

Nursing Case Management unter Anwendung des Trajectory Work-Modells in Kalifornien – Ein Beispiel für Deutschland?

Birgit Thomas

Durch Koordination und Integration von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsberufsgruppen wird eine höhere Patientenzufriedenheit bei gleichzeitiger Kostenkontrolle erreicht. An Beispielen soll die Umsetzung des Trajectory Work-Modells im Rahmen von Nursing Case Management in einem Community Health Center aufgezeigt werden.

Übersicht

- Einführung
- Community Health Center „Chai House“
- Anwendung des Trajectory Work-Modells im Community Health Center
- Fallbeispiel A.
- Fallbeispiel B.
- Zusammenfassung und Umsetzungsmöglichkeit in Deutschland

Einführung

Das amerikanische Gesundheitswesen sieht sich ähnlichen Herausforderungen ausgesetzt wie das deutsche. So steigen nicht zuletzt als Folge der soziodemographischen Entwicklung und der Zunahme chronischer Krankheiten die Kosten des Gesundheitswesens. Und wie hierzulande gibt es unkreative Gegensteuerungsversuche, die auf eine bloße Verschlechterung des Leistungsangebotes bei dennoch gleichzeitig höhere Zuzahlungen der Patienten hinauslaufen.

Es existieren allerdings auch eine Reihe innovativer und möglicherweise wegweisender Ansätze zur Lösung des Problems, wie eine hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitig niedrigeren Kosten zu gewährleisten sein könnte. Und erfreulicherweise kommen diese Verbesserungen und Lösungsansätze nicht alleine aus der Ökonomie, Medizin oder Soziologie, sondern auch aus der Pflege.

Während Pflege hierzulande als eigenständige hochqualifizierte Profession bislang in der Gesellschaft kaum ernst genommen wird, konnte ich in

Kalifornien/USA erfreut feststellen, daß die Pflege dort gleichberechtigt neben anderen Disziplinen wie Soziologie oder Medizin steht und auf höchstem Qualitätsniveau ausgeübt wird.

Ausführlicher berichten will ich hier von einem pflegerischen Ansatz, der sich besonders bei der Versorgung älterer und chronisch kranker Menschen bewährt hat: gemeint ist das Trajectory Work- bzw. Krankheitsverlaufsmodell von Corbin und Strauss. Ich werde dessen Umsetzung im Rahmen von Nursing Case Management[1] in einem Community Health Center demonstrieren, in dem ich für einige Ziel hospitieren konnte.

Community Health Center „Chai House“

Das von der Jüdischen Gemeinde getragene Community Health Center „Chai House“[2] in San José ist ein Wohnkomplex bestehend aus 140 Ein- und Zweibettzimmer-Appartements (inkl. 14 Appartements speziell für Bewohner mit Behinderungen), in dem ältere Menschen im Alter von 62 bis 98 mit anderen Menschen gleichen Alters in privaten Appartements in einer attraktiven Umgebung leben können.

Das Community Health Center bietet sozusagen ein „Betreutes Wohnen“ mit der Garantie einer kontinuierlichen, dem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechenden Lang-

zeitpflege. Für die Bewohner ergibt sich daraus der Vorteil, daß bei Bedarf sofort professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Der Bewohner kann somit auch bei einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in seinem Appartement wohnen bleiben.

Im Rahmen der Langzeitpflege werden vier fortlaufende Pflegekategorien (Long Term Care Housing Continuum, CAHSA) angeboten:

1. *Independent Living* – für ältere Menschen die unabhängig leben können und keine funktionalen oder sozialen Hilfen benötigen.
2. *Congregate Housing* – bietet dem älteren Menschen Lebenshilfe und Unterstützung, wenn dieser zwar unabhängig leben kann, aber durch seine chronische Erkrankung und/oder aus anderen Gründen sozial isoliert ist. Die primären Leistungen beinhalten zusätzlich Hilfe im Haushalt, Verpflegung und Case Management.
3. *Assisted Living* – für ältere Menschen mit leichter Pflegebedürftigkeit, die nicht mehr in der Lage sind, alleine zu leben und eine Betreuung bis zu 24 Stunden benötigen. Die primären Leistungen beinhalten zusätzlich eine Unterstützung bei den ATL durch einen Caregiver, Medikamenten- und Vitalzeichen-Kontrolle sowie allgemeinmedizinische Versorgung durch

Krankenpflegepersonal und 24-Stunden-Notrufservice. Eine 24-Stunden-Betreuung wird z. Z. in Form des *Living-in* angeboten. „Living-in“ bedeutet, daß der Bewohner gemeinsam mit einer Person, die für die Grundpflege und Haushaltstätigkeiten zuständig ist, in einem Appartement lebt.

4. Nursing Home – ist in Planung

Als ein *Community Center*, in dem ältere Menschen unabhängig leben und wohnen können, ist die Einrichtung nicht berechtigt, Alten und/oder Krankenpflege anzubieten. Diese Elemente der (dortigen) Pflegekategorien zwei und drei muß der Bewohner bzw. seine Angehörigen privat anfordern. Die Einrichtung betätigt sich hier nur als Vermittler und stellt den entsprechenden Wohnraum.

In Kooperation mit einer Universität und der dazugehörigen School of Nursing wird im Nurse Managed Center ein Gesundheitsberatungs-, Gesundheitsförderungs- und Pflegeprogramm angeboten. Dieses Angebot kann von jedem Bewohner in Anspruch genommen werden. Die Kosten sind in den Mietpreisen verrechnet.

Das Pflegepersonal des *Health Centers* arbeitet als Team und im Team mit den Sozialarbeitern sowie dem Manager um mit den Bewohnern das angestrebte Ziel zu erreichen.

The Quality of Life steht im Mittelpunkt der Arbeit. Für jeden Bewohner den individuell höchsten Grad an Lebensqualität zu erreichen ist das Ziel eines jeden Mitarbeiters. Dieses Ziel wird durch Qualitätssicherungsaktivitäten erreicht. Die Philosophie des *Total Quality Managements* gibt den Rahmen, das angestrebte Ziel zu erreichen.

Wofür und für wen sind wir eigentlich da? Diese Frage wird in den Grundwerten der Einrichtung beantwortet mit „... dem Bewohner eine individuell, qualitativ angemessene und kontinuierliche Pflege und Betreuung zu gewährleisten mit dem Ziel, auch bei einer chronischen Krankheit eine bestmöglichen Lebensqualität zu erreichen.“

Angefügt sei noch, daß zwar ein sich in der Hand eines Trägers befindliche quasi-stationäre Community Health Center ganz besonders gute Bedingungen für ein Nursing Case Management bietet. Ein solches Management findet aber auch in den normalen Haushalten statt. [3]

Anwendung des Trajectory Work-Modells im Community Health Center

Die zentrale Idee des Trajectory Work-Modells ist es, chronische Krankheitsverläufe und deren zeitliche Veränderung zu erfassen, um den Krankheitsverlauf zu beeinflussen und zu steuern mit der Fragestellung, wie chronisch kranken Menschen geholfen werden kann, ihre Krankheit effektiver zu bewältigen, mit dem Ziel die Lebensqualität für den Bewohner und seine Angehörigen aufrecht zu erhalten (Strauss und Corbin 1992).

Mit Hilfe des Management-Prozesses wird das Trajectory Work-Modell zur Anwendung gebracht und findet seine praktische Umsetzung. Die Aufgabe, chronische Krankheiten und den Prozeß des Älterwerdens im Rahmen der Gesundheitsfürsorge in einer multidisziplinären Annäherung zu managen, erfordert ein hohes Maß an Organisation und Koordination. Im Bereich von *Community Health Nursing* ist dieses die Aufgabe des Pflegepersonals.

Trajectory Work gilt im „Chai House“ als eine Möglichkeit, den Grundwerten gerecht zu werden. An den Richtlinien des Trajectory Work-Modells orientieren sich die Hauptziele der Einrichtung. Die beiden Hauptziele sind:

1. Identifikation der Ursachen und Risikofaktoren von medizinischen und psychologischen Problemen der Bewohner sowie Verhinderung oder Beseitigung dieser Risiken.
2. Sicherung der Lebensqualität von älteren Menschen und Unterstützung der Bewohner darin, ein unabhängiges Leben im eigenen Appartement so lange wie möglich zu führen.

Die Versorgung der Bewohner im Nurse Managed Center ist auf diese Ziele gerichtet mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Prävention von Komplikationen und Umgang mit Behinderungen (Corbin und Cherry 1998).

Für jeden Bewohner wird ein individueller Pflege- und Krankheitsverlaufsplan erstellt, welcher nicht nur den physiologischen Verlauf einer chronischen Krankheit in Verbindung mit dem Alterungsprozeß beschreibt, sondern auch die Pflegearbeit, die von professionell Pflegenden am Patienten und deren Angehörigen in diesem Verlauf geleistet wird sowie die Auswirkungen auf diejenigen, die mit der Arbeit und ihrer Organisation befaßt sind (Corbin und Strauss 1992).

Durch die Pflege- und Versorgungsplanung können Komplikationen im Verlauf einer chronischen Krankheit bei fortschreitendem Alter vorgebeugt oder verhindert werden. Im Pflegeplan wird gleichzeitig die fortschreitende Invalidität mit berücksichtigt. Der Bewohner und seine Familie wissen durch Aufklärung über den Verlauf der Krankheit, was sie erwartet und können so durch vorausschauende Planung im Umgang mit Behinderungen oder Schwächen geschult werden.

In der *Präventionsphase* des Krankheitsverlaufmodells zur Begleitung von chronischen Krankheiten liegt der Schwerpunkt der Interventionen auf Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Um bei den Bewohnern einen gesunden Lebensstil zu fördern und einer Zunahme von Chronizität und Invalidität vorzubeugen, finden diverse Projekte zur Gesundheitsberatung statt. In Workshops werden die Bewohner vom Pflegepersonal geschult (z.B. über den Wert von Diäten und sportlicher Betätigung zur Vorbeugung von Osteoporose oder Diabetes und Herzkrankungen).

Zur individuellen Gesundheitsberatung gehört u.a. die Unterstützung und Beratung im Umgang mit Medikamenten. Eine Aufklärung über Wirkungsweise, Nebenwirkungen und Anwendungsbereich gehören ebenso zum Beratungsgespräch wie Informa-

tionen über die Einnahme des Medikaments, um dem Bewohner die Wichtigkeit des Medikamentes im Zusammenhang mit seiner Erkrankung zu vermitteln.

Die Fußpflege gehört mit zu den Maßnahmen in der Präventionsphase. Diese Maßnahme ist nicht nur ein zusätzlicher Service für Bewohner mit körperlichen Gebrechen oder Sehschwierigkeiten. Für Bewohner mit Diabetes dient die Fußpflege durch das Pflegepersonal der Vorbeugung von Verletzungen, die zu weiteren gesundheitlichen Problemen wie bspw. Ulcera oder Infektionen führen können.

In der *Symptomatischen Phase* liegt der Schwerpunkt der Interventionen auf Prävention und Vermeidung von Komplikationen, um eine akute Problematik oder Krisen zu verhindern und eine Instabilität des Krankheitsverlaufes abzuwenden (Corbin und Cherry 1998).

Fallbeispiel A.

Die Aufgaben von Nursing Case Management im Community Health Center in dieser Phase werden im folgenden Beispiel erläutert. [4]

Mr. A. ist ein 88 Jahre alter Mann, *african-american*, mit chronischem Bluthochdruck. Mr. A. lebt seit 10 Jahren gemeinsam mit seiner Frau in der Einrichtung. Seitdem die Blutdruckprobleme bekannt sind, wird das Ehepaar vom Health Center nach Bedarf betreut. Ein Hausbesuch sollte auf Wunsch von Mrs. A. stattfinden, weil sich ihr Mann seit einiger Zeit nicht wohl fühlt. Ein Besuchstermin wird abgesprochen. Auf Grund der allgemeinen Information, „mein Mann fühlt sich nicht wohl“, besteht der erste Schritt darin, die Krankengeschichte (*Health Assessment*) aufzunehmen und Mr. A. körperlich zu untersuchen (*Physical Assessment*).

1. Schritt: Lokalisation des Patienten und seiner Familie sowie Festsetzen von Zielen

Der erste Schritt nach dem Trajectory Work-Modell besteht darin, die Stellung des Patienten und sei-

ner Familie im Hinblick auf den Vorgang der Krankheitsbewältigung zu bestimmen. Die Pflegeperson überprüft, ob die Behandlung alle Kriterien aufweist, um der Krankheit und der Bewältigung biographischer und alltäglicher Anforderungen gerecht zu werden. Eine *Lokalisation* bedeutet, daß die mit der Krankheitsbewältigung einhergehenden Probleme erkannt und Grundlagen zur Festlegung spezifischer Ziele der Pflegeintervention geschaffen werden, wobei die Abhängigkeit zwischen Krankheit, Biographie und Alltag berücksichtigt werden muß.

Das Festlegen von Pflegezielen ist eine gemeinsame Aufgabe von Patient, Angehörigen und Pflegekraft (Corbin und Strauss 1992: 20 f.).

Es stellt sich heraus, daß Mr. A. sich in der symptomatischen Phase befindet, der Blutdruck ist oberhalb des Grenzwertes, es sind atypische Herztöne zu hören und die Sehschärfe hat erheblich nachgelassen. Bei der Aufnahme der Krankengeschichte wird zudem eine gravierende Vergesslichkeit bei Mr. A. erkannt. Damit verbunden ist das weitere Problem, daß Mr. A. seine Medikamente nicht wie vorgeschrieben einnimmt. Dadurch, daß er immer schlechter sehen kann, war es ihm nicht möglich, bei den gleichaussehenden Medikamentenröhrchen die richtigen herauszufinden. Jeden Abend hatte Mr. A. sich vorgenommen, am anderen Morgen seine Frau um Hilfe zu bitten, aber das hat er dann wieder vergessen. Mrs. A. hatte dieses bislang nicht bemerkt, weil ihr Mann sich um seine Medikamente immer selber gekümmert und seine Blutdruck-Kontrollbesuche selber arrangiert hat. Diese Hintergrundinformation war dadurch zu bekommen, daß Mr. A. im Health Center bekannt war als Bewohner, der seine Krankheit selbst bewältigt.

Das Ehepaar stimmt mit dem Nurse Case Manager überein, daß folgende Hauptprobleme bestehen:

1. medizinisch, die Symptome der Herzerkrankung,
2. physiologisch, die Abnahme der Sehschärfe,

3. psychologisch, der beginnende degenerative Prozeß.

Nach der Problemidentifikation werden die spezifischen Ziele der Pflegeinterventionen festgelegt. Der Nurse Case Manager definiert gemeinsam mit dem Ehepaar A. die Pflegeziele. Eine lange Diskussion schließt sich an. Mr. A. will sich nicht eingestehen, daß er pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen muß. Mrs. A. will das Medikamentenmanagement für ihren Mann übernehmen, hat aber Angst, Fehler zu machen. Diese Diskussion ist für den Nurse Case Manager der Anlaß, eine Gesundheitsberatung über die Krankheit, die Medikation, den Umgang mit Bluthochdruck und dessen Folgen anzuschließen. Die Gefahren werden von beiden erkannt und die Wichtigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme und Blutdruckkontrollen verstanden. Der nächste (2.) Schritt besteht darin, einen Weg zu finden, um die Versorgung von Mr. A. zu gewährleisten und Mrs. A. die Garantie zu geben, keine Fehler bei der Verabreichung zu machen.

2. Schritt: Definition des Interventionsschwerpunkts

In diesem Schritt wird das Ziel einer Pflegeintervention definiert und festgelegt. Die Pflegekraft überprüft, wie umfangreich der Patient über seine Krankheit und deren Verlauf richtig informiert ist und inwieweit eine Korrektur nötig ist. Das Ziel der Pflegeintervention überprüft die Pflegekraft gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen, ebenso wie deren Vorschläge zum bestmöglichen Erlangen eines Ziels (Corbin und Strauss 1992: 24).

Der Nurse Case Manager arrangiert einen Termin beim Internisten und stellt das vorliegende Problem vor. Der Transportdienst wird verständigt, um das Ehepaar A. zum Arzt zu fahren, weil die einzige Tochter in einem anderen Staat lebt und es ihr so nicht möglich ist, bei der Versorgung der Eltern zu helfen. Der Internist stellt Mr. A. medikamentös neu ein. Das Problem, die richtigen Medikamente zum richtigen Zeitpunkt

zu nehmen, löst der Nurse Case Manager dadurch, daß sie Mrs. A. einen Medikamententimer für eine Woche bringt. Die Medikamente werden jetzt von dem Nurse Case Manager für eine Woche vorbereitet, so daß Mrs. A. die Medikamente dort entnehmen und ihrem Mann verabreichen kann. Der Nurse Case Manager kam in den folgenden Wochen einmal wöchentlich zum *Home Visit*, um den gesundheitlich Zustand von Mr. A. zu beurteilen und Fragen zu beantworten. Mit diesem Plan stabilisierte sich der Zustand von Mr. A. und sein Wohlbefinden wird besser. Die Komplikationen eines anhaltenden Bluthochdruckes konnten gemanagt werden, bevor diese einen kritischen Punkt erreichten, der eine Krankenhauseinweisung erfordert hätte.

Bestehen bleibt das Problem mit dem Anfangsstadium eines degenerativen Prozesses. Das Ehepaar, besonders Mrs. A. wird von dem Nurse Case Manager über die Erkrankung aufgeklärt und ihr der Umgang mit ihrem Mann in der sich ständig verändernden Situation erläutert. Die Sozialarbeiterin wird hinzugezogen, um mit dem Ehepaar A. verschiedene Möglichkeiten der Hilfen wie bspw. Selbsthilfegruppen oder Hilfestellung der *American Alzheimer Association* zu besprechen.

In jeder Phase des Managements von chronischen Krankheiten liegt ein Interventionsschwerpunkt im Bewältigen von Behinderungen. Das heißt, die durch die Krankheit und/oder das Altern bedingte fortschreitende Invalidität muß vom Bewohner akzeptiert und in den Alltag integriert werden. Dem Bewohner bei diesem Schritt zu helfen, ist vor allem bei einem Comeback, in der instabilen oder abfallenden Phase im Verlauf von chronischen Krankheiten im Trajectory Work-Modell wichtig (Corbin und Cherry 1998: 21 f.).

Fallbeispiel B.

Das Beispiel eines Bewohners in der Einrichtung soll den praktischen Umgang mit dem Trajectory Work-Modell in der Bewältigung von fortschreitender Invalidität, in Verbindung mit den Aufgaben im Case

Management im Community Health Center aufzeigen.

Mr. B. ist ein 77 Jahre alter Mann mit einer fortschreitenden Multiple Sklerose (MS). Er ist begeisterter Saxophonspieler in einer Jazzband. Die Musik hat Mr. B. geholfen, seine Krankheit zu bewältigen. Seit einiger Zeit geht es mit seiner Gesundheit bergab. Die Abstände zwischen den akuten Entzündungsschüben werden geringer, was eine rapide Zunahme der körperlichen Beeinträchtigung zur Folge hat. Mr. B. kann nicht mehr alleine laufen, die Kräfte, um sich im Rollstuhl fortzubewegen, lassen nach und er ist auf einen elektrischen Scooter angewiesen. Die Kräfte reichen nicht mehr aus, um das Saxophon zu halten. Der Transfer zwischen Scooter und Bett, Toilette oder Dusche fällt ihm sehr schwer und er kann sich nicht mehr alleine waschen oder sein Appartement reinigen.

Nachdem er wiederholt gefallen ist beim Transfer vom Bett in seinen Scooter, wird vom Manager eine Teambesprechung erbeten. Es ist die einstimmige Meinung aller Teilnehmer, daß in Kürze einige Veränderungen im Leben von Mr. B. stattfinden müssen, da er im momentanen Zustand nicht länger in der Einrichtung wohnen kann. Seine zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen lassen ein unabhängiges Leben nicht mehr zu. Mr. B. kann aber die abfallende Entwicklung in seinem Krankheitsverlauf nicht erkennen und will sich seine Schwächen aus Angst vor dem Verlust seiner Unabhängigkeit nicht eingestehen.

Um eine qualitativ angemessene Versorgung von Mr. B. zu ermöglichen besteht der erste Schritt des Nurse Case Managers darin, alle am Fall beteiligten Berufsgruppen aufzufordern, sich aus ihrer Perspektive mittels eines Hausbesuchs einen Überblick von dem Ausmaß und der Ursache des Problems zu machen. Aufgabe ist es, mit Mr. B. und seiner Familie (ein Sohn und eine Tochter) über die bestehende Problematik und die veränderte Situation zu sprechen, ihre Sichtweise zu erfahren und die vorhandenen Ressourcen zu identifizieren.

Dem Nurse Case Manager ist es dadurch möglich, sich ein umfassendes

Bild von dem Zustand von Mr. B. und den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu machen.

Im Falle von Mr. B. ist familiäre Hilfe nur von einer Tochter zu erwarten, welche allerdings 500 Meilen südlich lebt und die eigene Familie mit zwei kleinen Kindern zu versorgen hat. Nach einem Telefongespräch mit der Tochter ist diese bereit, sofort zu kommen, um eine geeignete Lösung für ihren Vater zu finden, damit er weiter in seinem Appartement leben kann.

Die gewonnenen Erkenntnisse der einzelnen Teammitglieder werden in der folgenden *Case Conference* zusammengetragen. Der Nurse Case Manager, der Nursing Student, die Sozialarbeiter, der Manager sowie Mr. B. und seine Tochter treffen sich zügig in dem Appartement von Mr. B. Das Appartement wurde als Treffpunkt ausgewählt, weil es sich hier um den Schauplatz der Pflege handelt und sich Mr. B. in seiner Umgebung am sichersten fühlt. Indem jedes Teammitglied seinen Standpunkt vorgebracht, werden die Probleme herausgearbeitet und entsprechende Pflegemaßnahmen und Ziele entwickelt. Mr. B. ist während dieses Vorgangs aktiv an den Entscheidungen über die Pflegeziele und die anstehenden Interventionen beteiligt. Nach einigen Verhandlungen ist er bereit, fremde Hilfe zu akzeptieren, weil dadurch für ihn die Möglichkeit besteht, im eigenen Appartement wohnen zu bleiben.

Für den Nurse Case Manager ergibt sich daraus der nächste Schritt, die Entwicklung eines *Nursing Care Plans* (Krankheits- und Pflegeverlaufplanes), der die Bedürfnisse von Mr. B. ebenso berücksichtigt wie einen zufriedenstellenden Verlauf zum Erreichen der festgelegten Pflegeziele. Mr. B. stimmt zu, daß er Hilfe von einem Caregiver in Form des Living-in erhält, der ihn bei den Verrichtungen der ATL unterstützt, für ihn einkaufen geht, sein Appartement sauber hält, sein Medikamentenmanagement übernimmt und ihn zu Arztterminen oder privaten Verabredungen fährt. Die Sozialarbeiterin berät die Tochter über finanzielle Ressourcen aus dem Medicare A & B Programm (staatl. Versicherung für

über 65jährige) und über alternative Hilfsangebote vom Gemeinde-Familienservice. Der Nurse Case Manager besorgt einen Hoyerlifter und übt mit Mr. B. und seinem Caregiver den Umgang mit diesem Hilfsgerät, das den beiden das tägliche Leben erleichtern soll. Als Case Manager ist es die Aufgabe der Community Health Nurse, Mr. B. und seine Tochter über rehabilitative Versorgung zu informieren und den Kontakt zu einem Physiotherapeuten herzustellen. Der Nurse Case Manager ist als Primary Care Provider ebenso für den Gesundheitszustand von Mr. B. verantwortlich. Es werden mit Mr. B. wöchentliche Hausbesuche zum Physical Assessment und Medikationsberatung verabredet.

3. Schritt: Einschätzung von Umständen, welche die Versorgung beeinflussen

Hier geht es darum Faktoren, wie beispielsweise vorhandene bzw. notwendige Ressourcen einzuschätzen. Wichtig bei dieser Einschätzung ist auch der Schauplatz der Pflege. Die Pflegekraft muß zudem über die grundlegenden wirtschaftlichen, politischen und sozialen Fakten informiert sein, um eine umfassende Aufklärung und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen sicherstellen zu können (Corbin & Strauss, 1992: 22 f.).

Im Verlauf der Hausbesuche werden depressive Verstimmungen als ein weiteres Problem identifiziert. Mr. B. fehlt die Musik und die Tatsache, das Instrument nicht mehr halten zu können, deprimiert ihn.

In instabilen und abfallenden Phasen eines chronischen Krankheitsverlaufes ist die psychische Stabilisierung der Patienten von besonderer Bedeutung, um eine Krisensituation zu vermeiden (Corbin und Strauss 1992).

Erneut wird die Sozialarbeiterin hinzugezogen, um mit Mr. B. über seine Gefühle hinsichtlich seiner fortschreitenden Invalidität und die sich daraus ergebenden Probleme zu reden. In der anschließenden Besprechung zwischen der Sozialarbeiterin

und dem Nurse Case Manager wird der Pflegeplan der veränderten Situation angepaßt. Der Nurse Case Manager entwickelt gemeinsam mit dem Physiotherapeuten ein Programm für Mr. B., das ihn körperlich und psychisch stabilisiert. Ziel ist es, daß Mr. B. seinen körperlichen Zustand akzeptiert und an der Entwicklung einer Möglichkeit zum scooterfahrenden Saxophonspieler mitarbeitet.

Im Fall von Mr. B. hat die Community Health Nurse die Case Management Verantwortung über die Koordination, die Integration und Kontinuität der Versorgungsleistungen sowie die Evaluation, um die Effektivität der Versorgung aufzuzeigen.

4. Schritt: Evaluation der Effektivität von Pflegeinterventionen

Bei chronischen Krankheiten ist eine Evaluation der Pflegeinterventionen sehr schwer. Die Pflegekraft und der Patient beeinflussen sich durch ihre intensive Beziehung gegenseitig. Frustrationen, wenn die gewünschte Veränderung nicht sofort eintritt, sind auf beiden Seiten zu beobachten. In dieser Phase ist es die Aufgabe der Pflegekraft, eine schrittweise Realisierung der Veränderungen anzustreben. Veränderungen im Krankheitsverlauf machen eine erneute Anpassung notwendig. Ebenso muß die Pflegekraft überprüfen, ob der Patient mit einer Veränderung zurecht kommt und die notwendige Bereitschaft zeigt, weiter mit zu arbeiten. Die Gesamtwirkung von Pflegeinterventionen muß daher über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden. Eine Evaluation von Pflegeinterventionen erfolgt begleitend zum Pflegeprozeß. Die Behandlungsstrategie von Seiten des Patienten und dessen Angehörigen muß laufend von der Pflegekraft überwacht werden. Im weiteren Verlauf der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve hat die Pflegekraft die Aufgabe, unterstützend einzugreifen, wenn Pläne für die Zukunft notwendig werden (Corbin und Strauss 1992: 24 f.).

Nach erfolgreicher Implementation des Krankheits- und Pflegeverlaufes konnte als Ergebnis ein medizi-

nisch und pflegerisch stabiler Gesundheitszustand von Mr. B. nachgewiesen werden. Sein mentaler Zustand besserte sich, nach dem er sich überwinden kann mit einer Haltevorrichtung für sein Saxophon am Scooter wieder auf die Bühne zu gehen. Bei Mr. B. bleibt aber eine ständige Betreuung durch den Health Center nötig, um ihm beim Management seiner Probleme, die durch seine chronische Krankheit und sein fortschreitendes Alter entstehen, zu helfen. Durch die Anwendung des Trajectory Work-Modells ist es möglich, Mr. B. durch seine chronische Krankheit zu begleiten und ihm eine angemessene Lebensqualität zu gewährleisten.

Das Trajectory Work-Modell gibt einen Rahmen für die tägliche Arbeit vor. Innerhalb dieses Rahmens werden weitere Instrumente angewandt, die die pflegerischen Tätigkeiten zu einem professionellen Prozeß werden lassen.

Für die praktische Arbeit des Nurse Case Managers in der Beispielinrichtung ist der Pflegeprozeß ein Instrument, welches im Rahmen des Trajectory Work-Modell eingesetzt wird um für die Bewohner einen individuellen Pflege- und Krankheitsverlaufplan zu erstellen.

Zusammenfassung und Umsetzungsmöglichkeit in Deutschland

Deutschland steht vor einer vergleichbaren demographischen und sozialpolitischen Entwicklung wie die USA. Die zukünftigen Planungen zur Kostenkontrolle im deutschen Gesundheitswesen müssen die Bedürfnisse einer immer älter werdenden Bevölkerung berücksichtigen. Es muß eine Form der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen und ihre Familien gefunden werden, welche die Kosten kontrolliert, die Nutzung der Ressourcen optimiert und kontinuierliche qualitativ angemessene Versorgung garantiert.

Durch die Anwendung von Pflege-modellen im Rahmen von Nursing Case Management kann dieses Ziel erreicht werden.

Durch Koordination und Integration von Gesundheitsleistungen sowie Gesundheits- und Sozialberufsgruppen entsteht für den älteren Menschen eine Versorgungskette, die Kontinuität gewährleistet bei gleichzeitiger Kostenkontrolle. Durch *Case Management findet ein patientenbezogener Austausch zwischen den Berufsgruppen statt, wodurch Versorgungsdefizite und -lücken erkannt und aufgehoben werden können. Ein individuelles bedarfsorientiertes Komplettangebot für gesundheits- und sozialpflegerische Leistungen ermöglicht es, für den älteren Menschen einen Lebensraum zu schaffen, wo dieser sich sicher und zu Hause fühlt.* Case Management fördert dadurch die ganzheitliche Betrachtungsweise des älteren Menschen. Diese ganzheitliche Denkweise fördert die Kommunikation und Zusammenarbeit im Team und sichert die Versorgungsqualität.

Damit die Qualität der Gesundheitsversorgung bei anhaltender Kostenregulierung durch Case Management gewährleistet werden kann und die Lebensqualität im Alter nicht zum Fremdwort wird, müssen auch in der Pflege und im wohnlichen Umfeld des älteren Menschen neue Wege beschritten werden.

Case Management verbunden mit geriatrischer Pflege ist eine erfolgreiche Alternative, die den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht wird. In Community Health Centern können gesundheits- und sozialpflegerische Leistungen speziell für ältere Menschen angeboten werden. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein unabhängiges Leben und eine entsprechende Lebensqualität zu erhalten, ist das Ziel der Versorgung von Case Managern in der geriatrischen Pflege. Schwerpunkte der Leistungen sind die Gesundheitsförderung, Versorgung und Krankheitsmanagement, Gesundheitsberatung, Forschung sowie direkte Pfl egetätigkeiten.

Die *ganzheitliche* Betrachtung des älteren Menschen umfaßt das wohnliche Umfeld ebenso wie die gesundheitlichen Probleme. Durch die Nutzung von Pflegemodellen, die auf die gesundheitlichen und sozialen Probleme von älteren Menschen zielen (wie Krohwinkels AEDL-Modell,

Orems Selbstpflegedefizit-Theorie oder eben das hier vorgestellte Trajectory Work-Modell), können Case Manager in der Pflege potentielle Probleme und Risikofaktoren früher erkennen und Präventionsmaßnahmen einleiten.

Ein zentraler Ort, also eine pflegerische Versorgung verbunden mit Leben und Wohnen, ermöglicht eine qualitative höchstmögliche Versorgung, die auf den Einzelnen oder eine Gruppe von älteren Menschen gerichtet ist. Die gesundheitlichen Probleme können umgehend in das tägliche Leben integriert werden, wodurch die Selbstverantwortung gefördert wird und die Selbständigkeit erhalten bleibt. Für den älteren Menschen bietet der Community Health Center auf der einen Seite eine umfassende Versorgung mit koordinierten Gesundheitsleistungen. Auf der anderen Seite steht die gesellschaftliche Integration. Die älteren Menschen leben in einer Familie und tragen somit nicht nur für sich die Verantwortung, sondern auch für den Nachbarn. Die Verantwortlichkeit über die eigene Person hinaus führt zu einem längeren gesünderen und erfüllteren Leben im Alter. Somit findet ein Wechselspiel zwischen Lebensqualität und Motivation statt.

Die Schaffung von Einrichtungen des „Betreuten Wohnen“ (im Sinne der amerikanischen Community Health Center), in denen Pflegefachkräfte als Case Manager tätig sind, könnte die heutige Situation im Gesundheitswesen in vielfacher Hinsicht verbessern und zukünftige Entwicklungen erleichtern. Nicht zuletzt durch eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen und einer Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus würde sich ein nennenswerter wirtschaftlicher Vorteil erzielen lassen.

Ein objektives Interesse an der Entwicklung dieses Arbeitsbereiches hätten auch der ältere Mensch und dessen Angehörige. Und zwar sowohl wegen der zu erwartenden Kostensenkung als auch wegen der Qualitätsverbesserung in der Versorgung. Die Artikulation dieses Interesses muß einerseits von den Interessenvertretern der älteren Menschen in Politik

und Krankenkassen erfolgen und andererseits vom Pflegepersonal.

Durch Schaffung des Arbeitsbereiches Nursing Case Management könnte ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege getan werden.

Bei Transfergedanken hinsichtlich der Umsetzung von Pflege- oder Managementmodellen müssen allerdings systemische Unterschiede berücksichtigt werden. Die Entwicklung der Pflegewissenschaft und die damit verbundene Professionalisierung der Pflege muß im Kontext mit dem deutschen Gesundheitssystem stehen. Ein Pflege- und/oder Managementmodell basiert auf dem sozialen, politischen und wirtschaftlichen Hintergrund und dem Gesundheitssystem des Landes, in dem es angedacht, erprobt und entwickelt wurde. Auf Grund der unterschiedlichen historischen und gesellschaftlichen Bedingungen können die Erfahrungen aus den USA nicht unmittelbar transferiert werden.

Die Entwicklung eines Pflege- und/oder Managementmodells muß weiterhin die Kenntnisse und Möglichkeiten der Betroffenen berücksichtigen. Das Pflegepersonal, welches in der Praxis mit einem Modell arbeitet, muß über den Ausbildungshintergrund verfügen, den das Modell fordert. Die Ausbildungsunterschiede und unterschiedliche Arbeitsweisen des Pflegepersonals zwischen USA und Deutschland fordern die Pflegewissenschaft auf, eine Anpassungsarbeit zu leisten. Erfolge können nur dann erwartet werden, wenn man bereit ist, aus den Erfahrungen Anderer zu lernen, um dann eigene Modelle zu entwickeln.

Ob die hier dargelegten Erfahrungen in Deutschland Anwendung finden können, kann bezweifelt werden. Ein unmittelbarer Transfer kann sicherlich nicht stattfinden, aber eine Anregung, eigene Modelle zur Krisenbewältigung zu entwickeln, ist es allemal.

Solche Entwicklungen fordern allerdings von der Pflegeforschung eine Abkehr vom „Elfenbeinturm“ der theoretischen Wissenschaft und

eine eindeutige Hinwendung zur Synthese aus Praxis und Wissenschaft!

Birgit Thomas

Krankenschwester, Studentin Pflegemanagement (Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege), Heideggerstr. 27
48165 Münster
BirgitThomas@T-Online.de

Anmerkungen

- [1] *Case Management* ist eine Problemannäherung, die Kontinuität der Versorgung garantiert durch abgestimmte Leistungen. Durch *Case Management* werden alle Parteien so koordiniert, daß ein maximaler Nutzen in der Gesundheitsversorgung und Pflegequalität für den Patienten verwirklicht wird.

Der Case Manager pflegt die Außenkontakte und erstellt durch Koordination und Kombination der verschiedenen Gesundheits- und Sozialleistungen ein Komplettangebot für den Patienten und integriert anschließend den Patienten und die Familie in dieses Programm. Durch gute kommunikative Fähigkeiten des Case Managers werden die Koordinationsleistungen beeinflusst. So ist es möglich, daß alle Gesundheits- und Sozialberufsgruppen ein Team um den Patienten bilden. Die Lebensqualität des Patienten und der Familie im Verlauf einer Krankheit sicherzustellen, erfordert interdisziplinäre Kooperation und Koordination. Dieses wird getragen durch Planung, Organisation, Implementation und Evaluation.

Hinzu kommt allerdings, daß die Gesundheitsversorgung in der häuslichen Umgebung ein größeres Potential an Selbstpflegeverantwortung und familiären Ressourcen erfordert. Der Patient muß akzeptieren, daß er von Krankenpflege abhängig ist, obwohl er zu Hause ist. Er muß lernen, mit der Krankheit umzugehen und diese in seinen Alltag zu integrieren. Dieser Schritt erfordert ein breites Wissensspektrum über die Krankheit und evtl. Veränderungen, welche im Verlauf eintreten können.

Der Case Manager schult den Patienten und dessen Familie (den sogenannten „Primary Caregiver“) im Umgang mit einer Krankheit so, daß diese zu Experten im Umgang mit dieser Krankheit werden. Hierdurch wird das Selbstpflegepotential des Patienten gefördert.

Durch eine Betreuung mit *Case Management* ist die Kontinuität und die ständige Anpassung der Gesundheitsleistungen an den Krankheitsverlauf garantiert. Durch Pflegepläne werden der Krankheitsverlauf aufgezeichnet und Maßnahmen eingeleitet. Durch vorausschauende Planung und fortlaufende Evaluation der Maßnahmen kön-

nen Veränderungen frühzeitig erkannt werden und Überleitungen arrangiert werden.

Pflegepersonal ist laut der American Nurses Association die geeignete Berufsgruppe, die Dienstleistungen des *Case Managements* bei Patienten mit multiplen Gesundheitsproblemen zu erbringen, weil diese eine hohe Aktivität über die Grenzen des eigenen Berufes hinaus erfordern und weil Krankenpflege komplex ist.

- [2] Die Entstehungsgeschichte des Chai House beginnt mit der Fragestellung: „Warum wird das Chai House gebraucht?“ Der Anteil der älteren Menschen in der jüdischen Gemeinde von San José und dem Santa Clara County lag im Jahre der Gründung des jüdischen Rates für ältere Menschen bei 15 % mit steigender Tendenz. Die Gemeinde sah sich dafür verantwortlich, den Bedürfnissen ihrer Senioren entgegenzukommen, da die Ansicht vertreten wurde, daß der moralische Zustand einer Gemeinde danach beurteilt wird, wie sie ihre älteren Mitmenschen behandelt. Jemand der finanziell abgesichert ist, kann sorglos dem Alter entgegen sehen. Aber älter werden und finanzielle Hilfe benötigen, ist nicht nur eine Gefahr, es ist ein Schicksal am Rande einer Katastrophe. Die Menschen gehen mit immer knapper werdenden finanziellen Mitteln und Möglichkeiten einer längeren Lebenserwartung entgegen. Ein Rückblick auf den ökonomischen Status von älteren Menschen zeigt, daß ca. 3,3 Million Menschen dieser Altersklasse sich unterhalb der Armutsgrenze befinden und nahe 2,2 Millionen fast arm sind. Diese beiden Gruppen zusammen repräsentieren fast ¼ der Bevölkerung über 65 Jahre. Die jüdische Gemeinde San José sah sich dazu veranlaßt, ihren älteren Gemeinemitgliedern eine Einrichtung bereitzustellen, in der sie in Sicherheit leben und wohnen können.

Das Chai House ist eine Nonprofit Organisation, d.h. der Organisation ist es nicht erlaubt Gewinne zu erzielen. Die evtl. entstehenden Gewinne darf die Organisation nur zu Eigenzwecken verwenden. Der Organisation ist es erlaubt, Spendengelder von Sponsoren oder Benefactors (Förderern) entgegen zu nehmen und diese zu Gunsten der vorgesehenen Einrichtung zu verwenden oder auch Fund-Raising zu betreiben. Wichtigstes Merkmal dieser nonprofit Organisation ist die Tax-exemption (Steuerbefreiung).

- [3] *Case Management* in normalen Haushalten nennt sich *Home Health*. *Home Health Care* kann mit der ambulanten Pflege verglichen werden. Nur mit dem Unterschied, daß die Aufgaben innerhalb der Gesundheitsversorgung anders verteilt sind. Die Krankenschwester übernimmt als Primary Care Provider die allgemeinmedizinische Versorgung, ist für die Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation zuständig. Die Grundpflege wird von pflegenden Angehörigen oder Caregivern übernommen. *Home Health Care* wird i.d.R. von den HMO's oder vergleichbar großen Organisationen angeboten. Die Organisation im

Bereich Home Health ist durch eine Zentrale gesteuert. In dieser Organisationszentrale sind Nurses mit unterschiedlichen Qualifikationen, Therapeuten, Sozialarbeiter und Caregiver beschäftigt. Ebenso verfügt jede Zentrale über eine Pharmazie und ein Lager mit pflegerischen Hilfsmitteln. Die Gruppe der Nurses unterteilt sich in verschiedene Fachbereiche, z.B. Cardio Staff, Gerontology Staff. Jeder Gruppe ist ein Nurse Case Manager zugeordnet. Alle Gruppen zusammen werden von einem Nurse Manager geleitet. Bei einem neuen Patienten würde die Organisation wie folgt ablaufen: Der Nurse Manager erfragt telefonisch welche Hauptproblematik beim potentiellen Kunden vorliegt. Auf Grund dieser Auskunft benachrichtigt er den Nurse Case Manager der für diesen Kunden in Frage kommenden Fachrichtung. Der Nurse Case Manager übernimmt den ersten Home Visit und erstellt danach ein komplettes Versorgungspaket für den Kunden und teilt dementsprechend das weitere Personal ein. In regelmäßigen Abständen wird an Hand der Dokumentation und durch Case Meetings die Notwendigkeit der einzelnen Versorgungsleistungen überprüft und neu angepaßt.

- [4] In allen folgenden Beispielen wurden Namen und Krankheitsbilder so weit verändert, daß die Identität der Bewohner nicht zu erkennen ist. Die Beispiele gelten dem besseren Verständnis der praktischen Anwendung eines Pflegemodells.

Literatur

Bower, K. A. (1992): „*Case Management by Nurse*“, Washington, DC, American Nurse Publishing

Corbin, J., Cherry, J. (1998): „*Caring for the Aged in the Community*“, noch nicht erschienen

Course Reader San Jose State University, Spring (1998): *Nursing* 127B, 137, 147B and Summer 1998 *Nursing* 104.1, Associated Students Print, San Jose, (Ca)

McKinnon, T. (1997): „*Community Health Nursing: A Case Study Approach*“, J.B. Lippincott, Philadelphia

Strauss, A., et al. (1984): „*Chronical illness and the quality of life*“, 2nd ed., Mosby, St. Louis

Swanson, J.M., Nies, M.A. (1997): „*Community Health Nursing: Promoting the Health of aggregates*“, 2nd ed., W.B. Saunders, Philadelphia

Woog, P. (1992): „*The Chronical Illness Trajectory Framework, the Corbin and Strauss Nursing Model*“, Springer Publishing Company, New York