

Von der theoriebasierten Pflege zum Case Management

Gela Spöthe

- 2.1 Von der Theorie zur Praxis: Die Bedeutung von
Pflegetheorien – 22
- 2.2 Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel und
seine fallbezogene Anwendung – 24
- 2.3 Adaptationsmodell nach Roy und seine fallbezogene
Anwendung – 26
- 2.4 Trajektmodell nach Corbin und Strauss und seine
fallbezogene Anwendung – 29
- 2.5 Paradigmenwechsel in der Pflege: Pflegetheorien unter
neuen Herausforderungen – 32
- Literatur – 35

Inmitten der aktuellen Diskussion um Aufgaben der Pflege, Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben an Pflegende und Neuformulierung pflegerischer Verantwortung ist die theoriebasierte Pflege wieder hoch im Kurs. Pflegende beziehen theoretische Überlegungen zunehmend in Entscheidungen zu pflegerischem Handeln ein, bestimmen pflegetheoretische Grundlagen für die Pflege in ihrer Einrichtung und leiten daraus die Gestaltung von Strukturen, Ausstattung und Abläufen in ihrer Einrichtung ab. Sie kennen pflegetheoretische Grundlagen im Case Management und finden für einen bestimmten Fall, den sie betreuen, eine passende und anwendbare theoretische Grundlage. In diesem Artikel wird die fallbezogene Anwendung von Pflegemodellen dargestellt am Beispiel der Modelle von Krohwinkel, Roy und des Trajektmodells. Im letzten Abschnitt wird die Anwendung pflegetheoretischer Grundlagen unter den Herausforderungen des Case Managements und der Interdisziplinarität diskutiert.

Wissensinhalte

Nach Lektüre dieses Kapitels wissen Sie,

- was eine Pflege Theorie bzw. ein Pflegemodell ausmacht und umfasst,
- welche Typen von Pflege Theorien bzw. -modellen es gibt und anhand welcher Kriterien einzelne Modelle den Typen zugeordnet werden,
- welche Elemente einer Theorie bzw. eines Modells Sie zur Strukturierung Ihrer Pflege anwenden können,
- wie sich die Anwendung verschiedener Modelle auf einen Fall miteinander kombinieren lässt,
- warum sich das Trajektmodell nach Corbin und Strauss besonders zur Anwendung im Case Management eignet.

2.1 Von der Theorie zur Praxis: Die Bedeutung von Pflege Theorien

Manche Pflegende fragen sich vielleicht: Pflege ist ein praktischer Beruf – wozu die ganze Theorie? Ich sehe doch von selbst, was mein Patient braucht! Wie sehr Pflege Theorien und -modelle unseren Pflegealltag beeinflussen, ist uns vielfach nicht be-

wusst. Der Unterschied zwischen Laienpflege und theoriebasierter Pflege wird anhand des nachstehenden Fallbeispiels deutlich.

Stefan P., 19 Jahre alt, ist mit zwei jüngeren Geschwistern auf einem Bauernhof aufgewachsen, den seine Eltern auch weiterhin bewirtschaften. Stefan verließ die Schule nach der elften Klasse und begann eine Dachdeckerausbildung. Er befindet sich zurzeit im zweiten Lehrjahr.

Eines Tages rutscht er auf den regennassen Ziegeln aus und stürzt vom Dach. Als er wieder zu sich kommt, tut ihm alles weh. Er kann jedoch beide Beine nicht mehr spüren und auch nicht bewegen. Der Notarzt kommt und Stefan wird mit dem Rettungswagen in die nächste Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik gebracht. Er wird auf der Abteilung für Wirbelsäulenverletzungen aufgenommen und zunächst auf der Intensivstation überwacht und behandelt, bis sich die vitalen Funktionen stabilisiert haben. Anhand verschiedener Untersuchungen wird eine komplette Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe des 10./11. Brustwirbelkörpers (Th 10/11) diagnostiziert.

Nach seiner Verlegung auf die allgemeine Querschnittsabteilung empfängt ihn dort Pflegefachkraft Beate F. und stellt sich als seine Bezugspflegerin vor.

Eine Pflegeperson, die mit der Verantwortung für die Gestaltung der Pflege in diesem Fall betraut ist, stellt sich wahrscheinlich eine Reihe von Fragen: Was denke ich über und erwarte ich von dem Menschen, den ich pflegen soll? Soll dieser Mensch Pflege erhalten? – wenn ja, warum? Was ist überhaupt Pflege? Was ist wichtig? Womit soll ich anfangen? Wie gehe ich vor? Welche Zukunft erwartet Stefan P.? Wie soll ich ihn unterstützen, sein Leben zu gestalten?

Während der pflegerische Laie seine Antworten intuitiv entwickelt, kann Beate F. auf ihre Kenntnisse aus Pflege Theorien und -modellen zurückgreifen. Pflegemodelle liefern ihr die Antworten auf die gestellten Fragen. Sie hat ihre Werthaltungen, ihr Menschenbild und ihr Pflegeverständnis in der Auseinandersetzung mit Pflegemodellen entwickelt. Sie wählt gezielt geeignete Modelle aus, die ihr für diesen Fall passend erscheinen. Auf der Basis der gewählten Modelle strukturiert, fokussiert und organisiert sie die direkt anfallende Pflege. Sie

kooperiert mit anderen Berufsgruppen und organisiert die Fortführung von notwendiger Pflege auch über die Grenzen ihrer eigenen Abteilung hinaus, damit es nicht zu Versorgungsbrüchen kommt.

Nach Marriner-Tomey ist eine Pflegetheorie eine Gruppe von Konzepten, Definitionen und Aussagen, die einen systematischen Überblick über Pflegephänomene geben, indem sie spezifische Beziehungen zwischen den beschriebenen Konzepten herstellen. Ein Pflegemodell ist hingegen eine Idee oder Vorstellung von Pflege, die schematisch und abstrahiert dargestellt wird (Marriner-Tomey 1992, S. 23).

Pflege-theorien und -modelle enthalten zunächst eine Reihe von Definitionen. So geben sie Definitionen zu den Metaparadigmen der Pflege (Fawcett 1984, Walker u. Avant 1998):

- *Mensch*: Menschenbild des Pflegemodells
- *Gesundheit/Krankheit*: Was ist Gesundheit? Was bedeutet Krankheit für den Menschen?
- *Pflege*: Pflegeverständnis, Ansatz und Aufgaben der Pflege
- *Umwelt*: Welche Beziehung besteht zwischen dem Menschen und seiner Umgebung?

In jedem Pflegemodell werden Kernbegriffe definiert, die zur Beschreibung von handelnden Personen, Aufgaben, Zielen und Prozessen dienen. Die Kernbegriffe und ihre Beziehung zueinander bilden die Struktur des Pflegemodells. Außerdem wird in jedem Pflegemodell der Pflegeprozess in einer definierten Reihenfolge beschrieben. Pflegemodelle erheben in der Regel nicht den Anspruch, allumfassend, für alle Gelegenheiten immer und ausschließlich als theoretische Grundlage geeignet zu sein. Sie heben vielmehr jeweils bestimmte Ansätze hervor. Daher eignen sich manche Pflegemodelle besonders für bestimmte Anwendungen.

A. Meleis (1999) hat Pflegemodelle in verschiedene Denkschulen eingeteilt. Sie unterscheidet:

- **Bedürfnismodelle**: im Zentrum stehen hier menschliche Bedürfnisse oder Lebensaktivitäten, z. B. bei V. Henderson, N. Roper/W. Logan/A. Tierney, D. Orem
- **Interaktionsmodelle**: der Fokus liegt hier auf der Analyse und Gestaltung der pflegerischen Beziehung, z. B. bei H. Peplau, I. King, J. Travelbee, E. Wiedenbach

- **Ergebnisorientierte (Systemorientierte) Modelle**: die Perspektive richtet sich auf die Regulationsmechanismen des Menschen und seine Wechselwirkungen mit seiner Umwelt, z. B. bei D. Johnson, M. Levine, M. Rogers, C. Roy

Die Bedürfnismodelle sind besonders auf Fähigkeiten und Ressourcen in Bezug auf die Erfüllung von Lebensaktivitäten ausgerichtet. In ihrer Anwendung haben sie sich sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch im Langzeitpflegebereich bewährt. Viele Einrichtungen haben ihre Pflege auf der theoretischen Basis eines Bedürfnismodells organisiert. Grundbedürfnisse und Lebensaktivitäten dienen als Strukturhilfsmittel für die Pflegeanamnese und die Pflegeplanung. Sie sind in die Gestaltung der gängigen Dokumentationsmaterialien auf dem deutschen Markt eingeflossen. Die Arbeit auf der Basis von Bedürfnismodellen ist den ausgebildeten Pflegekräften gut vertraut.

Interaktionsmodelle haben sich besonders in solchen Bereichen durchgesetzt, in denen die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten eine große Rolle spielt. Sie haben daher einen wichtigen Stellenwert als Basis der Psychiatrischen Pflege. Diese Modelle sind dort besonders hilfreich mit ihrem Fokus der Gesprächsführung und Interaktion.

Ergebnismodelle basieren auf der Systemtheorie und sehen den Menschen als ein Wesen im ständigen Wechselwirkungsprozess mit seinem Umfeld an. Der Mensch passt sich z. B. den sich neu stellenden Herausforderungen an. Diese Modelle erweisen sich als besonders nützlich in Phasen starker Herausforderungen, Krisen und neuer Entwicklungen, die ein Mensch zu bewältigen hat. Sie können sowohl kurzfristige als auch langfristige Perspektiven haben. Pflege begleitet Menschen in Krisensituationen und Anpassungsprozessen. Als Beispiele dienen die Anwendung im Bereich der Geburtshilfe/Wochenbettpflege und Stillförderung oder die Anwendung bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und schwerwiegenden oder langfristigen Krankheitsverläufen.

- **Pflegemodelle dienen zur Bestimmung von Werthaltungen, Aufgaben, Inhalten und Zielen der Pflege. Sie bieten eine Struktur für**

die Gestaltung der Pflege an und beschreiben den Pflegeprozess. Pflegemodelle setzen verschiedene Schwerpunkte und eignen sich dadurch besonders für bestimmte Anwendungsgebiete.

2.2 Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel und seine fallbezogene Anwendung

Beate F. entscheidet sich z. B. für die Anwendung des Modells der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, weil sie dieses Modell gut kennt und weil ihr Haus geeignete Dokumentationsunterlagen zu diesem Modell vorhält. Das Modell erscheint ihr außerdem geeignet, weil die Lebensaktivitäten »Soziale Beziehungen des Lebens sichern und gestalten können« und »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« eine herausgehobene Rolle in der Anamnese und in der Gestaltung der Pflege spielen. Im akuten Fall setzt sich Stefan P. mit der existenziell bedrohenden Erfahrung der Querschnittslähmung auseinander, die sowohl ihn selbst als auch sein soziales Umfeld wesentlich beeinflusst.

Im Sinne Krohwinkels kann der *Mensch* beschrieben werden als ein bio-psycho-soziales Wesen, das existenzielle Erfahrungen zu bewältigen hat. *Krankheit* ist für den Menschen häufig eine die Existenz bedrohende Erfahrung, die er bewältigen muss. Die Aufgabe der *Pflege* ist es, Menschen in den Auseinandersetzungsprozessen mit durch Krankheit, Krisen oder Behinderungen ausgelösten existenziellen Erfahrungen zu begleiten. Dabei sorgt professionelle Pflege nicht nur für die Erfüllung der Lebensaktivitäten, sondern bezieht auch das soziale Umfeld mit ein und leistet Beistand durch Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung. Die *Umwelt* ist im Sinne Krohwinkels hauptsächlich sein soziales Umfeld, das den Menschen unterstützen oder ihn in der Entwicklung bremsen/behindern kann.

Das Krohwinkel-Modell enthält Charakteristika sowohl der Bedürfnismodelle (ABEDL-Strukturierungsmodell) als auch der Beziehungsmodelle (weil die Gestaltung der Pflegebeziehung einen wichtigen Stellenwert einnimmt).

Das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege bezeichnet die Bedürfnisse als »Aktivitäten, Beziehungen und Erfahrungen des Lebens« und bildet daraus das *ABEDL-Strukturierungsmodell* mit 13 Lebensaktivitäten. Die Lebensaktivitäten im Modell nach Krohwinkel (2007) heißen:

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
4. Sich pflegen können
5. Essen und trinken können
6. Ausscheiden können
7. Sich kleiden können
8. Ruhen und schlafen können
9. Sich beschäftigen können
10. Sich als Mann/Frau fühlen können
11. Für sichere Umgebung sorgen können
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können
13. Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können

Unter diesen ABEDLs sind die letzten beiden besonders hervorgehoben und stellen einen Schwerpunkt des Ansatzes nach Krohwinkel dar (Krohwinkel 2007, S. 242). Im Pflegemodell der fördernden Prozesspflege wird außerdem ein vierschrittiger Pflegeprozess beschrieben. Dieser umfasst die Schritte:

1. Pflegebedarfserhebung
2. Pflegeplanung
3. Pflegedurchführung und
4. Pflegeevaluation

Der Prozess steht im Kontext der direkten Pflege. Das nahe soziale Umfeld (z. B. pflegende Angehörige) wird in den Prozess einbezogen. Nach Krohwinkel umfasst der erste Schritt des Pflegeprozesses »Pflegebedarfserhebung« das Sammeln und Dokumentieren der benötigten Informationen, die Pflegeanamnese nach ABEDLs und die Auswahl der vorrangig zu bearbeitenden Pflegeprobleme. Die Pflegeplanung besteht nun aus der schriftlichen Beschreibung von Problemen, Ressourcen, Zielen und geplanten Maßnahmen. Anschließend erfolgt die Durchführung der Maßnahmen. Die Evaluation besteht aus dem Vergleich des aktuellen Zustands mit den angestrebten Zielen. Aufgrund der Eva-

■ **Tab. 2.1** Exemplarische Pflegeplanung nach dem ABEDL-Strukturmodell (eigene Darstellung)

Probleme/Ressourcen	Ziele	Maßnahmen
ABEDL »Sich bewegen« P1: bei Stefan P. besteht eine Dekubitusgefahr aufgrund der Lähmung und des Wahrnehmungsverlustes in der unteren Körperhälfte, erkennbar anhand der NORTON-Skala (21 P.) R1: Stefan ist wach, klar orientiert und ansprechbar, kognitiv leistungsfähig	Z1.1: Stefan verfügt über Hilfsmittel zur Reduzierung des Auflagedrucks Z1.2: Stefan liegt/sitzt mit einer der Gewebetoleranz angemessenen Druckverweilzeit Z1.3: Die Haut ist intakt und widerstandsfähig. Stefan beherrscht Methoden der selbstständigen Hautkontrolle	M1.1: Würfelmattmatratze fürs Bett, bei Rötungen einzelne Würfel herausnehmen und das druckgeschädigte Areal hohl lagern Gelkissen als Rollstuhlaufgabe M1.2 Lagerungs- und Bewegungsplan für Positionswechsel Bei jedem Positionswechsel Kontrolle der Haut auf druckbedingte Hautrötungen Kooperation mit KG und Ergotherapie → Abstimmung zu Mobilisationsübungen M1.3 Hautbeobachtung und Hautpflege mit W/O-Emulsion Anleitung zur selbstständigen Hautbeobachtung mit Handspiegel
ABEDL »Ausscheiden« P2: Stefan hat aufgrund der Querschnittslähmung die Kontrolle über die Blasenfunktion verloren, er kann zurzeit nur mit fremder Hilfe Urin lassen R2: Stefan ist kooperativ und wünscht sich mehr Selbstständigkeit	Z2: Stefan beherrscht die Methode des intermittierenden Selbstkatheterismus	M2: zunächst wird Urin 4-mal täglich (6-stündlich) über Einmalkatheterisierung abgelassen Vorgang erklären, Stefan anleiten zum Selbstkatheterismus, Infobroschüre geben
ABEDL »mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen« P3: Stefan ist häufig deprimiert und apathisch, weil er sich mit der neuen Bedingung der Querschnittslähmung nicht abfinden kann, er reagiert manchmal zynisch und sarkastisch	Z3: Stefan akzeptiert seine Lage, stabilisiert seine kooperative Einstellung, gewinnt eine Perspektive für seine Zukunft	M3: Gespräch anbieten, die Familie einbeziehen Beistand anbieten bei der Auseinandersetzung mit seiner existenziellen Erfahrung Kontakt zu weiteren Gesprächspartnern vermitteln (Selbsthilfegruppen, Rehabilitanten)

luation werden Ziele beibehalten, modifiziert oder neue Ziele entwickelt und der Prozess beginnt von vorne. Der Pflegeprozess wird als ein fördernder Beziehungs-, Problemlösungs- und Entwicklungsprozess charakterisiert (Krohwinkel 2007, S. 237).

Beate F. nutzt zunächst das ABEDL-Strukturierungsmodell im Rahmen ihrer Pflegeanamnese, um Informationen zu Stefan P.s Fähigkeiten und Problemen im Bereich der Lebensaktivitäten zu erheben. Sie achtet darauf, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm aufzubauen, damit sie ihn gut begleiten kann in seiner Phase der existenziell bedrohlichen Erfahrung. Beate F. wählt gemeinsam mit Stefan P. für ihre Pflegeplanung Ziele aus, die in der nächsten Zeit vorrangig erreicht werden sol-

len. Sie plant Maßnahmen, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Anschließend organisiert sie die Abläufe, besorgt das benötigte Material und setzt ihre geplanten Maßnahmen praktisch um. Im täglichen Pflegebericht beschreibt sie die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen. In ■ Tab. 2.1 wird ein exemplarischer Auszug aus ihrem Pflegeplan anhand von drei Pflegeproblemen vorgestellt.

Die Lebensaktivitäten »Kommunizieren können«, »Sich bewegen können« und »Vitale Funktionen des Lebens erhalten können« sind nach Krohwinkel besonders wertvoll als Ausgangsaspekte für die Informationssammlung. Sind diese Lebensaktivitäten eingeschränkt, so zeigen sich auch weitere Probleme in anderen Lebensaktivitäten (z. B. »Es-

sen und trinken können«, »Sich pflegen können«, »Sich kleiden können«, »Ausscheiden können«, »Sich beschäftigen können«).

Beate F. kann die Wirkung ihrer Maßnahmen gut überprüfen durch Beobachtung und Befragen und indem sie sich von Stefan demonstrieren lässt, wie gut er z. B. die Hautbeobachtung per Handspiegel oder den Selbstkatheterismus beherrscht. Sie kann seine Stimmungen und seine Einstellung aus Gesprächen erfahren und Kontakt zu anderen Berufsgruppen halten, um die Erfahrungen auszutauschen.

2.3 Adaptationsmodell nach Roy und seine fallbezogene Anwendung

Beate F. könnte alternativ auch das Adaptationsmodell nach Roy für die Pflege von Stefan P. auswählen. Die Querschnittslähmung bedeutet einen tiefen Einschnitt und einen Anpassungsbedarf in fast allen Lebensbereichen für Stefan P. Das Modell von Callista Roy stellt die benötigten Anpassungsvorgänge in den Mittelpunkt. Dieses Modell basiert auf den wissenschaftlichen Grundlagen der Systemtheorie und der Verhaltensforschung. Es wird den system- oder ergebnisorientierten Modellen zugeordnet.

Beate F. hält dieses Modell z. B. für den vorliegenden Fall für geeignet, weil es die konkrete Bearbeitung der Krisensituation mit hohem Anpassungs- und Veränderungsbedarf fokussiert. Es betrachtet den Menschen in seiner Veränderungssituation ganzheitlich und nimmt auch seine seelische, psychosoziale Situation und sein Umfeld mit in den Blick.

Im Sinne des Adaptationsmodells wird der Mensch als ein bio-psycho-soziales Wesen verstanden, dass sich in ständiger Wechselbeziehung mit der sich verändernden Umwelt befindet und sich permanent neuen Gegebenheiten anpasst. *Gesundheit und Krankheit* bilden ein Kontinuum. Der Mensch schwankt zwischen Phasen der Gesundheit und der Krankheit. Krankheit erscheint als fehlende oder unangemessene Regulation/Reaktion auf bestehende Reize (Stimuli). *Pflege* beobachtet und begleitet Menschen in ihrer Interaktion und in

den Anpassungsprozessen an die sich verändernde Umwelt. Die *Umwelt* besteht aus dem sozialen Umfeld, den Lebensbedingungen, physikalischen, ökonomischen und anderen Faktoren. Die Umwelt verändert sich ständig und stellt den Menschen immer wieder vor größere und neue Herausforderungen (vgl. Drerup 1990, S. 56).

Auf den Menschen wirken verschiedene Reize (*Stimuli*) ein, mit denen er sich auseinandersetzt. Dabei definiert Roy *fokale Stimuli* als direkte Einflüsse und Veränderungen, die sich an der Person zeigen. Der Mensch reagiert sofort auf fokale Stimuli, um die Homöostase wiederherzustellen (z. B. Eindringen von Keimen, akute Infektion, Fieberreaktion). *Kontextuelle Stimuli* definiert Roy als begleitende Einflüsse aus dem Umfeld, die auf die Art und Weise der Auseinandersetzung des Menschen mit seinen fokalen Stimuli einwirken (z. B. Licht, Temperatur, Lärm).

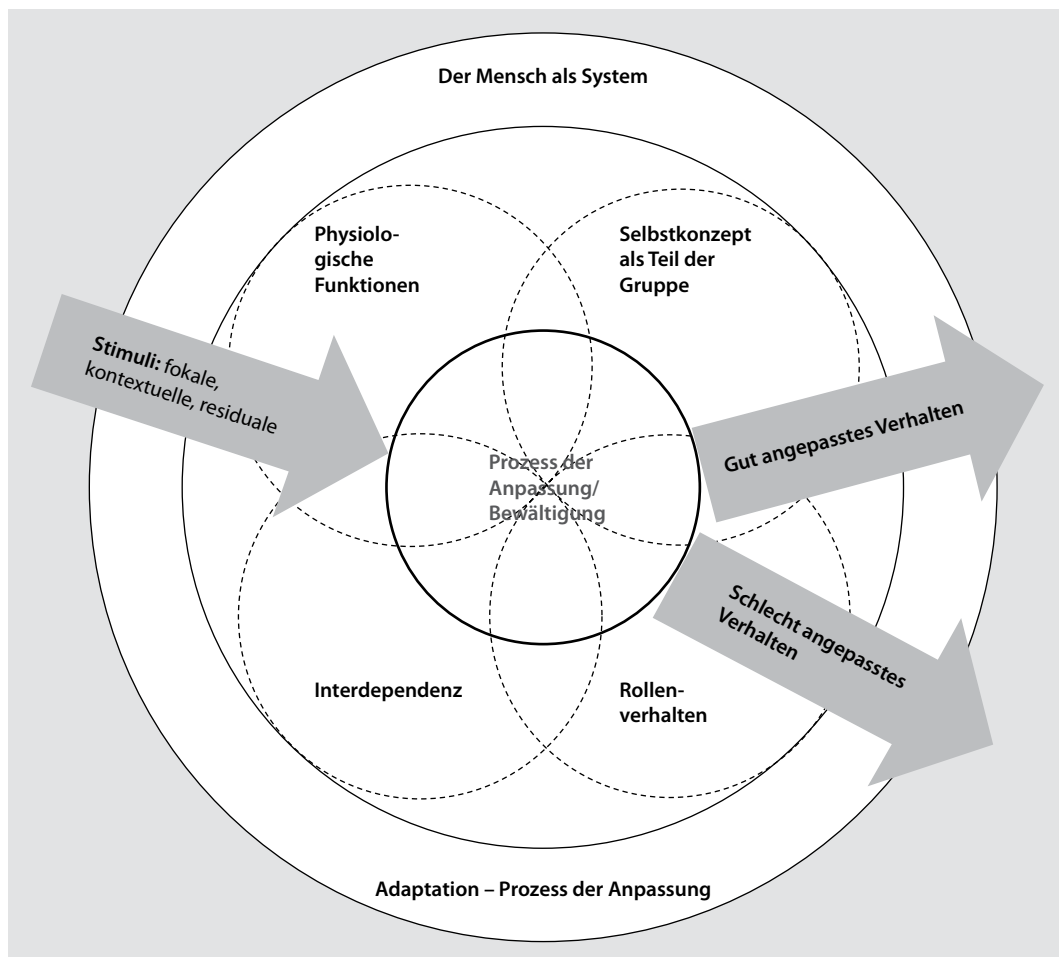
Residuale Stimuli sind vorhandene Konstitution, Voraussetzungen und Vorerfahrungen des Menschen. Sie werden nicht durch fokale Stimuli ausgelöst, können jedoch das Verhalten des Menschen im Laufe der Reaktion und Anpassung beeinflussen (z. B. Widerstandsfähigkeit gegenüber akuten Infektionen).

Die einwirkenden Reize (Stimuli) bilden die Vorbedingungen einer Situation (Input), auf die der Mensch als System reagiert (Steuerungsprozesse). Der Mensch versucht, die Herausforderungen zu bewältigen.

Der Mensch strebt nach der Vorstellung von Roy nach einem Gleichgewichtszustand (Homöostase) und stellt sich auf vier verschiedene Weisen (Modi) auf die ihn erreichenden Reize ein.

Im *physiologischen Modus* besteht das Bedürfnis nach einem Gleichgewicht bezüglich der Sauerstoffzufuhr und Kreislauffunktion, dem Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, der Ernährung und der Ausscheidung, einem Ausgleich zwischen Ruhe und Aktivität sowie einer Regulierung der Körperfunktionen (z. B. der Temperatur). Im Bereich der physiologischen Funktionen werden hier auch die Bedürfnisse nach Wachstum und Entwicklung, Fortpflanzung, Fortbewegung sowie der Gebrauch der Sinne angesiedelt.

Der *Selbstkonzeptmodus* beschreibt nach Roy die Vorstellung des Menschen von sich selbst als



■ Abb. 2.1 Der Mensch als System im Adaptionsmodell nach Callista Roy (eigene Darstellung)

Teil der Gesellschaft. Das Selbstbild entwickelt sich größtenteils aus der Wahrnehmung und Rückmeldung anderer zur eigenen Person.

Der *Modus der sozialen Rolle* befasst sich mit verschiedenen Rollen, die ein Mensch in seinem sozialen Umfeld einnimmt. So kann er z. B. Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Pflegende, Lehrerin, Kollege, Sportskamerad, Auszubildender oder Verwaltungschef sein. Von Menschen wird erwartet, dass sie sich ihrem Status und ihrer Rolle entsprechend verhalten, um ihren sozialen Status aufrecht zu erhalten.

Interdependenz bezeichnet nach Roy die temporären Rollen, die ein Mensch einnimmt und die

ihn in bestimmte Beziehungen zu anderen Menschen bringen. Der *Interdependenzmodus* betrachtet die konkrete gegenseitige Abhängigkeit, in der ein Mensch sich in Beziehung zu anderen Personen befindet, z. B. der Grad der Abhängigkeit von Unterstützung durch die Ehefrau des Pflegebedürftigen, der zu Hause in der Familie gepflegt wird. Die Anpassung besteht hier in dem Bemühen um mehr Selbstständigkeit und weniger Abhängigkeit.

Der Mensch reagiert auf Stimuli mit den folgenden zwei *Adaptationsmechanismen* (■ Abb. 2.1):

1. »Regulator« (Regulationsmechanismus), der die physiologischen Funktionen zu stabilisieren versucht (über das autonome Nervensystem und das Hormonsystem)

■ Tab. 2.2 Exemplarisches Assessment nach Roy (eigene Darstellung)

Problem	Stimuli		
	Fokale	Kontextuelle	Residuale
P1 Lähmung der Beine, Kräfte- mangel	Querschnitt Th 10/11, Wahr- nehmungsverlust der unteren Extremitäten	Hat in der Berufsausbildung zum Dachdecker schon eine gesunde Grundlage von Arm- und Rumpfmuskulatur erworben	Stefan war bisher völlig selbstständig
	Kräftemangel in den Armen		Kräftemangel wirkt bedrückend auf sein Selbstkonzept
	Braucht Unterstützung bei allen Lebensaktivitäten		
P2 Minderwer- tigkeitsgefühle	Bisheriges Selbstkonzept von »gesund, unabhängig, beweg- lich« ist nicht aufrecht zu halten, dadurch entsteht Frust	Weiß, dass er seinen früheren Beruf nicht wieder ausüben kann	Hatte früher wenig Kontakt zu körperlich behinderten Men- schen, hatte Vorurteile
		Hat Angst vor der Zukunft	
P3 Abhängigkeit von Hilfe	Hilfebedarf bei allen Lebens- aktivitäten	Versteht Erläuterungen und Anleitung zum Umgang mit Hilfsmitteln	Möchte selbstständiger sein
	Ressourcen der oberen Extre- mitäten		

2. »Cognator« (Erkennungsmechanismus), der über die bewusste Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und die bewusste Entscheidung zum Verhalten wirkt

Das Ergebnis (Output) des Anpassungs- und Bewältigungsprozesses eines Menschen ist sein weiteres Verhalten. Dieses Verhalten kann der Situation und den Anforderungen angemessen sein und Gleichgewicht und Zufriedenheit bewirken (adaptives Verhalten). Es kann jedoch auch schlecht angepasst sein. Der Mensch kann sich anders verhalten oder der Körper anders reagieren als es gut für ihn ist (maladaptives Verhalten).

Das *pflegerische Assessment* nach Roy findet auf zwei Assessmentebenen statt:

1. Feststellen von »ineffektivem« oder »schlecht angepasstem« Verhalten des Betreffenden
2. Feststellen von Stimuli und Einflussfaktoren, die auf diesen Menschen einwirken

Pflegemaßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung für den Betreffenden verfolgen mehrere mögliche Wege (vgl. Akinsanya et al. 1997, S. 20ff.):

1. Unterstützung des Menschen bei der Anpassung und Regulation seines Verhaltens mit

dem Ziel der Wiederherstellung der Homöostase

2. Ausschalten/Verändern von schädlichen Stimuli in seiner Umgebung

An dieser Stelle werden beispielhaft das Assessment und die Planungsschritte für drei Pflegeprobleme nach Roy vorgestellt, die Beate F. für ihren Patienten formulieren könnte (■ Tab. 2.2, ■ Tab. 2.3).

Beate F. überprüft die Ergebnisse ihrer Pflege durch Zuhören, Beobachten und Befragen. Ein bisher noch ineffektives oder schlecht angepasstes Verhalten geht wieder als Stimulus in das neue Assessment ein und macht eine Überarbeitung des Pflegeplans erforderlich. Dies bezieht sich sowohl auf die Entwicklung der physiologischen Funktionen (Regulationsmechanismus »Regulator«) als auch auf die psychosozialen Aspekte, die Stefan nur durch bewusste Bearbeitung und Entscheidung bewältigen kann (Erkennungsmechanismus »Cognator«). Beate F. geht hier verständigungsorientiert vor. Über die Interpretation von »angepasstem« oder »unangepasstem« Verhalten sollte zwischen den beiden eine Einigung erzielt werden, da sich die Interpretationen zunächst unterscheiden können.

■ **Tab. 2.3** Exemplarische Pflegeplanung nach Roy (eigene Darstellung)

<i>Selbstkonzept</i> P2 Stefan äußert sich teilweise destruktiv und sarkastisch über seinen Zustand und seine Aus-sichten an Lebensqualität, er fühlt sich als minderwertig	Z2 Stefan gewinnt an Mut und Selbstvertrauen, kann sich auf seine Situation einlassen und sich eine positive Zukunft vorstellen	M2 Selbstvertrauen stärken durch Loben, Auf-zeigen kleiner Fortschritte Mut verstärken, die Herausforderungen der neuen Situation anzunehmen Aktiv zuhörendes Gespräch bei allen Pflege-maßnahmen
<i>Interdependenz</i> P3 Stefan fühlt sich ausgeliefert und abhängig, zeigt teilweise passives und wenig engagier-tes Verhalten	Z3 Stefan festigt sein Vertrau-en auf und sein Streben nach zunehmender Selbstständig-keit	M3 Stefan in Entscheidungen einbeziehen, kleine Fortschritte an Selbstständigkeit hervor-heben und loben Ressourcen bei allen Bewegungen mit ein-beziehen Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen, damit Stefan positive Vorbilder kennen lernt

Tipp

Das Adaptationsmodell nach Roy ist anwend-bar auf einen Fall im Arbeitsalltag, in dem ein Mensch sich an akute und dauerhafte Verände-rungen im Zusammenhang mit seiner Erkran-kung anpassen muss. Durch welche Stimuli wird sein Anpassungsverhalten beeinflusst? Wie bzw. wie erfolgreich passt die betroffene Person sich den veränderten Bedingungen an?

2.4 **Trajektmodell nach Corbin und Strauss und seine fallbezogene Anwendung**

Als Ergänzung zu einem der beiden vorigen Pfl-egemodelle kommt für Beate F. auch die Anwen-dung des Trajektmodells in Betracht. Dieses Mo-dell nimmt besonders die langfristige Perspektive in den Blick. Das Trajektmodell nach Corbin und Strauss wird ebenfalls der Gruppe von system-orientierten Modellen zugerechnet. Es betrachtet den Fall über die Grenzen einzelner Institutionen und Versorgungssektoren hinweg. Daher ermög-licht es insbesondere die Abstimmung und Ko-ordination von Berufsgruppen und Versorgungs-abschnitten bezogen auf den konkreten Fall über einen langen Zeitraum.

Beate F. weiß, dass Stefan P. sein weiteres Le-ben lang auf den Rollstuhl angewiesen sein wird. Er

wird medizinische Versorgung, Pflege, Anleitung, Beratung, Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln, körperliche, soziale und berufliche Rehabilitation, Berufsberatung, Umschulung, Umbau seines Le-bensumfeldes und viele weitere Versorgungsaktivi-täten benötigen. In der Klinik möchte er langfris-tig eine Ansprechpartnerin bzw. Beraterin haben, auch wenn er nur für kurze Zeiten stationär be-handelt werden muss. Beate F. hat vor einiger Zeit eine Case-Management-Ausbildung absolviert. Sie stellt sich Stefan P. als seine Case Managerin vor und bietet sich an, auch nach dem Klinikaufenthalt als Kontaktperson ansprechbar zu bleiben, wann immer Stefan Fragen zu seinem Fall hat. Sie hält das Trajektmodell für anwendbar, weil es zur lang-fristigen Koordination und Abstimmung beitragen kann. Das Modell kann gut mit einem kurzfristig planenden Modell wie z. B. dem Modell der för-dernden Prozesspflege oder mit dem Adaptations-modell kombiniert werden.

Das Trajektmodell ist entstanden aus der Be-gleitung chronisch kranker Menschen über einen langen Zeitraum. Zu den Metaparadigmen nimmt das Modell Stellung wie folgt:

Der *Mensch (die Person)* mit einer langfristi-gen/chronischen Erkrankung trägt den größten Teil der Verantwortung für seine Prävention und die Behandlungsmaßnahmen sowie für die Gestal-tung der Alltagsaktivitäten selbst (bzw. gemeinsam mit seiner Familie). Er trifft seine Entscheidungen (die unter anderem durch den Verlauf der Krank-heit notwendig werden) im Einklang mit seiner

■ Tab. 2.4 Die Stadien einer chronischen Erkrankung nach Corbin und Strauss (Woog 1998, S. 13)

Stadium	Definition
Vor der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Vor Beginn der Krankheit, Präventivphase, keine Anzeichen oder Symptome einer Krankheit vorhanden
Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Auftreten von Anzeichen und Symptomen einer Krankheit, beinhaltet die Diagnose
Krise	Lebensbedrohliche Situation
Akut	Akuter Krankheitszustand oder Komplikationen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen
Stabil	Krankheitsverlauf und -symptome werden mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten
Instabil	Krankheitsverlauf und -symptome können nicht länger mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten werden, ein Krankenhausaufenthalt ist jedoch nicht notwendig
Verfall	Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und geistigen Verfassung gekennzeichnet durch zunehmende Behinderung und verstärktes Auftreten von Krankheits-symptomen
Sterben	Stunden, Tage, Wochen unmittelbar vor dem Tod

persönlichen Biografie. *Gesundheit* im Zusammenhang einer chronischen Erkrankung bedeutet nicht unbedingt Heilung, sondern auch eine Möglichkeit für kranke Menschen, Folgeschäden vorzubeugen und sich mit der Krankheit im Alltag zu arrangieren. Es geht darum, die Lebensqualität aufrecht zu erhalten.

Die vorrangige Aufgabe der *Pflege* besteht darin, chronisch kranken Menschen bei der Gestaltung ihres Alltags und ihres Lebensumfeldes so zu helfen, dass eine größtmögliche Lebensqualität erreicht werden bzw. erhalten bleiben kann. Pflege versteht sich als temporäre Unterstützung und bezieht daher die Biografie des Menschen sowie seine zukünftige Entwicklung in ihre Überlegungen mit ein. Pflegemaßnahmen neben der direkten Pflege umfassen auch Anleitung, Schulung, Beratung, Überleitung sowie die Organisation von Hilfsmitteln und die Bereitstellung einer umfassenden und technisch komplexen Pflege.

Die *Umgebung* des kranken Menschen ist zunächst sein direktes soziales und räumlich-dingliches Umfeld. Die primäre Umgebung ist zu Hause bzw. in der Familie. Im längeren Verlauf kann die Umgebung wechseln und z. B. vorübergehend einen stationären Aufenthalt erfordern. Auf einen Wechsel der Umgebung müssen Patienten und An-

gehörige gut vorbereitet werden, damit der Übergang reibungslos funktioniert (z. B. Versorgung mit technischen Hilfsmitteln und Anleitung zum Gebrauch, Kontaktvermittlung und Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen und Berufsgruppen) (Woog 1998, S. 17ff.).

Im Trajektmodell werden einige zentrale Kernbegriffe verwendet. Das Modell stellt den Bezugsrahmen der *Krankheits- und Pflegeverlaufskurve* (»trajectory framework«) vor. Es beschreibt anhand dieses Bezugsrahmens, dass chronische Krankheiten wechselhaft verlaufen. Acht typische Phasen sind dabei festzustellen, die in verschiedener Abfolge stattfinden können. Nicht alle Phasen treffen bei jedem Menschen mit einer chronischen Erkrankung zu, es kann Verbesserungen und akute oder schleichende Verschlechterungen des Zustands sowie Phasen der Stabilität geben. Die acht typischen Stadien einer chronischen Erkrankung nach Corbin und Strauss sind in ■ Tab. 2.4 zusammengefasst.

Die Krankheitsverlaufskurve kann nur retrospektiv beschrieben werden und bildet den Verlauf der Gesundheit/Selbstständigkeit bzw. Einbrüche und Rückschläge ab (■ Abb. 2.2). Der Verlauf wird durch viele Faktoren beeinflusst, z. B. durch persönliche Faktoren, Einflüsse der Umgebung, Ak-



■ **Abb. 2.2** Phasen der Krankheitsverlaufskurve nach Corbin u. Strauss (Aus Spöthe 2008, S. 29)

tionen und Handlungen der bisherigen Therapie und Erlebnisse mit der bisherigen Behandlung und Pflege (und deren persönliche Bewertung durch den betroffenen Menschen).

In Zusammenhang mit der Krankheitsverlaufskurve wird auch die Pflegeverlaufskurve langfristig dargestellt. Während der akuten Krankheitsphasen besteht z. B. eine größere Abhängigkeit von Hilfe und Pflegebedarf. Je schlechter der Zustand, desto höher ist meistens der Hilfebedarf (■ Abb. 2.3).

Das Anliegen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen besteht nun darin, den Verlauf der Erkrankung und der drohenden Hilfsabhängigkeit günstig zu beeinflussen, so dass die größtmögliche Selbstständigkeit und Stabilität über einen möglichst langen Zeitraum erreicht werden kann. Die Interventionen sollen daher gezielt und mit langfristiger Perspektive erfolgen.

Der Pflegeprozess im Trajektmodell umfasst fünf Schritte (Woog, 1998, S. 20ff.):

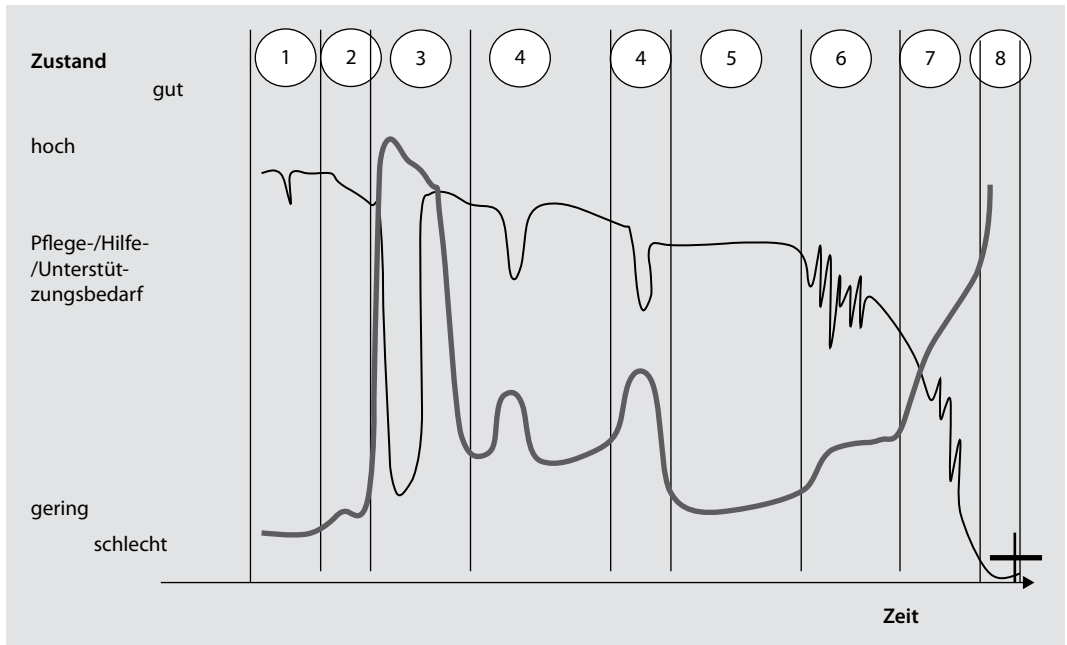
1. Assessment (Patient und Umfeld), Ziele festlegen

2. Beeinflussende Bedingungen einschätzen
3. Interventionsschwerpunkt definieren
4. Pflegeinterventionen durchführen
5. Evaluation der Effektivität von Pflegeinterventionen

Beate F. bespricht mit Stefan P. den langfristigen Anpassungsbedarf. Sie setzt Ziele und definiert Interventionen, die die langfristige Versorgung, seine Überleitung und persönliche/berufliche Entwicklung von Stefan P. betreffen. Ihr Assessment und der Pflegeplan könnten z. B. die in ■ Tab. 2.5 genannten Punkte beinhalten.

■ Assessment

Stefan P. befindet sich in einer Dachdeckerlehre. Er spielt gerne Fußball in einem Sportverein. Die Eltern haben einen Bauernhof. Bisher wohnt Stefan dort im Dachgeschoss. Der Bauernhof ist 10 km von der Stadt entfernt. Stefan hat einen Führerschein und benutzt ein Auto der Eltern. Zwei jüngere Geschwister gehen noch zur Schule. Kostenfragen



■ Abb. 2.3 Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Corbin u. Strauss (Aus Spöthe 2008, S. 30)

sind über die Berufsgenossenschaftliche Unfallversicherung zu klären (Berufsunfall). Beeinflussende Faktoren: seine zurzeit gedrückte Stimmung und Zukunftsangst, sein grundsätzliches Streben nach größtmöglicher Selbstständigkeit.

Tipp

Wenden Sie das Trajektmmodell auf einen Fall mit komplexem und langfristigem Versorgungsbedarf aus Ihrem Arbeitsgebiet an. Welche Bedarfe an interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation sind dabei erkennbar?

2.5 Paradigmenwechsel in der Pflege: Pflegetheorien unter neuen Herausforderungen

Die raschen Strukturveränderungen in unserem Gesundheitswesen sind gekennzeichnet durch zunehmende Komplexität, Multimorbidität, Verkürzung der Verweildauerzeiten in der stationären

Versorgung und die zunehmende Ressourcenverknappung. Eine der größten Herausforderungen besteht in der Gestaltung der Versorgungsübergänge zwischen verschiedenen Versorgungssektoren. Hier kommt es bisher häufig zu Versorgungsbrüchen, die nur mit größeren Anstrengungen des Schnittstellenmanagements reduziert werden können.

Auf der Seite der Kostenträger (Krankenkassen) werden hohe Qualitätsansprüche an die Versorgung gestellt. Gleichzeitig werden Spezialprogramme zur abgestimmten Versorgung bei typischen und häufigen Krankheiten aufgelegt (Disease-Management-Programme, z. B. für Diabetespatienten oder Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Disease-Management-Programme nehmen Einfluss auf die Krankenhausbehandlung und die Kooperation der Klinik mit den vor- und nachversorgenden Einrichtungen (Managed Care, Care Management).

Pflege bewegt sich in diesem Spannungsfeld gemeinsam mit anderen Berufsgruppen. Die wachsenden Anforderungen an das Versorgungssystem

Tab. 2.5 Exemplarische Pflegeplanung anhand des Trajektmodells von Corbin und Strauss (eigene Darstellung)

Probleme/Einflussfaktoren	Ziele	Interventionen
P1: Stefans Wohnumfeld ist noch nicht für das Leben im Rollstuhl angepasst. Er kann nicht mehr im Dachgeschoss wohnen EF: Die Eltern haben ein bisher wenig genutztes Nebengebäude auf dem Hof	Z1: Stefan kann sich in seinem Wohnumfeld selbstständig und unabhängig mit dem Rollstuhl bewegen und alle Bedarfsgegenstände erreichen	I1: In der Klinik: Rollstuhltraining → Stefan anleiten zum Fahren, Steuern, Bremsen, Sitzbalance halten Entlassungsvorbereitung: Gespräch mit Stefan und seinen Eltern → Umbau des Nebengebäudes rollstuhlgerecht Bis zur Fertigstellung der Umbaumaßnahmen Stufen mit Rampen überbrücken, Gebrauchsgegenstände in rollstuhlgerechter Greifhöhe anbringen Telefonanlage für das Nebengebäude einrichten lassen → Info über Beratungsstelle »Barrierefrei leben« → Kostenklärung über BGUV → Sozialdienst einschalten zur Finanzierungsberatung
P2: Stefan kann nicht mehr Fußball spielen und braucht jedoch körperliches Training EF: Die Stadt (mit Sportvereinen) ist 10 km entfernt, Stefan kann weder mit seinem bisherigen Auto noch mit dem Linienbus dorthin fahren	Z2: Stefan findet eine Sportart, die ihm Kraft, Ausdauer und Ausgleich vermittelt und sozialen Anschluss/Kontakte ermöglicht	I2: Gespräch mit Stefan und seinen Eltern über die Bedeutung von Kraft und Bewegung zur langfristigen Gesunderhaltung → Stefan soll in seinem Sportverein nach Angeboten für Rollstuhlfahrer (z. B. Rolli-Handball) fragen → Infos über geeignete Sportangebote in der Stadt recherchieren (→ machen Stefan und seine Familie selbst) → Kontakt zu Rehaberater herstellen → Langfristig ein rollstuhlgerechtes Auto anschaffen, bis dahin vorübergehend Behindertentransportdienste organisieren (→ Kontakt/Adresse geben, die Familie organisiert die Fahrten selbst) → Kostenklärung mit BGUV-Berater
P3: Stefan kann als Rollstuhlfahrer nicht mehr in seinem Beruf als Dachdecker arbeiten EF: Er ist momentan deprimiert und fühlt sich nutzlos Er hat einen Schulabschluss der Sekundarstufe 1 (Mittlere Reife) Er ist handwerklich geschickt	Z3: Stefan findet einen neuen Beruf, mit dem er seinen Lebensunterhalt verdienen kann und in dem er seine Fähigkeiten einsetzen kann	I3: Gespräche mit Stefan über seine Zukunft → Vorhandene Fähigkeiten und Stärken aufzeigen, Entwicklung und Anwendung der Fähigkeiten fördern, Selbstwertgefühl stärken → Kontakt zum Berufsberater der BGUV herstellen (Beispiele von geeigneten Berufen nennen) → Kontakt zum Sozialdienst herstellen (Vermittlung einer Umschulungsmaßnahme)

sind nicht mehr mit den klassischen Organisationsstrukturen des Krankenhauses (z. B. dreigliedrigen Hierarchiesäulen) zu bewältigen. Zunehmend entwickeln sich interdisziplinäre und prozessorientierte Organisationsformen. Leitlinien und Clinical Pathways beschreiben zunächst typische Prozesse zur Behandlung von häufigen Erkrankungen einer Klinik oder Abteilung. An der Entwicklung solcher Leitlinien wirken verschiedene Berufsgruppen mit: Medizin, Pflege, Sozialdienst, evtl. Ethikkommission und Fachexperten.

Die Verantwortung der Klinik umfasst indessen nicht allein die interne Aufbau- und Ablauforganisation, sondern auch das Schnittstellenmanagement. An einigen Orten beteiligen sich Krankenhäuser und vor- und nachversorgende Einrichtungen an Netzwerken der integrierten Versorgung. Dabei werden Leitlinien und Abstimmungen zum Versorgungsablauf für bestimmte Patientengruppen (häufige Krankheiten oder typische chirurgische Eingriffe, z. B. Hüftendoprothesen) vereinbart.

Das Krankenhaus muss mit seinem Entlassungsmanagement für eine möglichst reibungslose Weiterversorgung der entlassenen Patienten sorgen. Der Patient muss also nicht nur medizinisch entlassungsfähig sein, sondern das nächste Umfeld muss so informiert und vorbereitet sein, dass auch die pflegerische Weiterversorgung nahtlos anschließend funktionieren kann. Komplexe Versorgungsfälle bedürfen dabei einer individuellen, gezielten und fallspezifischen Bearbeitung im Sinne des Case Managements (Spöthe 2008, S. 9ff.).

Vor diesem Hintergrund ist auch die Anwendung von Pflege-theorien zu betrachten. Viele Pflegemodelle konzentrieren sich primär auf die direkte Pflege. Sie sind damit hilfreich und nützlich in der Anwendung zur Gestaltung der täglichen Pflege. In Einrichtungen der Langzeitpflege (stationäre oder ambulante Pflege) bieten Bedürfnismodelle eine gute Struktur, um individuelle Pflege zu planen und zu organisieren. Die umfassende Planung anhand der Lebensaktivitäten lohnt sich besonders für eine langfristige Versorgung bei geringen Veränderungen im Zustand von Patienten.

Die in einer Einrichtung konzeptionell vertretene Pflege-theorie spiegelt sich in der Regel in der Gestaltung der Pflegedokumentation wider. So kann man z. B. die ABEDLs des Modells von Krohwinkel als Struktur der Informationssammlung und folgend als Struktur der Pflegeplanung in vielen Pflegedokumentationen erkennen.

Neue Impulse setzt hierzu das Projekt zur Effizienzsteigerung und Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (BMG, Berlin/Witten 2014). Die Autoren vertreten ein vereinfachtes Strukturmodell, das sich vom Bezug auf eine bestimmte zugrunde liegende Pflege-theorie verabschiedet. Die Erfahrungen mit dieser Handhabung der Pflegedokumentation werden derzeit gesammelt und später ausgewertet. Dabei wird interessant zu beobachten sein, ob und wie theoriebasierte Ansätze sich innerhalb der neuen Struktur oder zusätzlich zu dieser abbilden werden. Im Klinikbereich bestehen unter raschen Zustandsveränderungen des Patienten und einer kurzen Verweildauer andere Anforderungen an die geplante Pflege. Funktionale Einschränkungen und Ressourcen, z. B. in Lebensaktivitäten, werden bei der Aufnahme auf standardisierten Assessmentbögen erfasst. Die Un-

terstützung bei Einschränkungen in den Lebensaktivitäten wird zunehmend in Kurzverfahren geplant und unterliegt raschen Veränderungen (z. B. Planung durch Auswahl geeigneter Leitlinien und Pflegestandards, Ankreuzen von Maßnahmen auf dem standardisierten Leistungsbogen). Bei komplexen Versorgungsfällen gewinnen demgegenüber das Entlassungsmanagement und die Patientenberatung an Bedeutung. Die Pflege entwickelt sich dabei zur zentralen Steuerungsaufgabe für die multiprofessionelle Patientenversorgung, besonders in Fällen mit erkennbar hohem Versorgungsaufwand (vgl. Bostelaar et al. 2008).

Für diese Zwecke greifen die klassischen Bedürfnismodelle der Pflege häufig zu kurz. Vielmehr sind Modelle gefragt, die die Perspektiven der Interdisziplinarität und der intersektoralen Versorgung im Blick haben. Das pflegerische Assessment muss ganzheitliche Informationen aufnehmen und Ansätze für Kooperationsbedarf mit anderen Berufsgruppen erkennen. Das Assessment muss neben Problemen und Ressourcen bei den Lebensaktivitäten medizinisch/therapeutische Bedingungen, soziale Bedingungen, Wohnumfeld, Betreuungsverhältnisse und u. U. Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Krankenkasse, Pflegekasse/Pflegestufe, Unfallkasse) umfassen.

Unter den genannten Herausforderungen bieten sich besonders systemorientierte Pflegemodelle für die Anwendung im Klinikbereich und insbesondere im Case Management an. Sie ermöglichen sowohl die genaue Erfassung, Bewertung und Planung konkreter und kurzfristiger Ziele im Einzelfall als auch die frühzeitige Organisation von Versorgungsübergängen und die langfristige Versorgungsperspektive. Das Trajektmittel bringt mit seinem Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve hierzu einen wertvollen Ansatz ein. Von verschiedenen Autoren ist deshalb das Trajektmittel von Corbin und Strauss als sehr geeignetes Modell für das Case Management bezeichnet worden (DNQP 2004, S. 32; Höhmann 2002, S. 174).

➤ **Bei erkennbar komplexem Versorgungsbedarf und langfristigen Krankheitsverläufen besteht die wichtigste Anforderung neben der aktuellen Therapie und Pflege in der fallbezogenen Gestaltung der Überleitung**

mit reibungslos anschließender Weiterversorgung des Patienten (im Sinne eines Case Managements). Dazu eignet sich die Anwendung eines systemorientierten, interdisziplinär und intersektoral aufgebauten Pflege-modells wie des Trajektmodells nach Corbin und Strauss.

Literatur

- Akinsanya J, Cox G, Crouch C, Fletcher L (1997) Pflege nach Roy. Lambertus, Freiburg
- Bostelaar R (Hrsg) Papae R et al. (2008) Case Management im Krankenhaus. Schlütersche, Hannover
- Corbin JM, Strauss A (1992) A nursing model for chronic illness management based upon a trajectory framework. In Scholarly Inquiry for Nursing Practices 5:155–174
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2004) Expertenstandard »Entlassungsmanagement in der Pflege«. DNQP, Osnabrück
- Drerup E (1990) Modelle der Krankenpflege. Band 1. Lambertus, Freiburg
- »Entbürokratisierung der Pflegedokumentation« (2014) Projektbericht »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege«. Berlin/Witten (BMG). ► http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf (Zugriff vom 01.02.2015)
- Höhmann U (2002) Das Trajektmodell als Handlungskonzept zur Schnittstellengestaltung in komplexen Versorgungszusammenhängen. In: Igl G (Hrsg) Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer, Stuttgart. 159–178
- Krohwinkel M (2007) Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Huber, Bern
- Marriner-Tomey A (1992) Pflegeetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom, Basel
- Meleis A (1999) Pflegeetheorie. Huber, Bern
- Spöthe G (2008) Assessmentinstrumente des Case Managements im Krankenhaus am Beispiel des BRASS Index. Diplomarbeit. Hamburger Fernhochschule, Hamburg
- Woog P (Hrsg) (1998) Chronisch Kranke pflegen – das Corbin- und Strauss-Pflegemodell. Ullstein Medical, Wiesbaden

Case Management: praktisch und effizient

von Reibnitz, C. (Hrsg.)

2015, XI, 184 S. 22 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-47154-8