

Bernd Meyer

Professionalität und Autorität in der psychiatrischen Pflege

Eine empirische Studie zum Verhalten
von psychiatrischen Pflegefachkräften
in Konfliktsituationen



disserta
Verlag

Meyer, Bernd: Professionalität und Autorität in der psychiatrischen Pflege: Eine empirische Studie zum Verhalten von psychiatrischen Pflegefachkräften in Konfliktsituationen. Hamburg, disserta Verlag, 2015

Buch-ISBN: 978-3-95935-006-8

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95935-007-5

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2015

Covermotiv: © laurine45 – Fotolia.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2015
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	9
Vorwort.....	10
Einleitung	12
1 Konfliktfelder der in den Tätigkeitsbereichen der psychiatrischen Pflege ..	14
2 Professionalisierung in der Pflege.....	17
2.1 Professionalisierung der psychiatrischen Pflege.....	18
2.2 Zum beruflichen Selbstverständnis der psychiatrischen Pflege	21
2.3 Zum Verständnis von Psychosen	25
2.4 Psychiatrischen Pflege und Ethik.....	28
2.4.1 Theoretische Grundlagen.....	30
2.4.2 Ethische Prinzipien und moralisches Handeln in der psychiatrischen Pflege.....	35
2.5 Zusammenfassung	44
3 Explorative Studie	47
3.1 Auswahl und Begründung der Fragen	49
3.2 Auswahl und Begründung der Fallbeispiele und der dazu gehörenden Fragen.	53
4 Ergebnisse	60
4.1 Ergebnisse und Interpretation der persönlichen Daten.....	61
4.2 Ergebnisse und Interpretation der Fragen zum Berufsverständnis	63
4.3 Zusammenfassung berufliches Selbstverständnis.....	68
5 Ergebnisse geschlossene Fragen zu den Fallbeispielen.....	70
5.1 Auswertung der offenen Fragen zu den Fallbeispielen.....	71
5.1.1 Argumente gegen die Durchführung der ärztlichen Anordnung in den Fallbeispielen	80
5.1.2 Vergleichende Betrachtung der TeilnehmerInnen, die in beiden Fallbeispielen die Anordnung nicht ausführen	82
5.1.3 Argumente bei einer Durchführung der ärztlichen Anordnung in den Fallbeispielen	84
5.2 Interpretation der Aussagen bei einer Durchführung der ärztlichen Anordnung in beiden Fallbeispielen.....	85

6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	89
7 Ausblick	96
Literaturverzeichnis	99
Anhang 1: Fragebogen.....	110
Anhang 2: Auswertung Berufsverständnis	117
Anlage 2.1: Auswertung der Fragen zu den Fallbeispielen	124
Anhang 3: Skript der offenen Fragen zu den Fallbeispielen.....	127
Anlage 3.1: Argumente gegen die Durchführung der Anordnung in Fallbeispiel 1	128
Anlage 3.2: Argumente für die Durchführung der ärztlichen Anordnung in Fallbeispiel 1	137
Anhang 3.3: Argumente gegen die Durchführung der Anordnung in Fallbeispiel 2	152
Anlage 3.4: Argumente für die Durchführung der ärztlichen Anordnung in Fallbeispiel 2	158
Anlage 3.5: Argumente der Teilnehmerinnen, die sich in beiden Fallbeispielen gegen die ärztliche Anordnung entscheiden.....	177

Zusammenfassung

Die Fragestellung dieser empirischen Arbeit war:

- Wie entscheiden und argumentieren psychiatrische Fachpflegekräfte in Situationen, die als Kontrasterfahrung zwischen dem eigenen beruflichen Selbstverständnis und ärztlichen Anordnungen erlebt werden?
- Gibt es Unterschiede, die sich aus Faktoren wie Geschlecht, Alter, Berufserfahrung oder beruflichem Selbstverständnis ableiten lassen?

115 angehende psychiatrische Fachpflegekräften wurden hinsichtlich ihres beruflichen Selbstverständnisses befragt. Hier konnte eine sehr hohe Übereinstimmung mit dem, aus der Literatur abgeleiteten, Selbstverständnis der psychiatrischen Pflege festgestellt werden. Dies wurde als Beleg für die Professionalisierung der psychiatrischen Pflege wahrgenommen.

Ob diese tatsächlich in der Praxis wirksam wird, sollte in einer empirischen Studie überprüft werden.

Dazu wurden den TeilnehmerInnen zwei Fallbeispielen präsentiert, in denen eine ärztliche Anordnung dem proklamierten beruflichen Selbstverständnis deutlich widersprach. Auch wäre, in beiden Fällen, bei der Ausführung der Anordnung, gegen geltendes Recht verstoßen worden.

Fast alle Befragten erkannten auch, dass die Ausführung der Anordnung schädliche Folgen für die Patientinnen haben würde und gaben an, dass ein deutlicher Widerspruch zwischen ihrem professionellen Verständnis und den, an sie gerichteten, Anforderungen erlebt wurde. Die überwiegende Mehrheit hielt die Anordnungen für falsch.

Die Erwartung, dass eine deutliche Mehrheit der Befragten die Durchführung der ärztlichen Anordnung ablehnen würde, wurde durch das Ergebnis widerlegt. Nur 14 von 115 Befragten lehnten in beiden Fallbeispielen die Durchführung einer, als falsch und schädlich eingeschätzter, ärztlicher Anordnung ab.

Deutlich wurde, dass Professionalität in der psychiatrischen Pflege zwar proklamiert, nicht aber gelebt wird.

Vorwort

„Warum tun Pflegende das, was sie tun“ (Orem, 1997) diese Frage, mit den Worten: „warum machen Sie das?“ an Pflegende in der Praxis gerichtet, wird sehr häufig damit beantwortet: „Weil der Arzt es angeordnet hat.“ Diese Aussagen sind weitgehend unabhängig vom Ort der jeweiligen Pflegepraxis. Selbst in Einrichtungen der Altenpflege oder Wohneinrichtungen für chronisch psychisch kranke Menschen, in denen keine Ärzte präsent sind, bleibt die Antwort gleich.

Wenn ärztliche Anordnung dann auch noch als „nicht gut“ oder gar als „schlecht“ erlebt bzw. erkannt werden, verändert sich die Antwort nur insofern, dass sie lautet: „Weil der Arzt es angeordnet hat *und ich dagegen nichts machen kann.*“

Bei der Beschäftigung mit der jüngeren Geschichte der Pflege, vor allem der Pflege im Nationalsozialismus, entsteht bei solchen Antworten, wenn sie heute noch gegeben werden, ein ungutes Gefühl. Sensibilisiert durch Psychoseseminare und die dort getroffenen Aussagen von Psychoseerfahrenen über das Erleben der Pflege und Therapie in der Psychiatrie verstärkten das beunruhigende Gefühl.

Für mich stellte sich die Frage: „ist es auch heute noch möglich, dass Pflegende, gegen das eigene Wissen und gegen die eigene Überzeugung, nur aufgrund einer ärztlichen Anordnung, von ihnen abhängigen Menschen Schaden zufügen oder diesen in Kauf nehmen würden?“

Auf diese Frage, die sich im Grunde genommen auf das „gute und richtige Handeln“ in der Pflege bezieht, stand lange Zeit ein „JEIN“ als Antwort im Raum. In meiner eigenen beruflichen Vergangenheit, in unterschiedlichsten Bereichen und Aufgabengebieten der psychiatrischen Versorgung, konnte ich immer wieder feststellen, dass die Mehrzahl der KollegInnen sich durch hohe Professionalität auszeichnete.

Andererseits beklagen Psychiatrieerfahrene in Psychoseseminaren, dass die psychiatrische Pflege nichts aus der Geschichte gelernt hat. In ihrem Erleben sind psychiatrisch Pflegende noch immer unreflektiert tätige Handlanger und reine Befehlsempfänger, die ärztliche Anordnungen ausführen ohne sich Gedanken über die Folgen zu machen.

Um, zumindest für die psychiatrische Pflege, etwas mehr Klarheit zu bekommen, wurde diese empirische Studie durchgeführt.

Ausgangspunkt der Studie war die Fragestellung:

„Wie verhalten Fachkräfte für psychiatrische Pflege in Situationen, in denen eine ärztliche Anordnung gegen das pflegerische Berufsverständnis verstößt und der Klient durch die Ausführung der Anordnung zu Schaden kommen könnte?“

Es sollte aufgezeigt werden, dass psychiatrisch Pflegende nicht mehr manipulierbar sind, sich nicht mehr ausschließlich auf Autorität und Gehorsam berufen, sondern den psychisch kranken Menschen in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns stellen. Psychisch kranke Menschen sollten die Gewissheit haben, dass psychiatrisch Pflegende verlässliche PartnerInnen auch in Ausnahmesituationen sind.

Die Umsetzung der Studie bereitete unerwartete Schwierigkeiten. Die ursprünglich geplante Parallelbefragung von PraktikerInnen und WeiterbildungsteilnehmerInnen konnte nicht verwirklicht werden. Alle angefragten psychiatrischen Kliniken lehnten, häufig nach anfänglichem Interesse, eine Beteiligung, aus unterschiedlichen Gründen, ab.

Zwei Beispiele:

Der Pflegedirektor einer psychiatrischen Klinik hielt die Arbeit für völlig überflüssig. „Gerade die psychiatrische Pflege hat sich in den letzten dreißig Jahren so intensiv wie kein anderer Bereich der Pflege mit moralischem Handeln beschäftigt. Noch eine Arbeit über Psychiatrie und Ethik ist überflüssig.“

Die Absage des ärztlichen Leiters einer großen psychiatrischen Klinik lautete: „Es ist ja wohl noch immer so, auch wenn Pflege inzwischen studieren darf, dass in der psychiatrischen Arbeit die Ärzte die Entscheidungen treffen. Die Pflege kann sich darauf verlassen, dass ärztliche Entscheidungen auch immer ethische und moralische Grundlagen haben und braucht sich über die Ethik in der Psychiatrie keine Gedanken zu machen.“

Einleitung

In der psychiatrischen Arbeit begegnen wir immer wieder Menschen, die nicht oder nicht mehr ausreichend realisieren können, dass sie Hilfe brauchen, die manchmal auch für sich selber und/oder für andere zur Gefahr werden. Dies kann z. B. in einer akuten Psychose der Fall sein, die „durch den (nahezu) vollständigen Verlust des Realitätsbezuges“ (Georg/Frohwein, 1998) gekennzeichnet ist. Nicht immer wird dann die angebotene Hilfe als solche erlebt und angenommen. In solchen Situationen kann es notwendig sein, auch gegen den Willen des Menschen, zu seinem eigenen oder dem Schutz anderer tätig zu werden. Dabei können auch Rechte verletzt, beschnitten, korrigiert und eingegrenzt werden (vgl. Schädle-Deiningner 1996, S.291). Dadurch hat psychiatrisches Handeln auch immer wieder mit Zwang zu tun. Weil das so ist, „kommt es entscheidend auf die Kontrolle seiner Ausübung an“ (Dörner/Plog 1990, S. 38).

Gesetzliche Vorschriften und fachliche Standards bilden einen Kontrollrahmen. Innerhalb dieses Rahmens bleiben aber viele Handlungsräume, die unterschiedlich gedeutet und ausgelegt werden können.

Getroffene Entscheidungen mögen rechtlich und fachlich vertretbar sein. Dennoch hinterlassen sie bei denen, die sie ausführen oder aushalten (müssen), in vielen Fällen sind das die Pflegenden, ein ungutes Gefühl. Eine Anordnung, eine Vorgehensweise wird als nicht gut, nicht richtig, ungerecht und nicht fair erlebt. Nicht selten ist das Sagen der Wahrheit in der gegebenen Situation vielleicht die therapeutisch falsche Entscheidung. Der Schutz des Lebens, das des Patienten, des eigenen oder anderer Menschen, ist oft mit (vorübergehender oder dauernder) Einschränkung der persönlichen Freiheit des Patienten verbunden. Psychiatrisch Tätige und insbesondere psychiatrisch Pflegende, die mit dem Patienten am häufigsten und engsten zu tun haben (vgl. Dörner 1996, S. 165 - 175), kommen in Situationen, für die es fachlich nur unzureichende Argumente gibt. Hier stellt sich die Frage, ob und wie die Werte und Normen, auf denen das Entscheiden und Handeln in der jeweiligen Situation beruht, zu rechtfertigen sind (vgl. van der Arend 1996, S. 19). Dies sind vor allem moralische Fragen, auf die die Ethik, als „Theorie des moralischen Handelns“ (vgl. Arndt 1996, S. 2) Antworten geben kann. Moralisches Handeln setzt ethisches Denken voraus, dies erfordert aber einen eigenen ethischen Wissensbereich

(vgl. Arndt 1996, S.14), um in unklaren, moralisch als problematischen, im Sinne von Kontrasterfahrung erlebten Situationen handlungsfähig zu bleiben.

Absicht dieser empirischen Arbeit ist es:

1. festzustellen, wie Pflegekräfte in der Psychiatrie bei Problemen, auch ethischer Art, sich entscheiden und argumentieren.
2. zu überprüfen, ob Faktoren wie Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und Berufsverständnis diese Entscheidungen beeinflussen.

Hierzu wurde eine quantitative Studie bei 115 Pflegekräften, die sich zum Befragungszeitpunkt in der Fachweiterbildung Psychiatrie befanden, durchgeführt. Den Rahmen hierzu bildete die zunehmende Professionalisierung, unter besonderer Berücksichtigung des Berufsverständnisses, das Verständnis vom Umgang mit psychosekranken Menschen und der Stand der ethischen Diskussion in der psychiatrischen Pflege. Dabei wird sich hier nicht mit allgemeinen Aspekten der Ethik oder einer Pflegeethik als Teilgebiet einer allgemeinen Ethik beschäftigt, soweit es nicht für das Verständnis der Arbeit notwendig ist.

Die Ergebnisse der Studie sollen mit dazu beitragen, ein ethisch-didaktisches Unterrichtskonzept für die Fort- und Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege zu entwickeln, welches auf dem problemgesteuerten Lernen nach Moust, Bouhuijs und Schmidt (1983) basiert. Dementsprechend ist diese Arbeit auch als Teil einer didaktischen Analyse im Sinne einer Bedingungsanalyse zu betrachten.

Ausgehend von einigen typischen Konfliktfeldern in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der psychiatrischen Pflege (Abschnitt 1), wird der konzeptionelle Rahmen der Arbeit dargestellt (Abschnitt 2). Dabei wird die zunehmende Professionalisierung der psychiatrischen Pflege im Kontext der psychiatrischen Versorgungsstrukturen beschrieben.

Zentrale Themen sind das Berufsverständnis, das Verständnis vom Umgang mit psychosekranken Menschen und der Stand der Ethikdiskussion in der psychiatrischen Pflege. Aus den genannten Schwerpunkten wird ein Untersuchungsinstrument (Abschnitt 3) entwickelt und inhaltlich begründet. Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Studie (Abschnitt 4) werden dargestellt und die Ergebnisse (Abschnitt 5 und 6) interpretiert und diskutiert. Anschließend werden Möglichkeiten und Maßnahmen vorgestellt, die dazu beitragen können, eine ethische Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Pflege zu erleichtern.

1 Konfliktfelder der in den Tätigkeitsbereichen der psychiatrischen Pflege

Neben dem klassischen Arbeitsgebiet der psychiatrischen Pflege, die psychiatrische Klinik, hat vor allem die ambulante Pflege psychisch kranker Menschen in den letzten 20 Jahren sehr stark zugenommen (vgl. Prognos 1991, S. 15 – 20). Daneben arbeiten psychiatrisch Pflegende in Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke (Dörner 1991), im öffentlichen Gesundheitswesen (Bahrenberg 2000) und zunehmend auch in Einrichtungen der Altenhilfe (Kors/Seunke 1997). Die große Bandbreite der Arbeitsfelder, mit sehr unterschiedlichen Anforderungen und breit gestreuten Bezugssystemen führen in der praktischen Arbeit auch zu einer Vielzahl von Konflikten. Nicht selten sind dies auch Konflikte ethischer Genese, ausgelöst durch Situationen, bei denen die Pflegenden „ein(en) Gegensatz zwischen den Anforderungen Ihrer Umgebung und Ihrer eigenen Vorstellung von guter Pflege“ (van der Arend 1998, S. 4) erleben. Einige dieser Konfliktfelder sollen hier exemplarisch dargestellt werden.

In der Akutpsychiatrie sind dies zum einen Meinungsverschiedenheiten zwischen Pflegenden und Medizинern, bei denen es um die „richtige“ Behandlung und Therapie bei psychiatrisch erkrankten Menschen geht. Kritisiert wird von Seiten der Pflege, dass ärztliches Handeln „standardisiert“ und nicht individuell sei.

Der Patient als Mensch werde, aus pflegerischer Sicht, zu wenig berücksichtigt, Entscheidungen werden über ihn hinweg getroffen und durchgesetzt. Exemplarisch dazu die Aussage einer Weiterbildungsteilnehmerin: „Wir versuchen uns am Menschen mit seiner Problematik unter Berücksichtigung seiner Lebenssituation zu orientieren, unsere Ärzte orientieren sich am medizinisch Machbaren. Ist aus ihrer Sicht das medizinisch Machbare ausgereizt, verlieren sie ihr Interesse am Patienten.“ (Krankenschwester, Akutpsychiatrie)

Ein zweites häufig genanntes Spannungsfeld ist die, aus Sicht der Pflege, „Fehlbelegung“ der psychiatrischen Station: „Ich komme mir vor wie ein animateur, diese Patienten langweilen sich zu Hause, haben nichts zu tun und kommen auf Urlaub in die Klinik. Dort wollen sie unterhalten werden, nörgeln an allem und tun alles, um so lange wie möglich bei uns zu bleiben. Irgendetwas fällt ihnen immer ein, um nur nicht wieder raus zu müssen.“ (Krankenpfleger, Akutpsychiatrie)

Dem gegenüber beklagen psychiatrisch Pflegende, die in der ambulanten Arbeit tätig sind, vor allem die Verantwortung und ein „sich im Stich gelassen fühlen“ bei notwendigen Entscheidungen mit großer Tragweite für die Klienten. Auch hierzu die Aussage eines ambulant tätigen psychiatrischen Fachpflegers: „Wenn ich nichts unternehme, weiss ich nicht ob er am Montag noch lebt, informiere ich den Nervenarzt, ist er in einer Stunde in der Klinik, was das Schlimmste für ihn ist. Wenn er wieder rauskommt, stehen wir bestenfalls dort, wo wir vor drei Jahren angefangen haben.“

Ebenfalls nicht selten ist, wie auch in den Anmerkungen zur Akutpsychiatrie, die Aussage: „Natürlich ist es mein Ziel, dem Klienten zur größtmöglichen Selbständigkeit zu verhelfen. Aber versuch mal jemanden selbständig zu machen, der dazu absolut keine Bereitschaft mitbringt, der sich nie um irgendetwas zu kümmern brauchte, dessen Nichtstun immer unterstützt wurde. Wenn zur Psychose auch noch Faulheit und Trägheit dazu kommen, bist Du machtlos, denn sobald ich mit sanftem Druck etwas zu erreichen versuche, lässt er sich einweisen und bleibt drei Monate in der Klinik.“ (Fachkrankenschwester, amb. psych. Pflege)

In der stationären Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen entstehen Konflikte vor allem angesichts folgender Fragen:

- Was ist das richtige Verhalten im Umgang mit den Klienten?
- Was darf er/sie, was dürfen wir zulassen, wo müssen Grenzen gesetzt werden?
- Welche Regeln haben allgemeine Gültigkeit, wann dürfen, wann müssen diese Regeln außer Kraft gesetzt werden?
- Wann ist mein Handeln im Sinne von Fürsorge gerechtfertigt, wann ist meine Fürsorge als eine Einschränkung der Selbstbestimmung zu werten und wie legitimiere ich mein Handeln oder Nicht - Handeln gegenüber anderen?

Vor allem letztere Aussage ist auch von MitarbeiterInnen in Einrichtungen der Gerontopsychiatrie immer wieder zu hören.

Diesen Fragen wird oft mit Antworten aus der Pflegewissenschaft, (Hollik 1996, Rau 1996, Meyer 1997) der Psychologie (Watzlawick 1990) und der Pädagogik (Kors/Seunke 1991), der Soziologie (Lamnek 1979) und der Medizin (Ciompi 1982, Bock 1997) begegnet. Nicht selten bringen diese Antworten vorübergehende Hilfen.

Häufig stellen sich aber die gleichen Fragen, im gleichen Kontext, wieder. Möglicherweise ist eine Ursache hierfür darin zu sehen, dass die aufgeführten Probleme nicht (auch) einer ethischen Reflexion, als perspektivische Ergänzung und Erweiterung, zugänglich gemacht werden.

Die Fähigkeit und die Bereitschaft, sein Tun und Lassen auch aus ethischer Perspektive zu betrachten, um moralisch handeln zu können, ist aber Voraussetzung für wirklich professionelles Handeln (vgl. van der Arend 1996, S.53 –54). Als Ausgangspunkt für die weiteren Betrachtungen, ist es daher notwendig, die Professionalisierungsbemühungen der (psychiatrischen) Pflege in Deutschland etwas näher zu betrachten.

2 Professionalisierung in der Pflege

In der pflegerischen Diskussion der letzten Jahre nimmt die Professionalisierung der Pflege einen hohen Stellenwert ein.. Das Wort „Profession“ stammt ursprünglich vom lateinische professio „öffentliches Bekenntnis“ (Duden, Etymologie 1989, S.551 – 552), im Französischen wurde daraus profession. Abgeleitet vom englischen „the professions“ entspricht es im deutschen dem Wort Beruf, allerdings im Sinne eines „freien“ oder „akademischen“ Berufes (vgl. Schoek 1979, S. 46). Professionalisierung kann dementsprechend als Verberuflichung verstanden werden. In der pflegerischen Fachliteratur wird der Professionalisierungsbegriff häufig im Zusammenhang mit der Akademisierung, dem Streben nach Selbstverantwortung (Pflegekammern) und Autonomie der Pflege in Verbindung gebracht (Krampe 1989, Reimann 1990, Steppe 1990, Wittneben 1991, Taubert 1992, Wanner 1993, Kellnhausen 1994, Schwochert 1994, Dill 1995, Harms 1996, Hamm 1996, Großmann 1997, Klie 1997, Gille 1999, Brieskorn-Zinke/Höhm, 1999, Sauter/Richter 1999, Weidner 1999).

Recht einheitlich sind die verwendeten Definitionen, die unter Professionalisierung die Ausweitung der beruflichen Selbstbestimmung, ein Verständnis ethischer Zusammenhänge und deren Umsetzung in moralisches Handeln, eine Ausweitung der umfassenden Dienstleistungen, die Erhöhung des Organisationsgrades und eine Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung verstehen (vgl. Gille 1999, Weidner 1999, S. 17 - 21). Taubert (1992) sieht, ähnlich wie Wittneben (1991) Professionalisierung und Patientenorientierung als Einheit. Patientenorientierung wird durch ein holistisches Menschenbild, ein eigenes Berufsverständnis, eine Neuorientierung der beruflichen Vorstellungen, eine Neuorganisation der Pflege und die Entwicklung von Persönlichkeit und Kreativität der Pflegenden beschrieben.

Kling – Kirchner (1994) betrachtet Professionalisierung als Voraussetzung für berufliche Privilegien. Als wesentliches Merkmal benennt sie einen Berufsethos, der gekennzeichnet ist durch „ausgewiesene Wertloyalität und den Verzicht, die eigene Vormachtstellung gegenüber den Hilfsbedürftigen auszunutzen“ (Kling – Kirchner 1994, S. 2).

Bei der nachfolgenden Betrachtung der psychiatrischen Pflege unter den Aspekten einer Professionalisierung wird diese in Anlehnung an die Definition von Arie van der