

ATL: Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells

Von Adelheid von Stösser

Die Überschrift charakterisiert die derzeitige Situation mit dem in Deutschland stark favorisierten Pflegemodell "Aktivitäten des täglichen Lebens"(ATL) nach der Theorie von Nancy Roper et.al. Seit nunmehr sechs Jahren bemüht man sich, Pflegeplanung und -dokumentation nach diesem Modell in unseren Krankenhäusern einzuführen. Doch anstelle von Erfolgsmeldungen finden sich in der Fachpresse hauptsächlich Lösungsangebote, mit denen man die allseits beklagten Umsetzungsschwierigkeiten in den Griff bekommen könnte. Trotz aller Interpretationen und Modifikationen bietet das Modell nicht die Systematik, die es für sich beansprucht, und mit der die praktischen Probleme bewältigt werden könnten. Entweder muss man lernen, mit mehr oder weniger großen Lücken zu leben oder man nimmt in Kauf, dass viel zusätzliche (überflüssige) Arbeit geschaffen wird. Diese Mängel lassen sich auch nicht mit Kraftakten aus der Welt schaffen; Beispiel: "Hessisches Curriculum Krankenpflege"! Wenn kraft Gesetzes ungelöste Probleme gelöst würden, dann müssten Pflegeplanung und -dokumentation seit Jahren bereits selbstverständlich sein. In diesem Beitrag soll in möglichst plastischer Form aufgezeigt werden, weshalb das ATL-Modell nicht das leisten kann, was es leisten sollte.

Einleitung

Seit dem Erscheinen der 4. Auflage des Lehrbuches "Krankenpflege" von Liliane Juchli hat das ATL-Modell im deutschen Sprachraum Verbreitung gefunden.

Völlig selbstverständlich und ohne ernsthaft hinterfragt zu werden, wurde mit dem überarbeiteten und erweiterten Lehrbuch auch das ATL-Modell angenommen. Dies ist zunächst verständlich, weil 1984 noch keine anderen Pflegemodelle in deutscher Sprache vorlagen und deshalb keine Vergleiche möglich waren. Hingegen existieren in den USA seit langem zahlreiche Modelle mit z.T. recht unterschiedlichen theoretischen Ansätzen. Inzwischen gibt es einige Übersetzungen und Gegenüberstellungen dieser Pflegemodelle, die uns die vielfältigen Denkansätze der amerikanischen Kollegen aufzeigen. Bedenkt man allein den wissenschaftlichen Vorbildcharakter, den die amerikanische Krankenpflege in unseren Augen genießt, so ist es geradezu unverständlich, warum wir mehr denn je an diesem einen Modell festhalten wollen. Dabei hat in der deutschen Krankenpflege weder eine Reflexion der bisherigen Erfahrungen stattgefunden noch wurden Vergleiche mit bereits vorhandenen Pflegemodellen angestrebt.

Mit dem ATL-Modell hatte man ein gut nachvollziehbares Gedankengerüst, eine Checkliste, die lückenlose Ganzheitlichkeit versprach, und man machte sich daran, sie in die Praxis umzusetzen. Anlaufschwierigkeiten wurden in Kauf genommen.

Es wurde vieles angepasst und ausgeglichen sowie viel Zeit und Energie aufgewendet, um die positiven Aspekte zu demonstrieren. Nur so lässt sich erklären, dass, trotz unübersehbarer Schwierigkeiten, kaum eine kritische Stimme zum Modell selbst vernehmbar wird. Folglich wird auch die Schuld an der Umsetzungsproblematik überall gesucht, vor allem bei der Praxis, nur nicht bei dem Modell selbst.

Fragt man den Praktiker, so findet man heraus, dass das Modell bestenfalls mangels eines Gegenangebotes akzeptiert wird. Der durchschlagende Erfolg ist ausgeblieben, ein Erfolg, der durch mehr Freude an der Pflege, eine höhere Identifikation mit dem Beruf und nicht zuletzt durch erkennbare Verbesserung der Pflegeergebnisse erkennbar würde.

Motivation für die Beschäftigung der Pflegenden mit dem ATL-Modell

Den Krankenpflegeberufen fehlt ein zeitgemäßer Identifikationsrahmen. Die Pflegenden können sich nicht mehr allein auf die religiös-ethischen Motive von früher berufen, sie möchten sich aber auch nicht einseitig in den Dienst der naturwissenschaftlich-medizinischen Gesundheitsnorm gestellt sehen.

Da letzteres die vorherrschende Praxis ist, wird von den Pflegepersonen vor allem Anpassung und Unterordnung gefordert, was natürlich auf Kosten der Eigenständigkeit geht und die Möglichkeiten, eigene Wertvorstellungen einzubringen und Maßstäbe in der Pflege zu setzen, begrenzt. Mit Hilfe einer Pflege-theorie bzw. eines Modells, welches sich auf eine Theorie stützt, möchte man einen angemessenen eigenen Identifikationsrahmen schaffen.

Vor diesem Hintergrund ist das ATL-Modell als eine von vielen Möglichkeiten zu sehen. Dabei bilden eine (wissenschaftlich) definierte Unterscheidung menschlicher Bedürfnisse bzw. der sich daraus ableitenden Aktivitäten die Orientierungsbasis. Nach diesem Modell ist es Aufgabe der Pflege, den Patienten dahingehend zu unterstützen, dass er alle seine Lebensbedürfnisse bzw. -aktivitäten soweit wie möglich leben kann.

Im wesentlichen verspricht sich die Pflege durch die Orientierung an diesem Modell:

- ? Eine Befreiung aus der naturwissenschaftlich -medizinisch eingebundenen Situation oder zumindest einen größeren eigenständigen Handlungsrahmen.
- ? Die Gewährleistung einer ganzheitlichen Pflege, wobei angenommen wird, dass ein Erfassen der Summen aller zwölf Lebensaktivitäten identisch ist mit dem Erfassen der Ganzheit einer Person
- ? Eine Systematik, mit der sich Pflege planen und dokumentieren lässt.
- ? Ein Instrument, mit dem sich pflegerische Leistung bewerten lässt.

Die durch dieses Modell in Aussicht gestellten Resultate sind allgemein für die Krankenpflege erstrebenswert.

In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit den ATL muss jedoch bezweifelt werden, dass dieses Modell in unserer Situation ein geeignetes Mittel sein kann.

Gründe dafür, dass das ATL-Modell nicht das leisten kann, was es verspricht

1. Schwierige Zuordnungen von Probleme des Patienten zu einer bestimmten ATL

Viele der Probleme, die ein Patient haben kann, lassen sich nur schwer einer ATL zuordnen. Dadurch entstehen zusätzliche Verständigungsschwierigkeiten und unnötige Reibungsverluste.

Nicht alle organischen Störungen und krankheitsbedingten Abläufe sowie psychischen Zustände lassen sich unmittelbar sinngemäß einer der definierten Lebensaktivitäten zuordnen. Beispiel: Schmerzen, Angstzustände, Depressionen, familiäre Belastung, Antriebslosigkeit, Suchtproblematiken u.a.m. beeinflussen immer den ganzen Menschen und wirken sich daher gleichzeitig auf mehrere oder sogar auf alle ATL aus. Ebenso lassen sich Probleme wie Wunden, Tumore, Infekte, Bluterkrankungen u.a.m. nicht eindeutig einer ATL zuordnen. Folglich sind zusätzliche Interpretationen und Definitionen erforderlich. Die Logik, die hinter vielen dieser Zuordnung stehen mag, ist für einen hieran nicht Beteiligten kaum nachzuvollziehen. Beispiel: Nach dem neuen hessischen Curriculum Krankenpflege wird im ersten Ausbildungsabschnitt "Anatomie und Physiologie des Endokrinen Systems" der Aktivität "Kommunikation" zugeordnet.

Ebenso könnte Endokrinologie jedoch auch den Aktivitäten "Nahrungsaufnahme und Ausscheidung", "Sexualität" oder Aufrechterhaltung der "Vitalfunktionen" zugeordnet werden.

Je nach Betrachtungsweise und Argumentation, lassen sich die meisten inhaltlichen Zuordnungen im Curriculum sowohl begründen als auch in Frage stellen. Da die vorgenommenen Zuordnungen nach allgemein natur- oder sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht logisch begründet werden können, sind Widersprüchlichkeiten, Missverständnisse und unzählige unnötige Diskussionen vorprogrammiert.

Dabei ist es sehr viel einfacher, klarer und durchaus im ganzheitlichen Sinne möglich, jedes Pflegeproblem einfach so zu benennen, wie es normalerweise festgestellt wird: Schmerzen im ..., Angst vor..., offene Wunde am... usw. Aufgrund zwanghafter Bemühungen, um eine ATL gemäße, vollständige Problemzuordnung, wirken die so entstandenen Pflegepläne mitunter sehr verkrampft, oder sie sind unvollständig, weil die Aspekte, die nicht direkt aus den ATL herausgesehen (interpretiert) werden, unberücksichtigt bleiben. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Art, Zusammenhänge gedanklich herzustellen, nicht geübt wurde und als Voraussetzung zunächst allen Pflegepersonen antrainiert werden muss. Dadurch wird jedoch zwangsläufig die Kommunikation mit all denjenigen Berufsbereichen bzw. Personen erschwert, die nicht gelernt haben, in dieser Logik zu denken.

Bei der Konzeption des hessischen Curriculums wollte man dieser Problematik offenbar entgegenwirken, indem einerseits die Aktivitätsliste verändert (statt 12 nur noch 9 Aktivitätsbereiche) und andererseits versucht wurde, möglichst alle Ausbildungsinhalte sinngemäß zuzuordnen. Auf diese Weise soll der Krankenpflegeschüler während der gesamten Ausbildung systematisch auf die oben angeführte Denkweise trainiert werden.

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob der Aufwand für die angeführte Zuordnungsarbeit überhaupt jemals in einem vertretbaren Verhältnis zum Ergebnis stehen kann. Hätte man die ganze Energie, die man in den vergangenen Jahren bereits (ohne verbindliches Curriculum) allein dieser Zuordnungsproblematik gewidmet hat, beispielsweise für Gesprächsführung bzw. Kommunikationstraining eingesetzt, dann hätten die Pflegepersonen heute zumindest bessere Voraussetzungen, auf Schwierigkeiten in der Krankenpflege angemessen zu reagieren.

Ganzheit in einem Zwölf-Punkte-Raster

Die Ganzheit eines Patienten wird durch ein Zwölf-Punkte-Raster wahrgenommen. Die dazu erforderliche Konzentration lenkt von der eigentlichen Problematik des Patienten ab.

Bei der Einschätzung der Situation und Pflegebedürftigkeit eines Patienten werden alle zwölf Punkte (ATL) zunächst gleichrangig nebeneinandergestellt. Diese Vorgehensweise erschwert es, alle Punkte in ihren Beziehungen zueinander zu sehen. Da bei dieser analytischen Methode keine Kausalzusammenhänge aufgezeigt werden, lässt sich das, was für den Patienten Priorität hat, schlecht erkennen. Hierdurch läuft man Gefahr, den Patienten lediglich auf der Symptomebene zu pflegen. Neben der angesprochenen Gedankenakrobatik, die für eine sinngemäße Zuordnung erforderliche ist, taucht an dieser Stelle das Problem auf, alle zwölf ATL gedanklich wieder so miteinander verknüpfen zu müssen, dass ein ganzes Bild entstehen kann. Gelingt es der Pflegeperson nicht, die Komplexität der Gesamtsituation darzustellen, dann kann es auch nicht gelingen, sinnvolle Prioritäten für den betreffenden Patienten zu setzen.

Die Abbildungen 1 und 2 sollen den Rastereffekt veranschaulichen.

Konsequenzen für die Pflege

An folgendem Patientenbeispiel soll konkret dargestellt werden, welchen Effekt das ATL-Modell im Hinblick auf Situationseinschätzung und Pflegeplanung tatsächlich hat. Um dies besonders zu verdeutlichen, wird jeweils eine Alternativlösung zum Vergleich angeboten.

Situationseinschätzung ...durch Schwester Inge

Herr Anton, 45 Jahre, verheiratet, drei Kinder (10,8 und 4 Jahre), Unternehmer im eigenen Betrieb und zehn Mitarbeitern, wird mit einem blutenden Ulcus ventriculi eingewiesen. Die Blutung steht zum Zeitpunkt der Aufnahme. Mit einer Operation möchten die Ärzte noch warten. Herr Anton hat eine Magensonde, eine Infusion mit Schmerzmittel; Bettruhe und Nahrungskarenz sind angeordnet. Nachdem der Patient etwa zwei Stunden auf der Station liegt, führt Schwester Inge das Aufnahmegespräch. Sie orientiert sich dabei an den ATL. Nach einer allgemeinen Einleitung in das

Gespräch befragt sie Herrn Anton zu den einzelnen Aktivitätsbereichen in der vorgegebenen Reihenfolge (Abb.3). Möglicherweise wird der Leser von der Menge der Einzelheiten, die Schwester Inge auf diese Weise von Herrn Anton erfahren hat, beeindruckt sein. Doch hat sie dabei auch das wirklich Wesentliche und für ihr Handeln Entscheidende erfahren? Schwester Inge nimmt es jedenfalls an. Wie sollte sie auch daran zweifeln; schließlich kennt sie kein anderes Fragekonzept.

Von der Lektüre des zweiten Beispiels möge sich der Leser bitte die beiden folgenden Fragen beantworten:

- ° Was ist meiner Meinung nach das Kernproblem (Primärproblem) des Herrn Anton?
- ° Welche Pflege-Schwerpunkte/Ziele würde ich aufgrund der vorliegenden Angaben setzen?

<i>Fragen zu:</i>	<i>sinngemäße Antwort bzw. Reaktion des Patienten</i>
-------------------	---

1. Ruhen und Schlafen	Er könne in letzter Zeit schlecht schlafen, weil ihm soviel durch den Kopf gehe; habe momentan wahnsinnig viel zu tun und müsste eigentlich noch weitere Mitarbeiter einstellen, aber selbst dazu habe er keine Zeit. Er gehe keinen Abend vor 2 Uhr ins Bett, um 5 sei er bereits wieder wach, mache sich dann einen Kaffee und arbeite weiter, nähme keine Schlaftabletten, trinke abends 2-3 Glas Wein
2. Bewegung	Abgesehen von Rückenschmerzen, wenn er lange sitzen muss (im Büro), habe er keine Einschränkung
3. Waschen und Kleiden	Er weiß, dass er sich vorläufig im Bett waschen muss sieht darin kein Problem
4. Essen und Trinken	Er esse sehr unregelmäßig, seine Frau müsse ihm das Essen meist in die Werkstatt bringen, trinke viel Kaffee, habe sich das Rauchen vor 2 Jahren abgewöhnt
5. Ausscheiden Verstopfung	Er habe sehr unregelmäßigen Stuhlgang, mal mal Durchfall
6. Körpertemperatur	(nicht gefragt, weil kein Anlass besteht; Temperatur 37,2)
7. Atmen	Bei Treppensteigen oder körperlicher Belastung sei er manchmal kurzatmig
8. Sicherheit	(nicht gefragt, weil nicht gewusst wie)
9. Beschäftigung	Selbständig, Kleinbetrieb, stelle Werkzeuge her, keine Zeit für Hobbys
10. Kommunizieren	(nicht gefragt, weil nicht gewusst wie)

Beobachtung von Sr. Inge: Herr Anton wirkt etwas unruhig und zum Teil auch ungeduldig, er hat jede Frage bereitwillig beantwortet, hat jedoch von sich aus wenig erzählt; ich musste immer wieder nachfragen, wenn ich etwas mehr zu einem Punkt herausfinden wollte.

11. Sinn finden...

(nicht gefragt, weil nicht gewusst wie)

12. sich als Mann finden

(nicht gefragt, weil nicht gewusst wie und warum)

(spätere Hinzufügung: Die Angaben hier könnten bei der Suche nach einem passenden homöopathischen Mittel nützlich sein, denn hier sind einige Symptome genannt, die auf das angezeigte Mittel hinweisen. Doch leider ist es in Krankenhäusern nicht üblich Magengeschwüre mit diesen Mitteln zu behandeln, obschon in der Literatur viele Fälle vollständiger Heilung durch Homöopathie beschrieben sind. Um einen hilfreichen Ansatz für den Umgang mit diesem Kranken zu finden, wäre ein Gespräch wie das nachstehende sehr viel besser geeignet.)

Vergleich dazu das Aufnahmegespräch von Schwester Beate:

Frage: (sinngemäß)	Angaben des Patienten:
<i>1. Was belastet Sie in Ihrer momentanen Situation am meisten?</i>	Dass ich einen riesigen Berg Arbeit vor mir habe und nicht weiß, wie ich das meinen paar Leuten alles schaffen soll; und jetzt das. Ich habe keine Zeit, hier im Bett herum zu liegen, das kann ich mir einfach nicht erlauben, weil ein wichtiger Auftrag bis spätestens Ende diesen Monats erfüllt sein muss. Außerdem ist mein bester Mitarbeiter auch schon seit Tagen krank.
<i>2. Könnte es sein, das Sie in letzter Zeit soviel Stress hatten, dass dadurch vielleicht Ihr Magengeschwür entstanden ist?</i>	Ich weiß, dass das sicher damit zutun hat. Ich habe einfach für nichts mehr Zeit. Wenn meine Kinder nicht ab und zu mal in die Werkstatt kämen, dann sähe ich sie tagelang gar nicht. Meine Frau muss mir das Essen regelmäßig ins Büro bringen, sonst würde ich mich nur noch von Kaffee ernähren. Die Magenkrämpfe, die ich in letzter Zeit öfter hatte, habe ich zuerst auf den vielen Kaffee zurückgeführt. --- Das geht nun schon seit Monaten so. ---Ich schlafe nachts kaum länger als 3 Stunden---
<i>3. Haben Sie denn das Gefühl, dass sich Ihre Situation wieder normalisiert, wenn der Auftrag erfüllt ist?</i>	Es muss sich wieder ändern, lange halte ich das nicht mehr durch. Aber diesen Auftrag muss ich erfüllen, sonst kann das meine Firma finanziell kaum überleben.
<i>4. Sie können sich wohl nicht vorstellen, in dieser Situation</i>	Wahrhaftig nicht! Das ist schier unmöglich! Wenn ich hier bleiben soll, dann müsst Ihr mich

die nötige Ruhe aufzubringen,
um ihr Magengeschwür auszu-
kurieren?

schon in Narkose versetzen.
Die Schmerzen sind fast weg. Sobald die Blutung
steht, werde ich gehen.

5. Haben Sie das auch schon
dem Doktor gesagt?

Bis jetzt hatte ich noch keine Gelegenheit dazu.
Er hat mit nur gesagt, wenn die Blutung bis heute Abend nicht
steht, dann müssten sie operieren.

6. Ich werde mit dem Arzt reden,
und wir werden gemeinsam nach
Lösungsmöglichkeiten suchen.

Das können Sie gerne tun; ich glaube nur kaum, dass Sie
oder der Doktor mit hierbei helfen können.

Sieht man einmal von dem ATL-Raster ab und setzt man sich nicht dem Zwang aus, bestimmte vorgegebene Punkte systematisch abhaken zu müssen, so wäre im Vergleich etwa folgender Gesprächsverlauf denkbar.

Schwester Beate führt vor dem gleichen Situationshintergrund das Aufnahmegespräch mit Herrn Anton. Sie bedient sich dabei einer bewährten Gesprächsstrategie. Nach einem allgemeinen Einstieg in das Gespräch stellt Schwester Beate zunächst eine entscheidende Frage und entwickelt denn aus den Antworten des Patienten neue Fragen (Abb.4).

Nachdem man beide Gespräche gelesen hat, ist hinsichtlich folgender Fragen ein Urteil möglich:

- Welches Gespräch wäre Ihnen lieber, wenn Sie der betreffende Patient wären?
- Mit welcher Vorgehensweise würden Sie sich eher identifizieren, bzw. welche Vorgehensweise wirkt professioneller?
- Welchen Schwerpunkt würden Sie nach diesem Gespräch bei der Pflege des Herrn Anton setzen?

Vergleich der beiden Gespräche:

Schwester Inge befragt den Patienten gezielt zu einzelnen Aktivitäten. Selbst wenn dies in einer offenen Frageform geschieht, ist der Patient inhaltlich festgelegt. Gefragt wird nicht: Wie kommen Sie zurecht mit der Situation? Oder: Was ist Ihr Problem? Sondern: Wie ist Ihre Situation in bezug auf Ruhe und Schlaf, Bewegung, Essen und Trinken usw? Schwester Inge erfährt zwar zu den meisten ATL einiges Wissenswerte, weil jedoch auf diese Weise zuviel Sekundäres thematisiert wird, erlebt sie das eigentliche Problem des Patienten nicht deutlich genug. Seine Stress- und Konfliktsituation taucht zwar hier und da auf, lässt sich jedoch nicht eindeutig einer ATL zuordnen und wird deshalb auch nicht als eigenständiges Schwerpunktproblem aufgegriffen. Der Patient kann sich nach diesem Gespräch wohl kaum wirklich verstanden fühlen. Er ist allenfalls gut erzogen und macht mit, weil er sieht, dass es der Krankenschwester wichtig erscheint, all diese Punkte abzufragen, oder, weil ihm einfach jede Art von freundlicher Zuwendung gut tut.

Im Gespräch mit *Schwester Beate* wird der Patient durch eine gezielte Frage motiviert, genau das auszudrücken, was ihn belastet. Er kann sich verstanden fühlen, weil Schwester Beate sich offenbar für seine Problematik interessiert. Die Krankenschwester steht nicht unter Zwang, vorgegebene Punkte abzuhaken, um möglichst zu jedem Bereich etwas schreiben zu können; sie kann sich ganz auf den Patienten konzentrieren. Außerdem vermeidet Schwester Beate eine Bewertung der vorgebrachten Situation, so dass der Patient durch dieses Gespräch bereits eine gewisse Entlastung erfahren kann (therapeutischer Effekt). In jedem Fall erfährt Schwester Beate durch dieses Gespräch die entscheidenden Dinge, so dass sie sich auf die Situation einstellen kann und weiß, in welche Richtung sie primär einwirken sollte. Gelingt es nicht, den Patienten von der Notwendigkeit der

weiteren stationären Behandlung zu überzeugen, wird Schwester Beate - im Gegensatz zu ihrer Kollegin - wohl kaum überrascht sein, wenn der Patient plötzlich seinen Koffer packt. Ihr Selbstbewusstsein braucht weniger darunter zu leiden, weil sie die Situation realistisch einschätzen konnte. Bevor sich Schwester Beate hinsetzt, um einen Pflegeplan zu erstellen, wird sie sinnvollerweise zunächst die Intervention des Arztes und die Reaktion des Herrn Anton abwarten. Stellt sich dann heraus, dass Herr Anton dableiben wird, ist es früh genug, einen Pflegeplan zu erstellen. Bis dahin reicht es völlig, wenn die Vorkommnisse berichtet werden.

Pflegeplanung

... durch Sr. Inge

Sobald wie möglich, wird Schwester Inge sich hinsetzen, um den Pflegeplan für Herrn Anton zu erstellen. So hat sie es gelernt, und sie möchte ihren Kollegen und Krankenpflegeschülern ein Vorbild sein. Die Angaben, die der Patient während des Gesprächs machte, hatte sie bereits unmittelbar nach dem Gespräch auf dem Pflegestammblatt notiert. Bei der Planung orientiert sie sich an diesen Angaben und geht, wie beim Gespräch systematisch in der vorgegebenen ATL-Reihenfolge vor (Abb.6). Ähnliche ATL-Pläne findet man häufig. Da werden z.B. gelegentliche Rückenschmerzen oder Kurzatmigkeit bei Belastung einfach deshalb als Problem aufgeführt, weil der Patient hierzu, aufgrund der Fragestellung, Angaben gemacht hat. Ob diese oder ähnliche Vorkommnisse in Anbetracht der momentanen Situation des Patienten irgendeine Relevanz haben, wird selten hinterfragt. Hinzu kommt, daß es keine klare Problemdefinition gibt, so dass sicherheitshalber alles zum Problem erklärt wird, was in irgendeiner Form vom Idealzustand abweicht oder Gefahr läuft abzuweichen. Bei vielen der sog. ATL-Pläne kann außerdem beobachtet werden, dass Maßnahmenplan und Zielsetzung nicht unmittelbar zur Problemstellung passen (siehe Planungsbeispiel Punkt 4,5 und 7). Dies passiert vor allem dann, wenn Probleme aufgeführt werden, die eigentlich keine sind; denn man fühlt sich verpflichtet jedem Problem Ziele und Maßnahmen zuzuordnen.

... durch Schwester Beate

Abgesehen davon, dass Schwester Beate in Anbetracht dieser Situation nicht als erste Maßnahme einen schriftlichen Plan erstellt, könnte ihre Pflegeplanung (zunächst im Kopf) wie in Abbildung 6 dargestellt aussehen. Bei dieser Pflegeplanung werden zwei primäre Problemschwerpunkte in den Vordergrund gestellt, während alle übrigen pflegerelevanten Informationen über den Patienten entweder auf dem Pflegestammblatt oder im Pflegebericht vermerkt sind. Die beiden Ziele geben bekannt, was in der momentanen Situation Priorität hat. Im Maßnahmenplan ist alles Erforderliche aufgeführt. Mit dieser Problemsicht und Zielsetzung im Kopf wird Schwester Beate zunächst Maßnahme 2 ergreifen und je nach Ergebnis der Arztbesprechung weitere Schritte überlegen. Die Pflegemaßnahmen, die, bezogen auf das Magengeschwür mit Blutungsgefahr, durchzuführen sind, werden entweder vom Arzt individuell angeordnet (z.B. Medikamente, Kontrollen, Bettruhe, Nahrungskarenz) oder aus dem Standardpflegeplan ersehen (Abb. 7). Alles übrige ist in Anbetracht der vorliegenden Situation zunächst sekundär. Denn möglicherweise geht der Patient bereits vor der Nacht nach Hause. Rückenschmerzen hat er im Moment keine, außerdem ist Liegen angeordnet. Es wäre völlig ausreichend, das Wissen um den mangelnden Schlaf, die Rückenschmerzen, die unregelmäßige Ernährung, den Kaffeekonsum und die unregelmäßige Verdauung zur allgemeinen Information auf dem Pflegestammblatt zu notieren. Wenn man diese Punkte in der Pflegeplanung als Probleme aufführt, gibt man allenfalls die Verkennung der eigentlichen Problematik bekannt, und das auch noch schriftlich.

*Pflegeplanung für Herrn Anton, nach der Methode von Sr. Beate:
(patientenorientierte Planung, nach meinem Dokumentationssystem)*

Pflegeprobleme	Pflegeziele	Maßnahmenplan
1. blutendes Magengeschwür	1. komplikationsloser Heilungsverlauf	1. s. Standard MDulk
2. Konfliktsituation (s. Bericht)	2. H.A. soll seiner Gesundheit Vordringlichkeit erkennen	2. Situation und Vorgehensweise mit dem Arzt besprechen

Pflegeplanung für Herrn Anton, nach der Methode von Sr. Inge: (Modellorientierte Planung!)
Sowohl der Schreibaufwand als auch der Inhalt dieser Pflegeplanung steht im keinem Verhältnis zum Nutzen.

Pflegeprobleme	Pflegeziele	Maßnahmenplan
ATL 1: Pat. schläft zu wenig wegen berufl. Stress	genügend Ruhe, weniger Stress	Gespräch anbieten Medikamente n. Anordnung
ATL 2: Rückenschmerzen bei langem Sitzen	keine Rückenschmerzen	möglichst flache Lage im Bett, langes Sitzen vermeiden
ATL 4: unregelmäßige Ernährung, zuviel Kaffee	angemessene Ernährung	z.Z. Nahrungskarenz, Ernährung nach Anordnung
ATL 5: unregelmäßige Verdauung	regelmäßige Verdauung	Stuhl auf Blut kontrollieren, bei Auffälligkeiten Arzt inform., Hämoocult-Test, dokumentieren
ATL 7: Kurzatmigkeit bei Belastung	Anstrengung meiden	dafür sorgen, dass pat. solange wie angeordnet Bettruhe einhält
ATL 9: starke berufliche Anspannung	Anspannung abbauen	Gepräche anbieten, Ehefrau einbeziehen

Bewertung

Abgesehen davon, wie sinnvoll der Pflegeplan ist, den Schwester Inge für Herrn Anton aufgestellt hat, ist die Planung von Schwester Beate noch relativ kurz und übersichtlich. Geht man dagegen anhand der ATL-Liste bei einem Patienten der Pflegekategorie IV auf Problemsuche, dann ergeben sich mindestens 10 Probleme a priori. Eigentlich müssten es 12 sein, wenn es nicht allseits schwerfallen würde, die Situation in bezug auf ATL 11 und 12 zu ermitteln und schriftlich festzulegen. Aufgrund der bereits erwähnten Zuordnungsschwierigkeiten findet man neben den ATL-bezogenen häufig noch weitere, gesondert aufgeführte Probleme. Nicht selten kommen auf diese Weise Pflegepläne zustande, die von mehr als 20 Pflegeproblemen ausgehen. Eine derartige Problemfülle will natürlich auch planerisch bewältigt werden. Der hierdurch bedingte Schreibaufwand ist meist so umfangreich, dass für eine einzige Planung zwei bis vier Planungsblätter ausgefüllt werden müssen, wodurch außerdem der Überblick über den gesamten Plan stark beeinträchtigt wird. Besonders schwierig gestaltet sich die Aktualisierung solcher Pläne, falls sie überhaupt stattfindet. Damit bei solch umfangreichen Pflegeplänen eine gewisse Zuverlässigkeit bei der Aktualisierung garantiert werden kann, müsste jeder Planungspunkt mit einem Kontrolldatum versehen werden, was wiederum einen Zusatzaufwand darstellt. Pflegepersonen, die in der Lage sind, einen mehrere Seiten umfassenden und mehrfach

abgeänderten Plan so zu erfassen, dass sie den betreffenden Patienten entsprechend der Planung bestreuen können, werden auch in Zukunft zu den gerühmten Ausnahmen zählen.

Diese Problematik ließe sich jedoch mit Hilfe von Pflegestandards, und hier insbesondere mit Hilfe von Standardpflegeplänen, zum großen Teil beheben. Auch ließe sich vieles über geeignete EDV-Unterstützung vereinfachen, sofern diese auf die erforderlichen Pflegestandards zurückgreifen kann. Von entscheidender Bedeutung wäre dabei der inhaltliche Aufbau diese Standards. Die bekannten Standardpflegepläne, die nach dem ATL-Muster aufgebaut sind, eingeschlossen eigener Versuche, ATL-Standards zu erstellen, zeigen eine ähnliche Problematik wie die Pflegeplanung der Schwester Inge und sind daher nicht mehr und nicht weniger sinnvoll.

Viele Schwierigkeiten im Pflegealltag wird es dann nicht mehr geben, wenn Prioritäten richtig erkannt werden können. Aus heutiger Sicht heißt das, es muss ein Mittelweg gefunden werden zwischen den einerseits zu starren Abläufen und den andererseits zu individuellen Vorstellungen der einzelnen Pflegeperson. Dazu müssen klare Richtlinien festgelegt werden, die kurz und prägnant definieren, wie auf generelle Probleme bzw. in vergleichbaren Situationen reagiert werden soll.

Die ATL-Orientierung bei der Pflegeplanung verkompliziert die Pflegearbeit zusätzlich, ohne dass hierdurch erkennbare Vorteile für Patient, Pflegeperson und die Krankenpflege im weitesten Sinne sichtbar werden. Aufgrund der fehlenden Effektivität geht außerdem die zeitliche Zuwendung, die das Modell bereits für sich benötigt, letztendlich dem Patienten verloren.

Schlussbetrachtung

Die Handhabung des ATL-Modells ist im Vergleich zu seinem Nutzen zu aufwändig. Dass dies nicht allein in der Schwierigkeit der Handhabung begründet ist, die sich wieder abstellen ließe, sondern vor allem in dem Modell selber, sollte mit diesem Beitrag dargestellt werden.

Oberstes Prinzip bei der Entwicklung und Überprüfung von Arbeitsprozessen - ob als Modell, Konzept oder Standard deklariert - sollte deren Wirksamkeit sein. Anhand der Ergebnisse in der Praxis zeigt sich, ob vorgeschlagene Vorgehensweisen brauchbar sind oder nicht. Wenn eine Pflegeperson im Alltag erlebt, dass ihr Wirken erfolgreich ist, wenn sie Anerkennung findet und Freude an ihrer Arbeit hat, dann ist daraus zu schließen, dass ihre Vorgehensweise richtig ist.

Die heutige Situation der Krankenpflege basiert vor allem auf der Orientierungsnot der Pflegenden, gekennzeichnet durch Verunsicherung, Überlastung, verzweifelte Anstrengung und mittlerweile kritisch-mitfühlende Berichterstattung der Medien. Schnelle Abhilfe kann hier nur geschaffen werden durch sinnfällige, moderne Arbeitsmethoden, die leicht erlernbar sind, dem Beruf ein neues Ansehen geben und einen Anreiz schaffen, ihn weiterhin auszuüben. Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass es hierzu unerlässlich ist, Pflege konkret zu definieren. Für möglichst alle vergleichbaren Situationen, generellen Probleme und Tätigkeiten müssen praktikable Handlungskonzepte - Pflegestandards - erstellt werden, mit denen festgelegt wird, was die Pflege jeweils leisten soll. Inhaltlich müssen diese so aufeinander abgestimmt sein, dass sie im Baukastenprinzip zu individuellen Pflegeplänen zusammengesetzt und ohne nennenswerten Aufwand in die Dokumentation eingebaut werden können. Als Nebenprodukt entsteht unter anderem ein ideales Hilfsmittel zur Qualitätssicherung.

Inhaltlich können - entsprechend der Thematik - Theorien, religiös-ethische Wertmaßstäbe, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie alle pragmatischen Gesichtspunkte direkt in den Standard eingebaut werden.

Hierdurch werden theoretische Modelle unmittelbar in ein anwendbares Handlungskonzept integriert und damit die Kluft zwischen Theorie und Praxis auf ein Minimum reduziert.

Das gesamte Spektrum genereller Pflegeleistungen kann in dem jeweiligen Sinnzusammenhang dargestellt werden. Entwickelt man den Gedanken weiter, so wird deutlich, wie über viele kleine Einzelbilder (Standards) auch ein Gesamtbild von dem, was Krankenpflege ist oder sein will, gezeichnet werden kann (Abb.8).

Derzeit verfügen wir lediglich über einen Rahmen und viele mehr oder weniger düstere Hintergründe. Ein klares Bild, welches die Aufgabenvielfalt in den jeweiligen Zusammenhänge darstellt, fehlt. Folglich malt sich jede Pflegeperson ihr eigenes Berufsbild. Da diese Bilder hauptsächlich in den Köpfen existieren, fällt es schwer, die unterschiedlichen Formen, Farben und Inhalte miteinander zu vergleichen und aufeinander abzustimmen, Pflege-theorien und -modelle werden ihr Hintergrunddasein in dem Augenblick beenden, in dem man sie konkret in die jeweiligen Handlungskonzepte einfließen lässt und ihnen dadurch Farbe gibt. So vielfältig (vielfarbig) wie der Beruf selbst kann auch das Berufsbild sein. Daher können durchaus mehrere Theorien/Modelle (Farben) einfließen, sofern sie miteinander harmonisieren. Wichtig ist, dass dieses Bild für alle gleichermaßen sichtbar ist, dass es möglichst jedem gefällt und dass es sich je nach Bedarf verändern lässt.

(Anmerkung: Es sind nicht alle Standards und Abbildungen eingefügt - wie im Originalartikel)

Literatur

- Aggleton P. und H. Chalmers, übers. von S. Philbert-Hasucha: Pflegemodelle und Pflegeprozeß. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 42(1989)5, Beilage
- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Aufl.
- Byrne and Long: Einübung in helfende Interaktion. Ernst Reinhardt Verlag, München, 1978
- DBfK e. V.: Hessisches Curriculum Krankenpflege, Verlag Krankenpflege, Frankfurt/M., 1990, 1. Ausbildungsabschnitt
- DKI: Leitfaden für die Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards, Düsseldorf, 1990
- Drerup, E.: Modelle der Krankenpflege, Lambertus Verlag, Freiburg, 1990, Band 1
- Ferrucci, P.: Werde was du bist (Selbstverwirklichung durch Psychosynthese). Rowohlt Taschenbuch, Reinbek, 1986
- Fiechte, V.: und M. Meier: Pflegeplanung, Recom Verlag, Basel, 1981
- Garofalo et al.: Sich entscheiden lernen, Recom Basel, 1981
- Geust, B.: Die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege, Die Schwester/ Der Pfleger, 30(1991)5
- Goez, B.: Offen miteinander reden, Aschendorff, Münster, 1981
- Haun, R.: Der befreite Patient, Kösel Verlag, München, 1982
- Henderson, V.: Grundregeln der Krankenpflege, Genf, 1977
- Holtgrewe: Denkprozesse/ Problemlösungsprozesse/Entscheidungsfindung. Unveröffentlichte Seminarunterlagen, 1987
- Juchli, L.: Krankenpflege, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1983, 4. Aufl.
- Juchli, L.: Paradigmawechsel in der Krankenpflege, Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 41(1989)3
- Käpperli, S.: Pflege und Pflege-theorien, Krankenpflege, 42(1988)1
- Käpperli, S.: Pflege: Konzepte der Praxis, Übersetzt aus Orem, D.E.: Nursing: concepts of practice, 1980
- Kampmeyer, D. und J. Schulte: Umfassende und geplante Pflegetätigkeit im Krankenhaus. Hohenlinder Schriftenreihe, Köln, 1986
- Kaufmann, G.: Amerikanische Pflege-theorien von 1955-1985/Entwicklungsstufen - Schulen/Ideenrichtung, Krankenpflege, 42 (1988) 1
- Kellnhäuser, E.: Erfahrungen mit Pflegestandards in den USA, führen und wirtschaften im Krankenhaus, (1990)2
- Kellnhäuser, E.: Die Sicherung der Qualität in der Krankenpflege. Die Schwester/Der Pfleger, 30 (1991)4
- Kremmer Y.: Pflege-theorien - Pflegealltag, Die Schwester/Der Pfleger 30(1991)5
- Krohwinkel, M.: Konzeptuelle Modelle und Theorien in der Pflege, Krankenpflege, 42 (1988)1
- Lang, H. und S. Wirth: Neue Pflegekonzepte in der Ausbildung. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 44(1991)3
- Linster, H. W. und H. Wetzel: Veränderung und Entwicklung der Person. Hoffmann und Campe, Hamburg, 1980
- Mischo-Kelling, M.: Auf dem Weg zu Pflegestandards, führen und wirtschaften im Krankenhaus, (1990)2
- Reimann, R.: Anleitung zur Pflegeplanung und Dokumentation, Verlag Krankenpflege, Frankfurt, 1985
- Roger, C.R. und R.C. Rosenberg: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Klett Verlag, Stuttgart, 1980
- Roper, N.: Die Elemente der Krankenpflege, Recom, Basel, 1987
- Satir, V.: Selbstwert und Kommunikation Pfeiffer Verlag, München, 1975
- Schmidbauer W.: Die subjektive Krankheit, Rowohlt Verlag, Reinbek, 1986
- Schulz von Thun, F.: Miteinander reden - Störungen und Klärungen, Rowohlt Verlag, Reinbek, 1981
- Steinbrügger, M.: Die Rolle der Pflege in der Zukunft; Die Schwester/Der Pfleger, 30 (1991)5

Steppe, H.: Pflegemodelle in der Praxis, Die Schwester/Der Pfleger, 29(1990) 4,7,9,12 und 30 (1991) 2,4,6
Stösser, A. von: Pflegestandards: Ein altes Thema gewinnt neue Bedeutung. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 43 (1990)2
Stösser, A. von: Pflegestandards, Informationsbroschüre, St. Katharinen, 1991, 2. Aufl.
Vester, F.: Denken, Lernen, Vergessen, dtv, München, 1987, 14. Aufl.
Vester, F.: Phänomen Streß. DTV, München, 1986, 8. Aufl.
Weber, W.: Wege zum helfenden Gespräch, Ernst Reinhardt Verlag, München, 1976, 4. Aufl.
Weidmann, R.: Rituale im Krankenhaus, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 1990
WHO: Standards in der Krankenpflege: Richtungsweisend für bessere Pflege, Kopenhagen, 1987
Wittneben, K.: Der Pflegeprozeß im Spannungsfeld zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 41(1988)5

Anschrift der Verfasserin:

Adelheid von Stösser
Referentin für Gesundheits- und Krankenpflege
Am Ginsterhahn 16,
53562 St. Katharinen