die Möglichkeit, das eigene Handeln im Nachhinein bewerten zu können, ist für die Entwicklung der persönlichen professionellen Kompetenz von fundamentaler Bedeutung. Hierbei handelt es sich, wie Manthey (1980; 2002a) schreibt, um einen äußerst delikaten und schwierigen Aspekt und um eine zentrale Führungsaufgabe.

Um die Kontinuität der Pflege sicherzustellen, bedarf es weiterer organisatorischer Voraussetzungen. Soll die primäre Pflegekraft den gesamten Prozess der pflegerischen Versorgung verantworten und darüber dem Patienten, sich selbst und ihren Vorgesetzten Rechenschaft ablegen, dann muss ihr konsequenterweise auch das Recht zugestanden werden, für die Zeit ihrer Abwesenheit Vorgaben für die anderen an der pflegerischen Versorgung ihrer Patienten beteiligten Personen zu machen. An dieser Stelle kommen die Funktionen der primären Pflegekraft und der zugeordneten Pflegekraft ins Spiel. Die primäre Pflegekraft hat in dieser Funktion die Weisungsbefugnis im Bereich der Pflege (s. Manthey 2002a). Diese ist als <<fachliche Leitungskompetenz>> zu verstehen. Dies bedeutet nicht, dass die zugeordneten Pflegekräfte, die die Pflege während ihrer Abwesenheit übernehmen, ihren Anordnungen blind folgen müssen. Die zugeordneten Pflegekräfte übernehmen die Durchführungsverantwortung und ihnen wird je nach Situation und den Erfordernissen des Patienten ein von der primären Pflegekraft zuvor definierter Entscheidungsspielraum zugestanden, damit sie situativ handlungsfähig sind. Notwendige Änderungen des Pflegeplans sind gegenüber der Primären Pflegekraft zu rechtfertigen und zu begründen, da diese für das Management des ihr zugewiesenen Patienten verantwortlich ist und eine auf den Patienten bezogene klinische Managementfunktion innehat. Damit die primäre Pflegekraft die fachliche Leitungs- und Managementfunktion erfolgreich wahrnehmen kann, muss sie nicht nur den Pflegeprozess und die damit einhergehenden Arbeitsprozesse aktiv steuern können, sondern zwangsläufig auch fähig sein, die im Laufe dieser Prozesse einzugehenden Arbeitsbeziehungen mit KollegInnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen aktiv zu managen.

Die drei Teilkonzepte – Delegation von Verantwortung, Autorität im Sinne von Handlungsspielraum für die Pflege und Verantwortungsübernahme inkl. Rechenschaftspflicht – müssen kongruent sein. Hierbei stellen die Delegation von Verantwortung und die Verantwortungsübernahme die zwei Seiten einer Medaille dar. Diese Aussage entspricht einem wichtigen Organisationsgrundsatz, dem *Kongruenzprinzip*, das besagt, dass eine Übereinstimmung (Kongruenz) zwischen Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung verlangt wird (s. Schulte-Zurhausen 1999). Damit die dezentrale Entscheidungsfindung auf betrieblicher Ebene ihre

volle Wirkung entfalten kann, müssen die verschiedenen Positionen, die Führungspositionen ebenso wie die unterschiedlichen Mitarbeiterpositionen immer wieder auf die Übereinstimmung dieser drei Teilkonzepte hin betrachtet werden und darauf, wie diese sich zu der im Krankenhaus vorzufindenden Realität verhalten (s. Manthey 1980).

AKZEPTANZ DER ÜBERNAHME VON VERANTWORTUNG

Die Akzeptanz der Übernahme der Verantwortung durch die primäre Pflegekraft wird für alle anderen im Kontext ihrer Arbeitsbeziehung zum Patienten sichtbar. In dieser Beziehung zeigt die Pflegekraft, wer sie ist, was sie kann und was sie will. Solange diese Beziehung aber für den Patienten nicht besteht, z.B. weil er nicht weiß, dass die Pflegefachfrau Frau Meier für seine pflegerische Versorgung zuständig ist, kann nicht von einer Verantwortungsübernahme gesprochen werden. Das Gefühl oder die Vorstellung, Verantwortung zu haben, reichen nicht aus. Stattdessen muss die Akzeptanz der Verantwortungsübernahme offensiv und sichtbar vertreten werden. Dies ist ein kritischer Punkt. Er bedingt einen Lernprozess und einen Statuswechsel, der mittels eines Initiationsritus, der Übergabe der Verantwortung durch die Führungskraft, in Gang gesetzt wird (s. Manthey 2002b). Es gibt mehrere Barrieren, die eine Pflegekraft von diesem Statuswechsel abhalten können: logistische wie etwa die Dienstplangestaltung, kulturelle wie das Gefangensein in einer Opferhaltung, persönliche, was etwa Entscheidungen hinsichtlich der Menge, des Grades und der Art der Pflege betrifft, die ein Patient erhalten soll. Weiter können strukturelle Veränderungen ein Hindernis darstellen (Manthey 2002b).

An anderer kritischer Punkt ist die Arbeitsbeziehung zwischen primärer und zugeordneter Pflegekraft. Hierbei handelt es sich um zwei sich ergänzende Funktionen, mittels derer die Kontinuität der Versorgung sichergestellt wird. Die zugeordnete Pflegekraft kann für die primäre Pflegekraft wie ein fachlicher Spiegel fungieren, der es ihr ermöglicht, ihre Entscheidungen aus einer anderen Perspektive zu sehen. Dies kann entlastend sein, dies kann aber auch, wenn die Beziehung zwischen primärer Pflegekraft und zugeordneter Pflegekraft von Konkurrenz bestimmt ist, eine Belastung darstellen. Die primäre Pflegekraft muss ihr Augenmerk auf ihre Beziehung zu den ihr zugeordneten Pflegekräften legen, damit der Patient die mit ihm vereinbarte Pflege auch tatsächlich erhält. Die geforderte Transparenz zwischen primärer und zugeordneter Pflegekraft und die damit gegebene gegenseitige Kontrolle der pflegerischen Praxis setzt eine gewisse Dynamik zwischen den Pflegekräften frei. In ihrer Arbeitsbeziehung zeigt sich, ob es sich um eine kollegiale, um eine hierarchische, um eine machtbetonte oder andersgeartete Beziehung handelt. Inwieweit es gelingt, tragfähige Arbeitsbeziehungen zu entwickeln, ist eine Frage des gegenseitigen Respekts und Vertrauens. In der Primären Pflege müssen die Pflegekräfte lernen, kooperativ miteinander zu arbeiten.

Diese Notwendigkeit ergibt sich mit Blick auf den zu versorgende Patienten. Herr Meier bleibt während seines Aufenthaltes auf der Station und von Schicht zu Schicht derselbe. Ihm gegenüber ist es weder fair noch sachlich zu begründen, dass er aufgrund von Konkurrenz, Eifersüchteleien oder anderen Problemen zwischen den Pflegekräften einem Wechselbad der Pflege ausgesetzt wird. Die Pflegekräfte müssen lernen, ihre unterschiedliche Sicht der Pflege offen auszutauschen, und sie müssen sich einigen. Ebenso sollten zwischenmenschliche Konflikte zwischen ihnen geklärt und nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden (s. Manthey 2002a). Es geht hier nicht darum, dass die zugeordnete Pflegekraft mit dem von der primären Pflegekraft eingeschlagenen Weg immer übereinstimmen muss. Sie muss ihn aber mittragen, damit der Patient eine gleichbleibende Pflege erhält. In diesem Zusammenhang kommt der Stationsleitung die Rolle zu, die von den Pflegekräften zu leistenden Lernprozesse positiv und aktiv zu unterstützen.

Die Realisierung der Übernahme von Verantwortung gehört zu den schwierigsten Aspekten der Umsetzung der Primären Pflege. Scheint die Übergabe der Verantwortung für die Pflege und die verbale Übernahme derselben noch relativ einfach zu sein, stellt **das Sichtbarmachen dieser Verantwortung gegenüber Dritten** offensichtlich eine große Herausforderung dar. Sie ist an Voraussetzungen gebunden, die nicht in jedem Krankenhaus und auf jeder Station gegeben sind. Die aktive Übernahme der Verantwortung für die Pflege eines Patienten kann durch das auf einer Station oder in einem Team anzutreffende Klima begünstigt oder erschwert werden. Manthey (1970, 1980) unterstreicht die Notwendigkeit einer <<Teamatmosphäre>>, die ein Lernen und vor allem ein Lernen aus Fehlern ermöglicht. Dieses Klima bildet den Hintergrund, vor dem sich die vielfältigen Lernprozesse bei der praktischen Umsetzung der Primären Pflege und bei der Neugestaltung der diversen Beziehungen abspielen. Die Entwicklung eines solches Organisationsklimas kommt einem Bruch mit der Geschichte des Krankenhauswesens gleich, wo Fehler eher zugedeckt als aufgedeckt worden sind. Wenn sie nicht mehr verschleiert werden konnten, wurden sie in der Regel disziplinarisch geahndet und nicht als Lernchance genutzt. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass die Übernahme von Verantwortung dadurch erschwert wird, dass jede Entscheidung grundsätzlich das Risiko enthält, die falsche gewesen zu sein. Um dieses Risiko eingehen zu können, bedarf es einer Art <<konstruktiver Fehlerkultur>>, die sich ebenso wenig wie die Kultur der Selbstverantwortung automatisch herstellt. Sie fordert den Einzelnen, das einzelne Team und die Führungskräfte gleichermaßen heraus. Ob die einzelnen MitarbeiterInnen bereit sind, Risiken einzugehen, hängt u.a. von der in einem Team und in der Organisation vorherrschenden Form der Fehlerkultur ab. Hier sind viele Variationen denkbar. An dieser Stelle zeigt sich, wie gut die einzelnen Pflegekräfte auf einer Station miteinander arbeiten, wie die Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Pflegeteams und die

zwischen Stationsleitung und MitarbeiterInnen sind, und wie die Beziehungen zu den anderen Berufsgruppen sind, d.h., ob sie von Respekt und gegenseitiger Achtung getragen sind u.a.m.

Abschließend möchte ich auf ein mit der Verantwortungsübernahme zusammenhängendes Thema eingehen, dessen Bedeutung sich schon in den 70er Jahren im Beth Israel Hospital, Boston, (BIH, jetzt BIDMC) bei der Umsetzung der Primären Pflege gezeigt hat.

AUTONOMIE UND KONTROLLE ÜBER DIE PFLEGERISCHE PRAXIS

Die Pflegeführungskräfte erkannten bei ihren Gesprächen mit den Pflegekräften, dass diese die Begriffe *Autorität*, *Übernahme von Verantwortung* und *Autonomie* synonym verwendeten. Sie beschrieben zwei Dimensionen einer autonomen bzw. eigenverantwortlichen Praxis:

1. <<*Die organisatorische Autonomie*: Hiermit war die Möglichkeit gemeint, in einem organisatorischen Rahmen zu arbeiten, der frei von solchen Regeln und Vorschriften ist, die für den Prozess der Patientenversorgung und für die Pflegeergebnisse keine Bedeutung haben. Die Pflegekräfte erwarteten, dass sie in Entscheidungen, die die Station und die Organisation als Ganzes betreffen, einbezogen werden. Sie wollten ihren eigenen Tag planen, ihre Arbeitslast organisieren und Prioritäten setzen. Sie wollten ganz allgemein <ihre eigene Praxis kontrollieren>.
2. *Die klinische Praxisautonomie*: Diese bezieht sich auf den Umfang der Praxis, für die eine Pflegekraft verantwortlich ist und zur Rechenschaft gezogen werden kann. Die Pflege von Patienten wird als ein legitimer Bereich der Pflegekräfte verstanden, innerhalb dessen sie berechtigt sind, Entscheidungen zu treffen. Dort, wo die Pflegepraxis an die Bereiche anderer Berufsgruppen angrenzt bzw. sich diese überschneiden, dürfen die Pflegekräfte erwarten, dass ihr Wissen und ihre Kompetenz im Entscheidungsfindungsprozess wertgeschätzt werden. Darüber hinaus haben die Pflegekräfte ebenso wie andere Berufsgruppen die Verpflichtung, ihr Wissen und ihre Kompetenz bezüglich der Patientenversorgung mit anderen zu teilen. Daraus ergibt sich, dass Zusammenarbeit eine zu erwartende Eigenschaft der klinischen Praxisautonomie ist. (...)>> (Clifford 1990: 33f).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Konzepte <<Autonomie>> und <<Kontrolle über die eigene Praxis>> schillernde Begriffe sind und den Pflegekräften selbst nicht immer klar ist, was mit Autonomie konkret gemeint ist. Auch wandelt sich das Verständnis und damit die Bedeutung der Autonomie für die Pflegekräfte im Laufe der Zeit (s. Kramer/ Schmalenberg 2002, 2004). Eine erste Vorstellung von professioneller Autonomie erlangen Pflegekräfte durch die Haltungen, die ihnen im Rahmen ihrer Ausbildung vermittelt werden (s. Wade 1999). Die Ansicht, dass professionelle Autonomie etwas ist, dass einem nur von anderen, z.B. von Vorgesetzten zugestanden werden muss, greift zu kurz. Sie korrespondiert mit der Annahme einer passiven Rolle der Pflegekräfte beim Erwerb und bei der Übernahme von Verantwortung. Sie kann dazu verleiten, dass der von den Pflegekräften selbst zu übernehmende Part ausgeblendet wird. Klar ist indes, dass Verantwortungsübernahme oder eigenverantwortliches Handeln nicht gedeihen kann, wenn der einer Pflegekraft formal zugesprochene Handlungsspielraum ihr im beruflichen Alltag von den Führungskräften nicht zuge-

standen wird oder von ihr selbst nicht aktiv eingefordert wird. Nach Ritter-Teitel (2002: 33) ist das Erlangen professioneller Autonomie auf der betrieblichen Ebene an vier grundlegende Voraussetzungen gebunden:

- Die Kompetenzen und Fertigkeiten der Pflegekräfte müssen spürbar abgefordert werden.
- Die Patientenversorgung sollte um die Pflegekraft-Patient-Beziehung organisiert sein.
- Es sollten Methoden der systematischen Einschätzung und Wiedereinschätzung des Personals eingesetzt werden.
- Die Pflegekräfte müssen das Recht haben, eine Beratung einzufordern>>.

Kramer/Schmalenberg legten den von ihnen interviewten Pflegekräften folgende allgemeine Definition von Autonomie vor: <<Wenn Autonomie als Freiheit verstanden wird, dass Sie auf der Basis Ihres Wissens handeln, können Sie dann autonom praktizieren (handeln im Sinne von pflegen, MMK)? Geben Sie ein Beispiel einer typischen Situation, die dieses veranschaulicht>> (2002:36). Die Analyse der Antworten ergab drei Dimensionen⁴ von Autonomie und zwar nach:

- der <<Häufigkeit>>, in der autonomes Handeln möglich ist
- der <<Reichweite des Handeln>>, d.h. ob sie sich nur auf die Pflege im engeren Sinn (autonomer oder eigenverantwortlicher Bereich) oder allgemein auf die gesamte Patientenversorgung (im Sinne aller drei Teilbereiche des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs) bezieht
- den <<organisatorischen Sanktionen>>, d.h. andere Pflegekräfte, Führungskräfte oder Ärzte geben zu erkennen, dass sie ein eigenverantwortliches und selbstgesteuertes Handeln seitens der Pflegekräfte erwarten und dass dieses auch dann anerkannt wird, wenn eine getroffene Entscheidung sich als nicht richtig erweist. Diese Dimension betrifft den Aspekt, ob die Pflegekräfte für ihr Handeln zur Rechenschaft gezogen werden (s. Kramer/Schmalenberg 2002, 2004a).

Auf der Basis ihrer Analyse der Interviewdaten entwickelten Kramer/Schmalenberg (2004a: 44) die nachstehende Definition:

<<Autonomie besteht in der Freiheit, auf der Basis des eigenen Wissens zu handeln, um unabhängig klinische Entscheidungen zu treffen, die Standardpflegesituationen überschreiten und die im besten Interesse des Patienten sind.>>

Bezogen auf eigenverantwortliches Handeln verweist das Stichwort <<Freiheit>> einerseits auf das Vertrauen, das der Pflegekraft von Seiten der Organisation entgegengebracht wird, und andererseits auf positive Sanktionen in dem Sinn, dass eigenverantwortliches Handeln auf der Basis beruflichen Fachwissens von den Pflegekräften erwartet wird. Was letzteres betrifft, zeigen die Untersuchungsergebnisse durchaus Unterschiede. Dies wird besonderes dort deutlich, wo sich der eigenverantwortliche Bereich des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs mit dem arztabhängigen Bereich oder mit dem wechselseitig abhängigen Bereich überlappt. Eine wichtige Rolle für die Wahrnehmung der zugestandenen Autonomie und der damit verbundenen Übernahme von Verantwortung spielt der Umgang mit klinischen Fehlentscheidungen. Eine positive Sicht der Übernahme von Verantwortung war

mit der Erwartung der befragten Pflegekräfte verbunden, dass problematische Situationen in einem positiven und konstruktiven Sinn gehandhabt werden (s. Kramer/Schmalenberg 2004a, 2005).

An dieser Definition von Autonomie wird deutlich, dass dieses Konzept auf das pflegerische Fachwissen verweist, aber auch darauf, dass das pflegerische Handeln und hier vor allem die klinische Entscheidungsfindung immer in Bezug auf etwas erfolgt, d.h. in Relation zu etwas steht. Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Pflege von Patienten in der Regel in einem Umfeld stattfindet, in dem mehrere Berufe und Professionen miteinander arbeiten, scheint es angemessener zu sein, <<Autonomie>> in einem relationalen Sinn und als etwas zu verstehen, das sozial erzeugt wird. Denn wie autonom wir in unserem Handeln sind, hängt nicht nur von unseren eigenen Fähigkeiten ab, sondern auch von den jeweils vorherrschenden sozialen Beziehungen und Machtverhältnissen, in die wir eingebunden sind. Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen dem Individuum und der Organisation, in welche es eingebunden ist. Mit anderen Worten, eine wirkungsvolle professionelle Autonomie baut auf sozialen Beziehungen und unterstützenden Strukturen auf. Fehlen solche Beziehungen und Strukturen, ist die professionelle Autonomie gefährdet. Autonomie im relationalen Sinn erkennt an, dass die Menschen nie ganz unabhängig sind. Dieses Verständnis von Autonomie hat Folgen für die von den Pflegekräften gern in Anspruch genommene Rolle des Patientenadvokaten zur Wahrung der Patientenautonomie und damit auf die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung. Es könnte aber auch helfen, Situationen besser zu verstehen, in denen Pflegekräfte sich in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen. Insgesamt, so MacDonald (2002), müssen Wege gefunden werden, die eine sinnvolle Selbststeuerung der Pflege innerhalb eines Kontexts wechselseitig voneinander abhängiger Gesundheitsteams fördern. Autonomie ist nicht mit Unabhängigkeit gleichzusetzen.

Den Studien von Kramer/Schmalenberg ist zu entnehmen, dass die Konzepte <<Autonomie>> und <<Kontrolle über die Pflegepraxis>> evolutionäre und prozesshafte Konzepte sind. Was die verschiedenen Dimensionen der Autonomie konkret bedeuten, muss von den Pflegekräften selbst erfahren und von ihnen und ihren Führungskräften erarbeitet werden. Alle mir bekannten entsprechenden Arbeiten betonen, dass die Führungskräfte in der Pflege eine starke Vision von der Pflege als einer Profession entwickeln und alles daran setzen müssen, die Pflegekräfte bei der Erbringung einer Pflege auf professionellem Niveau zu unterstützen.

⁴ Zwei weitere Kategorien waren: nicht unterstützte Autonomie, keine autonome Praxis.

Mit der Umsetzung der Primären Pflege wird ein grundlegender Wechsel vollzogen, der alle Betroffenen vor viele ungeahnte Herausforderungen stellt. Die Primäre Pflege fördert und stützt eine Kultur der Selbstverantwortung, die in der heutigen Wissensgesellschaft für den beruflichen Erfolg des einzelnen Mitarbeiters ebenso wie für den betrieblichen Erfolg unerlässlich ist. Es ist unser aller Aufgabe und unsere Verpflichtung gegenüber den von uns zu pflegenden und zu versorgenden Menschen, eine solche Kultur aktiv herzustellen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

Abbott, A.: *The Systems of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* The University of Chicago Press, Chicago 1988.

Allen, D.: Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. In: *Nursing Inquiry*, 11, 2004, (4): 271 - 283

Anthony, M. K.: *Professional Practice and Career Development.* In: Huber, D. L. (ed.): *Leadership and Nursing Care Management.* Saunders / Elsevier, Philadelphia 2006: 61 – 81

Clifford Clifford J.C.; Horvath, K. (ed.) (1990): *Advancing Professional Nursing Practice. Innovations at Boston's Beth Israel Hospital.* Springer Publishing Company, New York

Clifford J.C.: *Professionalizing a Nursing Service: An Integrated Approach for the Management of Patient Care.* In: Clifford J.C.; Horvath, K. (ed.): *Advancing Professional Nursing Practice. Innovations at Boston's Beth Israel Hospital.* Springer Publishing Company, New York, 1990: 30 -50

Creative Health Care Management Inc.: *Leading an empowered Organization,* auf deutsche/italienische Fassung (auf der Basis der englischen Fassung aus dem Jahr 2003), Minneapolis (www.chcm.com)

Deutschendorf, A. L.: *Models of Care Delivery.* In: Huber, D. L. (ed.): *Leadership and Nursing Care Management.* Saunders / Elsevier, Philadelphia 2006: 315 - 336

Dielmann, G. : *Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis.* Mabuse-Verlag, Frankfurt 2004.

Hughes, E. C.: *The Sociological Eye. Selected Papers.* Transaction Publishers, New Brunswick & London 1993.

Klement, C. : *Von der Laienarbeit zur Profession.* Verlag Barbara Budrich, Opladen 2006.

Koloroutis, M. (ed.): *Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice.* Creative Health Care Management. Minneapolis 2004.

Koloroutis, M. : *Professional Nursing Practice.* In: Koloroutis, Mary (ed.): *Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice.* Creative Health Care Management. Minneapolis 2004.

Kramer, M.; Schmalenberg, C.: *Staff Nurses Identify Essentials of Magnetism.* In: McClure, M.L.; Hinshaw, A.S.: *Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses.* America Academy of Nursing, Washington D.C., 2002: 25 - 59.

Kramer, M.; Schmalenberg, C.: *Essentials of a Magnetic Work Environment, Part 2.* In: *Nursing*, Vol. 34, No. 7, 2004: 44-47

Kramer, M. Schmalenberg, C.: *Best Quality Patient Care: A Historical Perspectives on Magnet Hospitals.* In: *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 29, No.3, July-September 2005: 275 - 287

- Laufer, H.: Vertrauen und Führung. Vertrauen als Schlüssel zum Führungserfolg. Gabal Verlag, Offenbach 2007.
- MacDonald, C.: Nurse Autonomy as Relational. In: Nursing Ethics, 9 (2002): 194-201
- Manthey, M.; Ciske, K.; Robertson, P.; Harris, I. Primary nursing. A return to the concept of 'my nurse' and 'my patient'. In: Nursing Forum, Vol. IX, 1970, No. 1: 65 – 83
- Manthey, M.): A Theoretical Framework for Primary Nursing. Journal of Nursing Administration, 1980, June:11-15
- Manthey, M.: Practice Partnerships: The Newest Concept in Care Delivery. In: JONA, Vol. 19, 1989, No. 2, Feb.: 33 - 35
- Manthey M.: Definitions and Basic Elements of a Patient Care Delivery System with Emphasis in Primary Nursing. In: Mayer, G. G.; Madden, M. J.; Lawrence, E. (eds.): Patient Care Delivery Models. An Aspen Publication, Rockville, Maryland 1990: 201 - 211
- Manthey, M.: Delivery Systems and Practice Models: A Dynamic Balance. In: Nursing Management, Jan. 1991; Reprint ohne Seitenangabe
- Manthey, M.: Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem. Huber, Bern 2002a.
- Manthey, M.: The Practice of Primary Nursing. Relationship-based, Resource-Driven Care Delivery. 2nd Edition, Creative HealthCare Management, Minneapolis 2002b.
- Manthey, M.; Koloroutis, M.: Resource Driven Practice. In: Koloroutis, M. (ed.): Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice. Creative Health Care Management. Minneapolis 2004.
- Manthey, M.: Erfahrungen mit der Professionalisierung der Pflege. Einführung und Auswirkungen der Bezugspflege. Vortrag vom 16.Juni 2005, Universitätsspital Zürich, Pflegedirektion 2005a.
- Manthey, M.: Entstehung und Grundsätze der Bezugspflege. Erfahrungen in den USA. Vortrag vom 17.Juni 2005, Universitätsspital Zürich, Pflegedirektion, 2005b.
- McClure, M. L., Hinshaw, A. S. (eds.): Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses. American Nurses Publishing, Washington D.C 2002.
- McClure, M. L., Hinshaw, A. S.: The Future of Magnet Hospitals. In: McClure, M. L., Hinshaw, A. S. (eds.) Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses. American Nurses Publishing, Washington D.C 2002.
- McClure, M. L.: Magnet Hospitals. Insights and Issues. In: Nurs. Admin. Q., Vol. 29, 2005, No. 3: 198-201
- Pfadenhauer M. Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. leske + budrich, Opladen 2003.
- Ritter-Teitel, J.: The Impact of Restructuring on Professional Nursing Practice. In: JONA, Vol.12, 2002, No. 1: 31-41.
- Schulte-Zurhausen M.: Organisation. 2. Auflage. Verlag Vahlen, München 1999.
- Schweizerisches Rotes Kreuz: Bestimmungen für die Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau/ zum dipl. Pflegefachmann, 2002
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C.: Social Organization of Medical Work. The University of Chicago Press, Chicago & London 1985.
- Strauss, A.: Professions, Work and Careers. Transaction Publishers, New Brunswick 2001.
- Tewes, R.: Pflegerische Verantwortung. Huber, Bern 2002.

Villaire M. (o. Jahr): Marie Manthey on the Evolution of Primary Nursing. Interview. In: Critical Care Nursing.

Wade, G. H.: Professional nurse autonomy: Concept analysis and application to nursing education. In: Journal of Advanced Nursing, 30 (1999) 2: 310-318

Werner, M.H.: Verantwortung. In: Düwell, M.; Hübenthal, Ch.; Werner, M.H.: Handbuch Ethik. Stuttgart/Weimar: Metzler, 2002: 521-527.

Zurn, P., Carmen, D., Stilwell, B.: Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. Issue paper 4. The Global Nursing Review Initiative, ICN, Genf