

ANP - Fallbeispiele Österreich

Komplexität meistern



ANP-Fallbeispiele Österreich

Komplexität meistern

Herausgeberinnen und Autorinnen:

Claudia Leoni-Scheiber

Silvia Neumann-Ponesch

Autor*innen

Dominik Beer, Christina Heitzinger, Andrea Sandmayer

Alexandra Dalla-Rosa

Magdalena Fischill-Neudeck, Tina Kubesch, Melitta Horak

Sabine Grünberger

Daniel Hausmann

Franziska Rumpf

Gabriele Schreib

Barbara Semlitsch

Claudia Zeitlinger

Mit freundlicher Unterstützung der FH Oberösterreich.

Keywords: Fallbeispiel, Komplexität, ANP

Zitiervorschlag:

Leoni-Scheiber, C., & Neumann-Ponesch, S. (2024). *ANP-Fallbeispiele Österreich. Komplexität meistern*. Forum ANP Austria.



Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	2
2 ANP-Fallbeispiele Österreichs.....	4
2.1 ANP-Fallbeispiele Individuum.....	4
2.1.1 Fallbeispiel Onkologische Patientin inkl. Palliativversorgung.....	5
2.1.2 Fallbeispiel Patientin mit Diabetes mellitus Typ 2 nach Myokardinfarkt	15
2.1.3 Fallbeispiel Patient mit postoperativem Delir	21
2.1.4. Fallbeispiel Intraprofessionelle APN-geführte Betreuung in der Pneumologie.....	25
2.2 ANP-Fallbeispiele Familie.....	38
2.2.1 Fallbeispiel Schülerin mit Erstmanifestation Diabetes mellitus Typ 1	39
2.2.2 Fallbeispiel Lukas und seine Familie, die den Kampf gegen den Krebs schlussendlich verloren haben	44
2.2.3 Fallbeispiel einer 83-jährigen Frau mit rezidivierenden Hypoglykämien	52
2.3 ANP-Fallbeispiele Gemeinde	59
2.3.1 Fallbeispiel Frau Isolde Neumüller	60
2.3.2. Versorgung eines Wundpatienten durch eine APN im freiberuflichen Setting	73
3 Quellen/Literatur.....	83

1 Einleitung

Advanced Nursing Practice (ANP), die erweiterte Pflegepraxis, ist in Österreich angekommen, „um zu bleiben“. Die Implementierung und die weitere Entwicklung von ANP in Österreich haben an Fahrt aufgenommen. Ergänzend zum ANP-Rahmenkonzept Österreich (Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024) stellt die ANP-Beispielsammlung die wirksame pflegerische Betreuung und Behandlung von Patient*innen¹ in den Mittelpunkt. Pflegende in Advanced Practice Nurse-(APN-) und Expert*innenrollen in der Praxis, die meist dem des Forums ANP Austria +² zugehörig sind, beschreiben reale Versorgungssituationen. Ihr Agieren und Gestalten sollen beispielgebend sein für Nachahmer*innen.

Die Beschreibung der Beispiele folgt einer konsequenten Struktur. Zu Beginn werden die Autor*innen des Fallbeispiels genannt sowie das Setting (z. B. der Spezialbereich innerhalb der Akut- oder Langzeitpflege) und die Ebene (Individuum, Familie oder Gemeinde), in welche dieses zugeordnet werden kann. Dies erfolgt auch dann, wenn die Zuordnung nicht zweifelsfrei zu einer der drei Gliederungsvorgaben möglich ist. Beispielsweise sollte jedes Individuum im Kontext seiner Vertrauenspersonen innerhalb des Pflegeprozesses betrachtet werden, was auch der Ebene Familie entspricht. Generell wird unter Individuum der einzelne Mensch verstanden, die Familie als „zwei oder mehr Menschen, die eine dauerhafte Beziehung unterhalten, wechselseitige Verpflichtungen wahrnehmen, gemeinsam Sinn finden und bestimmte Verpflichtungen gegenüber anderen (verwandtschaftlich verbundenen und/oder frei gewählten) Personen teilen“ (Herdman et al., 2022, S. 212) definiert. Die Gemeinde besteht aus einer „Personengruppe, die am selben Ort und unter derselben Führung/Verwaltung lebt“ (ebd.), das kann ein Stadtbezirk sein, eine Katastralgemeinde oder ähnliches umfassen. Darüber hinaus wird in jedem der Fallbeispiele Bezug auf die vier Säulen genommen, die im ANP Rahmenkonzept Österreich dargestellt sind: die Implementierung von ANP/APN, die Pflegepraxis ANP/APN, die Qualität ANP/APN und das Pflegemanagement ANP/APN (Abbildung 1). Jene zwei Elemente, welche das jeweilige Beispiel im Kern prägen, werden am Beginn der Beispielbeschreibung anhand der Dreiecke visualisiert wie z. B. die Bürger*innenorientierung. Darauf folgend werden die wichtigsten Inhalte der Phasen des Advanced Nursing Process (Müller-Staub et al., 2014) präsentiert. Es handelt sich um den erweiterten, vertieften Pflegeprozess, der auf validierten Assessment-Tools und validen Konzepten basiert, die systematisch in wissenschaftlich basierten Klassifikationssystemen wie der NANDA-I Pflegediagnosenklassifikation (Herdman et al., 2022) geordnet sind. Dem Pflegeassessment folgen die bedeutendsten Pflegediagnosen, pflegesensitive Patientenoutcomes in Form der Pflegeergebnisklassifikation NOC (Moorhead et al., 2013), welche mittels Interventionen der Pflegeinterventionsklassifikation NIC (Bulechek et al., 2016) erreicht werden können. Alternativ werden Pflegeziele und -interventionen anhand von Doenges et al. (2018) und/oder frei formuliert dargestellt. Zusammenfassend wird die Komplexität des Fallbeispiels deskriptiv beschrieben.

Abschließend sind die APN-Kernkompetenzen, das klinische Leadership und die Zusammenarbeit, die zur Bewältigung/zum „Handling“ des Fallbeispiels erforderlich sind, formuliert. Dies,

¹ Unter Patient*innen sind auch Bürger*innen, Klient*innen, Bewohner*innen oder An- und Zugehörige zu verstehen.

² Das Forum ANP Austria + ist eine „Dachvereinigung“ von „Pflegefachgesellschaften“ (wie beispielsweise der Berufsverband der Kinderkrankenpflege Österreichs [BKKÖ] oder die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie [ÖGP]) mit dem Ziel, ANP in ihren Gremien verstärkt einzubringen.

um die Bedeutung der hohen fachlichen und wissenschaftlichen Kompetenz sowie das Rollenprofil deutlich herauszustreichen.

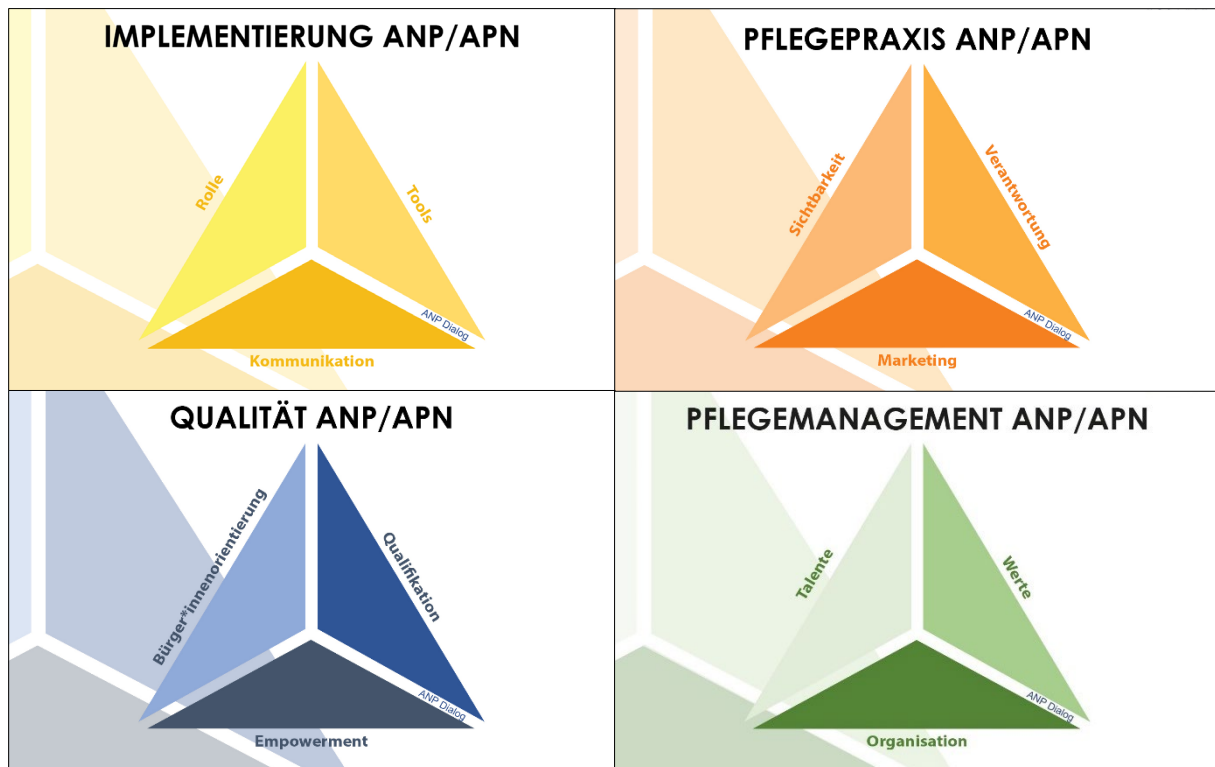


Abbildung 1

Die vier Säulen des ANP-Rahmenkonzeptes, jeweils mit ihren drei Elementen

Die ANP-Beispielsammlung Österreich ist als „living document“ zu verstehen: es folgen in regelmäßigen Abständen Adaptierungen und Ergänzungen durch weitere Beispiele.

Eine weitere Schwerpunktsetzung auf der Metaebene

- Organisation und Management

folgt. In dem Sinne, wie APN-Rollen in Organisationen integriert sind, wie „shared leadership“ gelebt wird etc.

Wenn Sie wollen, dass Ihre APN- oder Spezialist*innenrolle in der österreichischen Beispielsammlung aufgenommen wird, diese als „Role-model“ anderen zur Verfügung gestellt wird, um davon lernen zu können, ermutigen wir Sie, diese bei uns einzureichen.

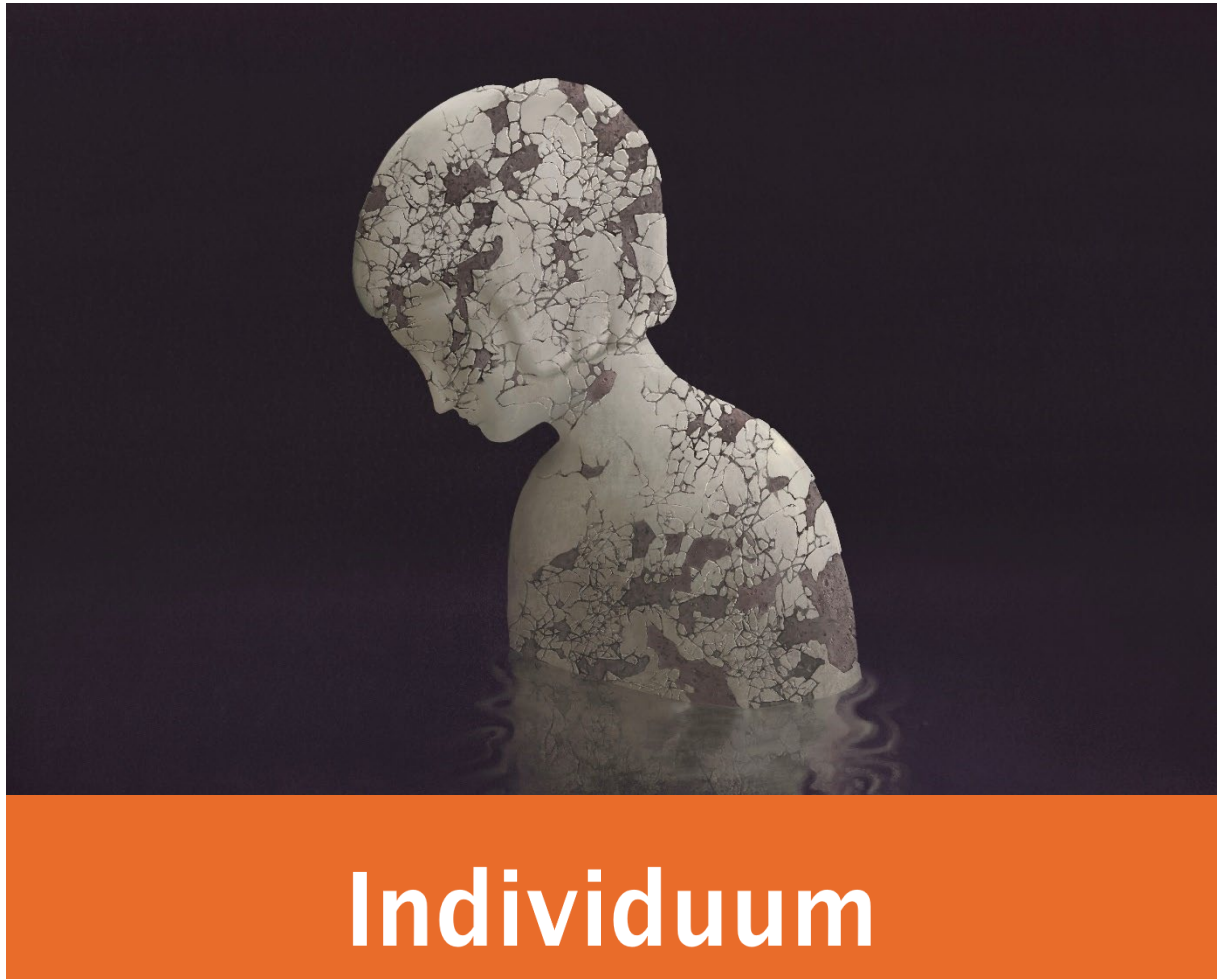
Kontakte:

Claudia Leoni-Scheiber (c.leonischeiber@aon.at)

Silvia Neumann-Ponesch (Silvia.Neumann-Ponesch@fh-linz.at)

2 ANP-Fallbeispiele Österreichs

2.1 ANP-Fallbeispiele Individuum



[Jorm Sangsorn](#) (295100719)

2.1.1 Fallbeispiel Onkologische Patientin inkl. Palliativversorgung

SETTING	Cancer Nursing Klinik
AUTOR*INNEN	Alexandra Dalla-Rosa, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuum, Familie
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Ein ausgeprägtes Pflegeverständnis zeigt sich im Agieren auf der höchst verfügbaren Evidenz: ein Kernelement der Qualifikation. Die APN verknüpft Prozess-Ownership mit multiprofessioneller Zusammenarbeit. Sie ist empowert und übernimmt die pflegerisch fachliche Führung, die den Umgang mit der komplexen Situation der Patientin weiter stärkt.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT und PFLEGEINTERVENTIONEN	Frau F. ist 1957 geboren. Bei Diagnosestellung im Mai 2022 ist die Patientin 64 Jahre alt. Die Patientin ist verheiratet und lebte mit ihrem Mann und ihrer Familie in einem Mehrgenerationenhaus. Die Patientin hat keine weiteren medizinisch relevanten Nebendiagnosen und ist bei Diagnosestellung selbständig, orientiert und vollständig mobil. Mai 2022 • Staging/Diagnosestellung: N. ovarii, high-grade serös, FIGO IIIc • BRCA negativ, HRD positiv • Erstkontakt mit APN für Cancer Care im Zuge des Staging-Prozesses. Aushändigung von Kontaktdaten der APN an die Patientin. Auch der Tätigkeitsbereich der APN für Cancer Care wird mit der Patientin besprochen. Danach wird der Patientin erklärt, welche bildgebenden und medizinischen Verfahren und zusätzliche Untersuchungen im Stagingprozess (inkl. Ablauf) auf sie zukommen. • Der Patientin wird Ablauf von Tumorboard erklärt, und wie sich die Informationsweitergabe der Ergebnisse an die Patientin gestaltet (Knötgen, 2020).

	• Psychoonkolog*innen durch APN für Cancer Care konsiliarisch angefordert und über nächsten geplanten stationären Aufenthalt der Patientin informiert (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit). Juni 2022 • Explorative Laparotomie und Anlage eines doppelläufigen Ileostomas • Postoperative Visite der Patientin durch die APN für Cancer Care: Entlastungsgespräch mit Patientin geführt, da die Stomaanlage für die Patientin sehr einschneidend ist hinsichtlich ihres Körperbildes (vor allem die tägliche Stomaver-sorgung). • Kontaktaufnahme mit Ernährungsberatung und Stomaambulanz durch APN-Cancer Care. Die Patientin erhält spezielle Informationen bezüglich der Ernährungsempfehlung bei Ileostoma durch die Ernährungsberatung und wird auf der Stomaambulanz durch die Stoma-Pflegeexpert*innen hinsichtlich der Versorgung geschult (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit). • Nach ausreichender postoperativer Genesungszeit und dem Ergebnis des Tumorboards (Empfehlung zur CTx) wird die Patientin im Zuge eines ausführlichen Gesprächs durch die APN für Cancer Care hinsichtlich vorbekannter Informationen zu den CTx-Therapien befragt, und es wird auf Sorgen und Ängste auch auf familiärer Basis eingegangen. • Mit Patientin nach ärztlicher Befundbesprechung bezüglich Tumorboardergebnissen erstes Informationsgespräch geführt – wie CTx-Therapie abläuft, welche Nebenwirkungen zu erwarten sind, welche Möglichkeiten es für den Chemotherapie induzierten Haarausfall (Perücke, Kopftücher, Mützen) im Umfeld der Patientin gibt, Bedarfsmedikation/Begleitmedikation während CTx erklärt. Zudem wird die schlechte Venensituation der Patientin durch die APN für Cancer Care thematisiert und die Patientin über die Möglichkeit und Handhabung eines Ports oder PICC-Line informiert. Die Patientin entscheidet sich für eine Portanlage (Haselmayer, 2022). • Portanlage und erster Zyklus Carbo/Taxol wegen starker Fatigue abgebrochen. • Unterstützung der Patientin und ihrer Familie bei der Krankheitsbewältigung, Beratung und psychosoziale Begleitung (Hellmuth, 2022).
--	---

	• Edukation der Patientin hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement, Bedarfsmedikation/Begleitmedikation bei CTx-Therapie (Haselmayer, 2022). Juli – Dezember 2022 • 5 Zyklen Carbo/Taxol im Elderly Schema • Beratung/Edukation der Patientin hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement bei neuer CTx-Therapie und Teilnahme der APN-Cancer Care im Tumorboard. • Durchführung des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Thermometers (NCCN, 2024) und Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte mittels Dekurs. Jänner – August 2023 • Avastin und Lynparza p.o. • Patientenedukation: Umgang mit PARP-Inhibitor (Naegele & Heinemann, 2024), Teilnahme der APN-Cancer Care am Tumorboard, NCCN-Distress Assessment inklusive Dokumentation der Ergebnisse und Beratungsinhalte in der Patientenakte mittels Dekurs. September 2023 – April 2024 • Progress-Start Caelyx-Yondelis Therapie • Teilnahme der APN für Cancer Care am Tumorboard, erneute Konsultation der Psychoonkolog*innen für Befundbesprechung im multiprofessionellen Team, NCCN-Distress Assessment inklusive Dokumentation der Ergebnisse und Beratungsinhalte in der Patientenakte mittels Dekurs (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit). Anfang Mai 2024 Auf Intensivstation wegen massiver Urosepsis wegen zunehmender Peritonealcarzinose des Beckens, zusätzliche Anlage eines Uro Stomas und PCNs zur Harnableitung. Mai – Juni 2024 • Übernahme der Patientin auf allgemeine Gyn-A-Station zur weiteren pflegerischen Betreuung und Versorgungsplanung für zuhause mit Illeostoma, Urostoma, zweifacher PCN und parenteraler Ernährung. • Komplexe Wundversorgung aufgrund der angelegten Stomata und Wundheilungsstörungen nach Urostomaanlage (Verbandswechsel ein- bis zweimal täglich, Dauer: jeweils eine Stunde).
--	--

	• Diagnose Armvenenthrombose-Vollantikoagulation mit Bandagierung des Arms. • Enger Austausch mit Psychoonkolog*Innen, Stomaambulanz, Wundmanagement, Teilnahme der APN-Cancer Care an multiprofessioneller Onko-Besprechung, um Interessen der Patientin zu vertreten. Bei zeitlichen Ressourcen Unterstützung Pflegefachpersonal bei Verbandswechsel und Wunddokumentation (Hellmuth, 2022). • Entlastungsgespräche durch die APN Cancer Care bei pflegerischen Interventionen wie z.B. Verbandswechsel/Stomaver-sorgung. Sorgen und Ängste bezüglich Überforderung (vor-wiegend durch die Stomata und komplexe Verbandswech-selsituationen) im häuslichen Umfeld werden seitens der Pa-tientin ausgesprochen. Die APN nimmt diese Sorgen und Ängste ernst und berichtet davon in der multiprofessionel-len Psychoonkologischen Besprechung. • Die Mobilität der Patientin ist massiv eingeschränkt auf-grund der vielen zu- und ableitenden Systeme. Die Patientin wirkt sehr bedrückt und auch verzweifelt aufgrund der aktu-ellen Situation, möchte aber hinsichtlich palliativer Versor-gung nur wenig Informationen erhalten. • Durch intensive Gespräche im multiprofessionellen Team wird gemeinsam mit der Patientin entschieden, ein palliati-ves Setting einzuschlagen. • Teilnahme der APN Cancer Care am DNR-Arztgespräch der Patientin in Anwesenheit von Ehemann – anschließendes Gespräch mit Frau F. und ihrem Ehemann, ob es noch Fragen oder Anliegen gibt hinsichtlich der palliativen Betreuung. • Frau F. äußert, dass ihr sehnlichster Wunsch ist, nochmals nach Hause gehen zu können; der Patientin und dem Ehe-mann verfügbare extramurale Versorgungsangebote erklärt (mobiles palliativ Team, Hauskrankenpflege, etc.). • Enger Austausch der APN Cancer Care mit Psychoonko-log*innen und Onkolog*innen, Stomaambulanz, Wundma-nagement, Teilnahme an multiprofessionellen Onko-Bespre-chungen und Physiotherapie, um Interessen der Patientin zu vertreten (OEGHO, AHOP, 2023). Juli 2024 • Entlassung nach Hause ins palliative Setting – gemeinsam mit Patientin und ihrer Familie organisiert und besprochen.
--	--

	• APN Cancer Care als zentrale Ansprechpartnerin für Familienmitglieder von Frau F. für Fragen und Anliegen bezüglich der Versorgung für zu Hause (Haselmayer, 2022). • Pflegerische Hilfsmittel und Pflegegeldantrag (Pflegebett), Betreuung: tägliche HKP, Betreuung durch mobiles Palliativteam und Hausarzt durch Entlassungsmanagement organisiert. • Parenterale Ernährung über Port – Organisation über Firma F. • Firma F. organisiert alle benötigten Materialien und schult Angehörige im Umgang mit Port System. • Koordination der Entlassung und Telefonate mit externen Betreuer*innen, Austausch von Informationen – Vorbereitung der Entlassung (z.B. pflegerischer Entlassungsbrief, Verbands- und Stomamaterialien ausreichend mitgeben). Übernahme des Informations- und Schnittstellenmanagements durch die APN (Kobleder et al., 2019; OEGHO, AHOP, 2023). August 2024 Die Patientin wurde daheim von der APN telefonisch kontaktiert. Patientin berichtet, dass alle extramural am Versorgungsprozess beteiligten Dienstleistenden sie pflegerisch sehr gut daheim versorgen und dass es ihr im Kreise ihrer Familie gut gehe. Sie bedankt sich beim gesamten multiprofessionellen Team der GYN A herzlich dafür, dass es ihr ermöglicht wurde, am Lebensende nochmals nach Hause zu kommen.
PFLEGE-DIAGNOSEN	PF1: Gestörtes Körperbild (Herdman et al., 2022, S. 399) Definition: Negatives mentales Bild des eigenen physischen Selbst. Beeinflussende Faktoren: Körperbewusstsein (durch körperliche Veränderungen durch die Stomata), Geringe Selbstwirksamkeit (Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen) Bestimmende Merkmale: Negative Gefühle gegenüber dem eigenen Körper, Gefühle von Scham oder Verzweiflung, Depressive Symptome Risikopopulation: Personen mit Stomata Assoziierte Bedingungen: Chirurgische Eingriffe, Therapieregime PF2: Unausgeglichene Ernährung: weniger als der Körper benötigt (Herdman et al., 2022, S. 249) Definition: Nährstoffzufuhr, die unzureichend für die Deckung des Stoffwechselbedarfs ist.

	Beeinflussende Faktoren: Depressive Symptome, Aversion gegenüber Nahrungsmittel (unzureichender Nahrungsabsorption bei Ileostoma) Bestimmende Merkmale: Körpergewicht unterhalb des Idealgewichtsbereichs für Alter und Geschlecht, Gewichtsverlust bei angemessener Nahrungsaufnahme (ungewollt), Lethargie (Schwäche und Müdigkeit), Muskelhypotonie (verminderte Muskelmasse) Assoziierte Bedingungen: Neoplasmen PF3: Beeinträchtigte physische Mobilität (Herdman et al., 2022, S. 324) Definition: Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten Bewegung des Körpers oder einer oder mehrerer Extremität(en). Beeinflussende Faktoren: Angst (vor Bewegung), Body-Mass-Index > 75. Perzentile des alters- und geschlechtsentsprechenden Gewichts, Malnutrition, Schmerzen, unzureichende Muskelmasse, unzureichende physische Ausdauer, verminderte Muskelkraft, physischer Konditionsabbau Bestimmende Merkmale: Verminderte Bewegungsfähigkeit, versucht die Bewegung zu kompensieren, verändertes Gangbild (Schwierigkeiten sich allein fortzubewegen) Assoziierte Bedingungen: Depression, Beeinträchtigter Metabolismus, Pharmazeutische Präparate, Muskuloskelettale Beeinträchtigung (auch durch viele zu- und ableitende Systeme)
PFLEGE- ERGEBNISSE	PF1: Pflegeziele • Verbesserung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls • Förderung eines positiven Körperbildes NOC-Ergebnis Körperbild (Moorhead et al., 2013, S. 545) Definition: Die Wahrnehmung des eigenen Erscheinungsbildes und der Körperfunktionen. Indikatoren: Übereinstimmung zwischen Körperrealität, Körperideal und Körperdarstellung, Haltung gegenüber der Anwendung von Strategien zur Verbesserung der äußeren Erscheinung, Haltung gegenüber der Anwendung von Strategien zur Funktionsverbesserung, Anpassung an Veränderungen der Körperfunktion, Anpassung an Veränderungen des Gesundheitszustands PF2: Ernährungsstatus (Moorhead et al., 2013, S. 488) Definition: Das Ausmaß, in dem Nährstoffe für den Stoffwechselbedarf zur Verfügung stehen. Indikatoren: Nährstoffzufuhr, Energie, Verhältnis von Gewicht und Körpergröße, Muskeltonus

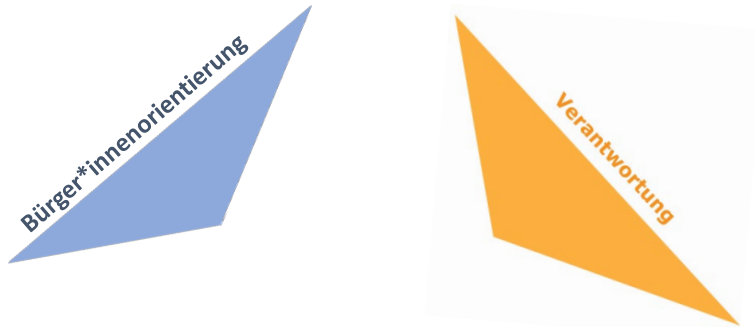
	PF3: Mobilität (Moorhead et al., 2013, S. 327) Definition: Die Fähigkeit, sich zielgerichtet, mit oder ohne Hilfsmittel, im eigenen Umfeld zu bewegen. Indikatoren: Koordination, Gang, Ausführung der Körperpositionierung, Transferausführung, Gehen, Leichtigkeit des Sich-Bewegens
PFLEGEINTERVENTIONEN	PF1: • Gespräche zur Förderung der Selbstakzeptanz und des positiven Körperbildes führen • Schulung im Umgang mit dem Stoma und Förderung der Selbstpflegekompetenz • Bereitstellung von psychologischer Unterstützung oder Beratung • Ressourcen fördern – Unterstützung durch Familie, Freunde und soziale Netzwerke (Brock et al., 2021) PF2: • Ernährungsberatung: Zusammenarbeit mit einem Ernährungsberater, um einen individuellen Ernährungsplan zu erstellen. • Essensumgebung: Schaffung einer angenehmen und stressfreien Essensumgebung. • Nahrungsergänzung: Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln oder hochkalorischen Getränken. • Überwachung: Regelmäßige Überwachung des Gewichts und der Nahrungsaufnahme • Ressourcen fördern: Patientin kennt gewichtssteigernde Faktoren anhand der Ernährungsberatung und kann diese auch umsetzen. (Polzer, 2020) PF3: • Förderung der Mobilität: Unterstützung bei Bewegungsübungen und physiotherapeutischen Maßnahmen. • Schmerzlinderung: Anwendung von Schmerzmanagement-Techniken, um die Bewegungsfähigkeit zu verbessern. • Sicherheitsmaßnahmen: Sicherstellung einer sicheren Umgebung, um Stürze und Verletzungen zu vermeiden. • Ressource: Pat kann mit Unterstützung /Gehhilfe kurze Strecken selbstständig zurücklegen (Zoth et al., 2023)

	Mögliche NIC-Interventionen, zu denen Aktivitäten ausgewählt und wie oben dargestellt spezifiziert werden sollen: Körperbildverbesserung (Bulechek et al., 2016, S. 526, 527) Definition: Verbessern der bewussten und unbewussten Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber seinem Körper. Copingverbesserung (Bulechek et al., 2016, S. 267-269) Definition: Verbessern der bewussten und unbewussten Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber seinem Körper. Ernährungsberatung (Bulechek et al., 2016, S. 378, 379) Definition: Einsatz eines interaktiven Hilfsprozesses mit Schwerpunkt auf der Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung. Körperbewegungs- und -haltungsförderung (Bulechek et al., 2016, S. 525, 526) Definition: Fördern und Erleichtern des Einsatzes von Körperhaltung und -bewegung bei täglichen Aktivitäten, um Erschöpfung und muskuloskelettale Fehlbelastungen oder Verletzungen zu verhindern. Schmerzmanagement (Bulechek et al., 2016, S. 682-684) Definition: Linderung oder Minderung von Schmerzen auf ein für den Patienten annehmbares Maß an Wohlbehagen.
APN Kernkompetenzen	Spezialisierte Pflegepraxis: Die Patientin wird durch die APN für Cancer Care in der gynäkologischen Onkologie zu Autonomie und Selbstwirksamkeit befähigt. Die APN erarbeitet dazu beratungsrelevante Inhalte in der Onkologie und vermittelt diese der gynäkologisch onkologischen Patientin im stationären, tagesklinischen oder auch ambulanten Bereich. Zusätzlich optimiert die APN für Cancer Care die Betreuungskontinuität der Patientin und fungiert als zentrale Ansprechpartnerin für pflegerische Themen im onkologischen Behandlungsprozess die Patientin, das gesamte Pflegeteam der GYN A und auch für das gesamte multiprofessionelle Behandlungsteam. Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz: Die gynäkologisch onkologische Patientin erlebt in ihrem Behandlungspfad unterschiedliche Settings ihrer Therapie (tagesklinisch, ambulant, stationär) inklusive verschiedener am Behandlungsprozess beteiligter Berufsgruppen und daraus resultierenden ausbaufähigen interdisziplinären Informationsfluss. Zudem zeigt sich aus der Praxis, dass diese spezielle Patientengruppe erhöhte Informationsbedürfnisse aufweist. Um auf diese speziellen „Needs“ reagieren zu können, ist notwendig, das interprofessionelle Schnittstellenmanagement mittels einer APN für Cancer Care zu optimieren (OEGHO, AHOP, 2023).

	Konsultation: Die APN für Cancer Care erstellt relevante Inhalte für die APN Cancer-Care Sprechstunden/Beratungssequenzen. Dabei kann die APN Cancer Care telefonisch, per E-Mail oder auch mittels Konsil von Pflegepersonen oder Ärzt*innen bei komplexen Patientenfällen angefordert werden. Fachliches Leadership: Die APN für Cancer Care ist im „Shared Governance“-Modell mit der leitenden Pflegeperson (LPP) für die fachliche Leitung der Station zuständig. Die APN führt Mitarbeiter-Schulungen und Beratungen durch und leitet mit der LPP gemeinsam Team-meetings. Die APN versucht die pflegerische Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau zu halten und erkennt durch eine fixe Verankerung in der Praxis (z.B. durch partielle Mitarbeit in der stationären Patientenversorgung) mögliche Verbesserungsfelder des Pflegeteams. Es werden dann gemeinsam mit LPP und Praxisanleitung (PAL) Lösungsvorschläge für vorherrschende Probleme erarbeitet und durch die APN und PAL in die Praxis integriert. Diese Interventionen führen zu befähigten Pflegefachpersonen und einer gesteigerten Fachkompetenz des gesamten Pflegeteams. Forschung: Die APN für Cancer Care ist für die Planung und Durchführung von pflegewissenschaftlichen Projekten und Erstellung von Richtlinien zuständig. Zudem nimmt die Pflegeexpertin passiv und aktiv an Kongressen mit Projektergebnissen teil.
KOMPLEXITÄT	
• Durchführen von Assessments (z.B. NCCN Distressthermometer) • Entlastungs- und Informationsgespräche mit Patientin und Angehörigen • Zusätzliche Begleitung der ärztlichen onkologischen Visite bei komplexen Patientensituationen für den multiprofessionellen Austausch • Durchführung Pflegevisite gemeinsam mit LPP (Leitende Pflegeperson) & tagesverantwortlicher DGKP • Adaptierung der Pflegeplanung onkologischer Patient*innen • Unterstützung Pflegefachpersonal auf Station bei komplexen Versorgungssituationen von Patient*innen (z.B. aufwändige Verbandswechsel, Port/PICC Probleme...) • Übernahme Schnittstellenmanagement im multiprofessionellen Team – Planung und Durchführung von multiprofessionellen Onko-Besprechungen (Psychoonkolog*innen, Onkolog*innen, Sozialdienst, Entlassungsmanagement, Zytonurses)	

• Beratung und Edukation der Patient*innen hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement während der Chemo-/Immun-/Antikörpertherapie oder oralen Erhaltungstherapie • Teilnahme der APN Cancer-Care am Tumorboard, um Informationsfluss zu gewährleisten • Schnittstellenmanagement: enger Kontakt mit extramuralen Pflegediensten zur Abstimmung der Entlassung
KLINISCHES LEADERSHIP
Gemeinsam mit LPP im Sinne des Shared Governance Modells. APN ist für die fachliche Leitung zuständig und LPP für die diszipliniäre Leitung. Fachliche Leitung: • Zentrale Ansprechpartnerin im pflegerischen und multiprofessionellem Versorgungsprozess (Pflegepersonen GYN A, Ernährungsberatung, Psychoonkolog*innen, Ärzt*Innen, Physiotherapeut*innen, extramurale Pflegedienste...) • Patientenorientierung: Im Mittelpunkt der medizinischen/pflegerischen Versorgung soll stets die Patientin stehen (Initiierung regelmäßiger Austausch des multiprofessionellen Teams) • Übernahme fachliches Leadership: Verantwortlich für die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientin z.B. mittels Bedside Teaching, Erstellung von (Mikro)-Schulungsinhalten für das Pflegefachpersonal Zusätzlich: • Begleitung und Durchführung von Praxisprojekten • Erstellung von Richtlinien/Standards
ZUSAMMENARBEIT
• Die APN fungiert als zentrale Ansprechpartnerin für alle Mitglieder des multiprofessionellen Behandlungsteams • Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberatung, Psychoonkolog*innen, Entlassungsmanagement, um eine holistische, den Patientenbedürfnissen entsprechende Versorgung zu erarbeiten • Zusätzlich fördert eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit auch den Austausch von Fachwissen • Organisation und Durchführung von multiprofessionellen Onko-Besprechungen durch die APN für Cancer Care • Teilnahme Tumorboard der APN für Cancer Care, um Informationsfluss zu gewährleisten und pflegerische Beobachtungen und Auskunft über den Pflegestatus der Patientin zu geben • Partizipation an ärztlicher Onko-Visite/Pflegevisiten • Vernetzung mit externen Dienstleistern (z.B. Sanitätshaus, Anbieter*innen Parenterale Ernährung, Mobiles Palliativteam, Hospiz, Hausärztin/Hausarzt)

2.1.2 Fallbeispiel Patientin mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 nach Myokardinfarkt

SETTING	Diabetes Care Akutbereich
AUTOR*INNEN	Barbara Semlitsch, Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuum
DOMINANTE ANP-KERNELEMENTE	 Die Bürger*innenorientierung des Fallbeispiels zeigt sich an der zentralen Ausrichtung der Bedarfe und Bedürfnisse der Patientin. Die Partizipation der Patientin war im Sinne der Stärkung des Selbstmanagements gegeben. Die APN übernimmt die Verantwortung und Advocacy in jenen Bereichen, die die Gesundheitskompetenz der Patientin zu stärken vermag.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Frau Maier, 75 Jahre, wurde im Rahmen eines Myokardinfarktes stationär im Krankenhaus aufgenommen. Sie konnte nach einem Tag auf der Intensivstation auf die Normalstation verlegt werden. Im Rahmen der Laborkontrollen wurde ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert, der bis dato der Patientin nicht bekannt war. Die Glukosewerte waren anfangs mehrheitlich über 250 bis 300, wurden aber sofort mit Insulin behandelt. Bei der Kontrolle des HbA1c wurde ein Wert von 74 mmol/mol (8,9%) (Normal: 20 – 42 mmol/mol) festgestellt. Frau Maier ist mit einem BMI von 33,2 als adipös zu bezeichnen. Frau Maier lebt allein in einem Haus in einer ländlichen Gegend, hat sich bis zum Krankenhausaufenthalt allein versorgt, alle Einkäufe und Besorgungen selbstständig erledigt. Die Entlassung erfolgte nach sechs Tagen auf der Normalstation. Neben der neuen Medikation, die dem Infarkt geschuldet war, erhielt die Patientin auch eine Insulintherapie mit Basisinsulin bzw. Bolusinsulin zu den Mahlzeiten. Die Entlassung erfolgte aber mit einer Misch-

	insulintherapie morgens und abends, die Patientin wurde mit einem Blutzuckermessgerät und den notwendigen Pen versorgt. Im Rahmen einer kurzen Diabetesberatung wurde sie auch auf diese Geräte geschult und wurde zu Hypoglykämie (Ursachen, Symptome und Therapie) informiert. Sie erhielt auch eine Ernährungsberatung sowie ein Schema zur Insulindosierung für zu Hause. Ihr Ehegatte ist schon vor einigen Jahren verstorben, ihre beiden Söhne, einer lebt in einer Großstadt (200 km entfernt), der andere Sohn ca. 30 km von ihr entfernt. Sie war während des Krankenhausaufenthaltes ängstlich und sehr beunruhigt, hatte Sorge, wie sie zu Hause alleine die Insulintherapie bewältigen sollte. Sie war auch der Meinung, dass sich die erhöhten Glukosewerte zu Hause auch ohne Insulin wieder normalisieren würden, da sie ja vorher auch nie einen Diabetes mellitus hatte. <u>Erstkontakt durch die APN:</u> Im Rahmen des Entlassungsmanagements wurde für Frau Maier der Kontakt zur APN Diabetes Care (APN DC) hergestellt. Die APN DC besuchte Frau Maier am Tag ihrer Entlassung zu Hause in den eigenen vier Wänden. Sie erlebte Frau Maier als mit der momentanen Lebenssituation, aber vor allem mit der Diabetestherapie überfordert. Anfangs wollten die Angehörigen, dass Frau Maier zumindest in ein betreutes Wohnen übersiedelt, da sie der Meinung waren, dass sie nicht mehr in der Lage sei, eigenständig und allein zu Hause zu verbleiben. Daher erarbeitete die APN DC gemeinsam mit Frau Maier einen Betreuungsplan mit kurz- und mittelfristigen Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Hausarzt, der mobilen Pflege und den Angehörigen umgesetzt werden sollen (Ethische Entscheidungsfindung).
PFLEGE-DIAGNOSEN	PF1: Defizitäres Wissen (Herdman et al., 2022, S. 374) Definition: Fehlen der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Aneignung. G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238) Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann. G2: Bereitschaft für eine verbesserte Selbstversorgung (Herdman et al., 2022, S. 363) Definition: Ein Muster der Ausübung von selbstbezogenen Aktivitäten zum Erreichen von gesundheitsbezogenen Zielen, welches gestärkt werden kann.

PFLEGE- ERGEBNISSE	Das Erlangen vollständiger Unabhängigkeit innerhalb von 12 Wochen ist das primäre Ziel der Betroffenen. Weiters möchte sie in der Lage sein, ihre Insulintherapie eigenständig durchzuführen und die Insuline gegebenenfalls auch eigenständig zu adaptieren. Daher muss eine Stärkung der Selbstmanagementkompetenz angestrebt werden. Frau Maier muss in der Lage sein, die laufenden Kontrollen der relevanten Parameter durchzuführen, entsprechende Lebensstilmaßnahmen umzusetzen sowie Verhaltensmuster in der Durchführung der Therapie zu erkennen. Sie ist in der Lage, das BZ-Messgerät zu bedienen und die Werte/Parameter zu interpretieren. Auch ist sie in der Lage, mit dem Insulinpen umzugehen und die Insulindosis nach dem vorgegebenen Titrationsschema an die BZ-Werte anzupassen und das Insulin korrekt zu verabreichen. Ein weiteres Ziel ist es, dass die Patientin äußert, sich in dieser ersten Phase der Erkrankung sicher im Umgang mit der Krankheit zu fühlen und sie weiß, wo sie Hilfe einholen kann, wenn sie einen Bedarf sieht. Zudem ist sie in der Lage, Akutkomplikationen (z.B. Hypoglykämien) anhand von Symptomen einzuschätzen und rasch entsprechend zu reagieren.
PFLEGEINTER- VENTIONEN	Für Frau Maier wurde über den Hausarzt die medizinische Hauskrankenpflege beantragt, die sie bei der Insulintherapie anfangs unterstützen sollte. Parallel dazu wurde sie von der APN DC mittels Mikroschulungseinheiten zu Glukoseselbstkontrolle, Insulininjektion und Hypoglykämie über mehrere Sitzungen geschult und beraten. Ziel dieser Schulungen war es, Frau Maier inhaltlich zu diesen Themen zu informieren, sodass sie die Stoffwechselselbstkontrolle und die Insulininjektionen so rasch als möglich selbstständig durchführen kann, um wieder einen guten Teil ihrer Unabhängigkeit zu erlangen. Anfangs gemeinsam mit der mobilen Pflege, bald aber eigenständig, war Frau Maier in der Lage, ihre Glukosewerte selbst zu messen und ihre Insulindosen zu verabreichen. Die APN DC hielt auch gemeinsam mit Frau Maier den Kontakt zum Hausarzt sowie den Angehörigen, um ihnen von den Fortschritten zu berichteten (Spezialisierte Pflegepraxis). Nach nur drei Wochen war Frau Maier so sicher, dass sie die Behandlung ihres Diabetes mellitus weitgehend eigenständig übernahm. Im Rahmen der managementorientierten Behandlung stellten sich immer wieder Fragen, die Frau Maier gemeinsam mit der APN DC in Schulungseinheiten bearbeitete. Fragen zur Ernährung wurden in einem Gespräch mit einer Diätologin beantwortet, dieser Termin

	wurde, ebenso wie der erste Augenkontrolltermin bezüglich Augenhintergrundveränderungen bei Diabetes mellitus, durch die APN DC organisiert. Die mobile Pflege war, weil sich Frau Maier in ihrer Lebenssituation deutlich sicherer wurde, nach sechs Wochen nicht mehr von Nöten. Anfangs durch den Infarkt eingeschränkt, stellte Frau Maier im Verlauf der Betreuung durch die APN DC fest, dass sie bei körperlicher Aktivität teilweise massive Glukoseschwankungen hat. Daher wurde in einer eigenen Beratungseinheit mittels Mikroschulung nochmals die Hypoglykämie besprochen. Zusätzlich wurde ihr – auch mit der Angabe von Vor- und Nachteilen – vorgeschlagen, wieder auf eine Insulintherapie mit Basis- und Bolusinsulin zu wechseln (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wurde Frau Maier auf diese Insulintherapie umgestellt, erhielt in diesem Zusammenhang eine weitere vertiefende Schulung zu den Insulinwirkungen sowie zur eigenständigen Adaptierung der Insuline (Semlitsch et al., 2023) (Fachliches Leadership). Während der Umstellung auf die neue Insulintherapie gab es engmaschige Kontakte mit der APN DC, Frau Maier nutzte diese Möglichkeit sehr intensiv, und es wurden die aufgetretenen Fragen zeitnahe besprochen. Damit konnten in kurzer Zeit auch die Stoffwechseleinstellung sowie die Selbstmanagementfähigkeiten von Frau Maier weiter deutlich verbessert werden. Die Dosisanpassung und vorbeugenden Maßnahmen bei körperlicher Aktivität zeigten ebenso Erfolge. Frau Maier war nach zwölf Wochen absolut selbstständig in der Lage, ihren insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit einer Basal-Bolus-Therapie zu behandeln. Auftretende Fragen dazu werden weiterhin gemeinsam mit der APN DC besprochen, die Frau Maier regelmäßig besucht, bzw. bei akut auftretenden Fragen für sie jederzeit auch telefonisch erreichbar ist. So wurde und wird erfolgreich die Selbstmanagementkompetenz von Frau Maier entwickelt. Die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen wird weiterhin dem Bedarf entsprechend durch die APN DC koordiniert. So wurde für Frau Maier nochmals ein Termin mit der Diätologin geplant, die mit ihr zusätzliche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion besprach. Da Frau Maier, nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt, auch mehr körperliche Aktivität anstrebt, wurde sie durch die APN DC über diverse Bewegungsangebote in ihrer Umgebung informiert. Ebenso erfolgte durch die APN DC die Planung und Durchführung diverser Kontrolluntersuchungen (diverse Laborparameter, Fußkont-
--	---

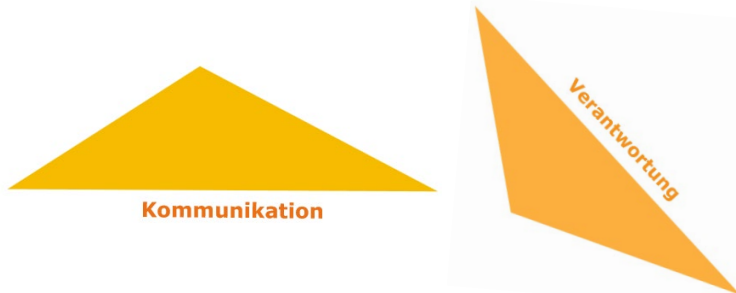
	rolle, Facharztkontrollen etc.) nach aktuellen medizinischen Leitlinien und, wenn notwendig, in Absprache mit dem Hausarzt. Zusammenfassend kann man sagen, dass mit diesem Ablauf eine umfassende pflegerische Fallführung durch die APN DC gegeben ist. Frau Maier ist mit der Unterstützung durch die APN DC in der Lage, weiterhin eigenständig in ihrem Haus zu leben, sich selbst zu versorgen und ihre Unabhängigkeit zu bewahren.
KOMPLEXITÄT	
Aktuelle Situation von Fr. Maier ist hochkomplex, eine Begleitung durch die APN DC ist indiziert. Die Durchführung eines Basis-Bolus-Prinzip zur Stoffwechselkontrolle mittels engmaschiger Kontrollen und die Abstimmung der aktuellen BZ-Werte, welche die Patientin eigenständig ermittelt, setzen anfangs eine Unterstützung durch eine APN DC voraus. Auch muss die Expertin gezielt Entgleisungen wie Hyperglykämie bzw. Unterzuckerungen mit Frau Maier besprechen, da diese in Folge Angst auslösen können und damit wiederum eine Hemmung zur Korrektur mit Bolusinsulin entstehen könnte. Dieser Mechanismus könnte im weiteren Verlauf eine Verschlechterung der Stoffwechsellage mit allen daraus folgenden Komplikationen nach sich ziehen. Wenn die Erstbetreuung und die Umsetzung der Therapie gut angelaufen ist und sich Frau Maier entsprechend sicher fühlt, ist eine Übergabe an die DGKP einer mobilen Pflege möglich. Im Hintergrund steht die APN DC natürlich für Fachfragen, aber auch in speziellen Situationen, als erste Ansprechpartnerin zur Verfügung.	
KLINISCHES LEADERSHIP	
Die klinische Führung weist sich durch die Koordinierung in dieser besonderen Fallsituation aus. Die APN DC übernimmt die Koordinierung bzw. die Abstimmung mit der Medizin und ist auch ein Bindeglied zwischen der Patientin und dem medizinischen Team. Sie optimiert in Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen die Therapie und gibt Hilfestellung bei der Umsetzung deren Empfehlungen. Auch bietet sie des Weiteren Fortbildungen für das Team der mobilen Pflege zum Thema Diabetes und der aktuellen Therapie bei Frau Maier an. Das Thema Titration-Dosisanpassung lt. SOP / Kompetenzbereiche der Pflegeberufe werden geklärt (PA/PFA/...), die Zuständigkeiten klar definiert (GuKG §15 (20), 2024). Eine unmittelbare Nachbarin von Fr. Maier ist eine Ressource für die Patientin, da sie sich auch schon vorher um sie gekümmert hat. Die Nachbarin wird von der APN DC hinsichtlich Diabetes mellitus (Basiswissen inkl. Akutkomplikationen) eingeschult.	
ZUSAMMENARBEIT	
Die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Hausarzt erfolgt über gegenseitigen Austausch und gegebenenfalls bei gemeinsamen Hausbesuchen. Eine medizinische Fußpflege wird von der Patientin besucht, die APN DC achtet hier auch auf die Qualität der Durchführung und die entsprechenden Intervalle. Ein Kontakt zu einer Orthopädie-Schuhtechnik kann, wenn notwendig, jederzeit hergestellt werden. Bei speziellen Fragen zur Ernährung gibt es die Möglichkeit, eine Fachkraft aus der Diätologie zu kontaktieren. Der	

Kontakt der mobilen Pflege zur APN DC ist jederzeit möglich. Bezüglich der regelmäßigen Kontrolle des Augenhintergrundes gibt es Kontakte zu Augenärzten.

Bei Bedarf wird Wundmanagement durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte oder Physiotherapie hinzugezogen.

Falls die Patientin den Wunsch äußert, eine Rehabilitation zu besuchen, wird die APN DC diese gemeinsam mit dem niedergelassenen Arzt organisieren.

2.1.3 Fallbeispiel Patient mit postoperativem Delir

SETTING	Gerontopsychiatrie Langzeitpflege
AUTOR*INNEN	Daniel Hausmann, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuum
DOMINANTE ANP-KERNELEMENTE	 Die betroffene Person wird von der APN ins Zentrum ihres Handelns gestellt. Auf Basis der klaren Kommunikation in der Fallführung, wie des zuverlässigen, ziel- und werteorientierten Handelns wird die APN zum Role Model. Sie übernimmt Verantwortung in der Einschätzung und im Umgang mit der Selbstgefährdung des Betroffenen und spricht sich gegen die Unterbringung in einem geschützten Bereich aus.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Patient D. ist männlich, 89 Jahre alt, verheiratet und im ländlichen Umfeld auf einem Bauernhof wohnhaft. Die Familie besteht aus seiner Gattin, drei Söhnen und einer Tochter. Er wohnt gemeinsam mit seiner Gattin, Schwiegertochter und einem seiner Söhne auf dem Hof und unterstützt die Familie im Rahmen seiner Ressourcen in der Landwirtschaft. Im Berufsleben führte Herr D. eine Viehwirtschaft, züchtete, verkaufte und verarbeitete Schweine. Einer der Söhne des Patienten hatte die Wirtschaft vor einigen Jahren übernommen. Der geriatrische Patient ist neben einer leichtgradigen Demenz von mehreren Erkrankungen/Einschränkungen betroffen. Dazu zählen in erster Linie eine essenzielle primäre Hypertonie mit terminaler Herzinsuffizienz und einer Niereninsuffizienz Grad 4. Begleitet werden diese Erkrankungen von einer pAVK IV der unteren Extremitäten beidseits, Vorhofflimmerarrhythmien und einer akuten Schmerzsymptomatik. Der Aufnahmegrund im geriatrischen Setting ist der Zustand nach einer Schenkelhalsfraktur rechts aufgrund von Sturz mit anschließendem postoperativem Delir.

	<u>Erstkontakt durch die APN:</u> Der Patient ist mit dem Pflorgeteam am Balkon, sitzt auf einem Sessel und will flüchten. Absprache mit Pflegepersonal sowie die fachliche, praktische Übernahme des Falls erfolgte durch die APN (Leadership). Erstmaßnahme durch Verschaffung eines Zugangs zum Patienten mit bedürfnisorientiertem Ansatz und einfühlsamer Empathie (Kommunikations-Skills). Er ist mit Gesprächen im Zimmer einverstanden, dabei paranoid wahnhaft. Er erzählt, dass er Schweine züchtet, glaubt, hier werden Experimente gemacht, man wolle ihn im Bauch operieren. Der Versuch einer Realitätsorientierung gelingt aufgrund der bereits bestehenden Demenz nur bedingt in örtlicher, zeitlicher und persönlicher Dimension. Der Patient stimmt jedoch einer Untersuchung des Abdomens zu (Klinisches Assessment/ Klinische Expertise). Es wurde anhand von Palpation eine erhöhte Schmerzreaktion im linken Oberbauch festgestellt (Diagnostik). Eine Schmerzbehandlung wird vehement abgelehnt. Herr D. bleibt weiterhin agitiert, will dann erneut auf den Balkon und ist sichtlich erschöpft. Im Gespräch über biographische Lebensthemen wird der Patient dann ruhiger. In Kombination mit Intervention: Wegen paranoidem Wahn wurde nach Rücksprache mit dem medizinischen Personal ein weiteres Einzelfallmedikament gegeben (Risperdal 1mg) (Teamfähigkeit interprofessionell). Der Patient berichtet dann im weiteren Gesprächsverlauf von seiner Landwirtschaft, er baue auch Kürbis sowie "Kukuruz" an und spricht vom Mähen. Er scheint sich mit Aussagen wie "man könne in Frauen nicht hineinschauen" etwas über die Gattin zu ärgern. Gespräche über Familie und Soziales zeigen Wirkung. Trinkt ein Glas Wasser zwischendurch und berichtet von verschiedenen Ereignissen klar. Keine wahnhaften Gedanken mehr im weiteren Verlauf, lächelt öfter und erscheint entspannter bei guter Vigilanz. Zuletzt will der Patient nicht mehr flüchten, äußert keine Ängste. Auf Nachfrage sei das Bein schon besser, und er verspüre keine Schmerzen aktuell.
PFLEGE-DIAGNOSEN	PF1: Akute Verwirrtheit (Herdman et al., 2022, S. 369) Definition: Reversible Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Kognition und der Wahrnehmung, die sich über einen kurzen Zeitraum entwickeln und weniger als 3 Monate andauern.
PFLEGE-ERGEBNISSE	Der Patient fühlt sich orientiert, sicher und angenommen. Einer Fremd- und Selbstgefährdung ist vorgebeugt.
PFLEGEINTERVENTIONEN	Dauer der Behandlung und Betreuung: 1,5 Stunden. Im Anschluss erfolgte eine Rücksprache und Übergabe mit dem Pflegepersonal, als auch der Stationsleitung. Die stattgefundenen

	Interventionen wurden erläutert und erklärt. Zudem wurden präventive Maßnahmen aus interprofessionellem Kontext als auch rein pflegerische Interventionen empfohlen (Coaching und Beratung). Es wurde eine initiale DOSS (Delirium Observation Screening Skala) zur Verlaufskontrolle eingeleitet. Die Pflegeplanung wurde gemäß NANDA-NIC-NOC Klassifikationssystem mit den zuständigen Pflegepersonen adaptiert. Von einer Verlegung in den geschützten Bereich wurde abgesehen (Entscheidungsfindung). Engmaschigere Evaluation durch die APN wurde terminlich koordiniert. Der Tätigkeitsbereich anhand dieser Fallvignette beinhaltet: • Fachliche Fallverantwortungsübernahme von komplexen Pflegesituationen • Anwendung und systematische Evaluation von nicht-medikamentösen Interventionen bei Verhaltensauffälligkeiten • Erkennen von Komorbiditäten bei kognitiven Einschränkungen im Kontext zu Verhaltensauffälligkeiten bei Delir • Systematische Anwendung von Maßnahmen zur Förderung der Selbstkompetenz • Durchführung eines differenzierten Schmerzkonsils • Respektvoller Austausch und Mitgestaltung im interprofessionellen Team • Wissen um Risiken und unerwünschten Wirkungen bei pharmakologischen Interventionen im Kontext zur Multimorbidität. • Einbezug von validen Screening-Tools / Assessments auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes • Konzeptionelle Ausarbeitung von Inhalten, Rahmenbedingungen sowie Edukationsangeboten zum Thema Demenz/Delir • Federführende Entwicklung und Steuerung des interprofessionellen Demenz-/Delir-Managements
KOMPLEXITÄT	
Die Anforderung (Konsultation) erfolgte durch die Stationsleitung und Psychiaterin nach aggressiven Verhaltensweisen mit Selbstgefährdung. Die Kontaktaufnahme erfolgt dabei entweder in akuten Fällen telefonisch oder elektronisch über ein Anforderungssystem (Zuweisung), wodurch ein Workflow erstellt wird. Konkret wollte der Patient auf einem zurechtgerückten Sessel über den Balkon (1. Stockwerk) den Balkon verlassen. Wegen vorbekanntem Alkoholabusus hat der Patient bereits Einzelfallmedikation erhalten (Temesta 1,25mg). Fallfrage seitens der Stationsleitung: Verlegung in einen geschützten Bereich notwendig? Weniger komplexe Situationen mit Verhaltensauffälligkeiten werden im Rahmen des interprofessionellen Demenz-Delir-Konzepts durch die Multiplikator*innen des Demenz-Delir-Teams auf den jeweiligen Stationen bereits eigenständig gelöst.	

KLINISCHES LEADERSHIP

Die klinische Führung weist sich durch die fachliche Übernahme von komplexen Pflegesituationen aus und versucht mittels vertiefter evidenzbasierter pflegerischer Praxis eine Vorbildfunktion zu erzeugen. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf nicht-medikamentöse pflegerische Interventionen gelegt. Damit einher geht die Praxisbegleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegepersonen. Diese beruhen einerseits auf den Ergebnissen von wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Demenz/Delir, als auch der Praxiserfahrung der APN selbst. Die praxisnahen Tätigkeiten sorgen dabei für erhöhte Akzeptanz der eigenen Rolle im Unternehmen. Eine gemeinsame interdisziplinäre oder multiprofessionelle Besprechung, moderiert durch die APN, sorgt dabei für mehr Sicherheit im pflegerischen Alltag. Es bewegt Pflegepersonal dazu, sich spezifisch mit komplexeren Themen zu beschäftigen, bezieht sie mit ein und erhöht die Qualität der pflegerischen Kompetenzen. Zusätzlich stehen im Rahmen des Demenz-Delirmanagements der Umgang mit und die Werte/Haltung gegenüber verhaltensauffälligen Menschen im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns. Der wertschätzende Umgang mit Patient*innen als auch im multiprofessionellen Team durch die APN bricht dabei Barrieren, baut Brücken und schafft Akzeptanz. Darüber hinaus generieren die APN-Fallbesprechungen sowohl für interne Besprechungen/Aufarbeitungen und Schulungen, als auch für externen Vernetzungsaustausch und Referententätigkeit. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse werden wiederum zurück mit in die pflegerische Praxis genommen.

ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team distanziert sich von streng hierarchischen Strukturen und wechselt zu Kreismodellen in denen Patient*innen, Bewohner*innen und Kund*innen im Mittelpunkt stehen. Die Pflegepraxis inklusive APN und andere Professionen von internen und externen Diensten arbeiten in Fachteams gemeinsam an der Implementierung und regelmäßigen Evaluierung des Demenz-Delir-Konzepts. Die hierfür benötigten Rahmenbedingungen werden von den Leitungen/der Managementebene geschaffen. Gelingen kann diese Form der Zusammenarbeit nur durch Transparenz und eine wertschätzende offene Kommunikationsstruktur.

2.1.4. Fallbeispiel Frau H. – Intraprofessionelle APN-geführte Betreuung in der Pneumologie durch drei Pflegeexpert*innen

Einreichung des Falls in Kooperation mit der Expertengruppe PNEUMOLOGISCHE PFLEGE der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

SETTING	UK für Pneumologie, Uniklinikum Salzburg – Respiratory Nursing über die APN Spezialambulanz für außerklinische Langzeitbeatmung <i>APN Pflegeexperte Dominik Beer, BSc, MSc ANP</i> – Cancer Nursing <i>APN Pflegeexpertin Christina Heitzinger, BSc, MSc ANP</i> – Palliative Care <i>Bereichsleitung und Pflegeexpertin Andrea Sandmayer, BScN</i>
AUTOR*INNEN	Dominik Beer, Christina Heitzinger, Andrea Sandmayer
EBENE	Individuum, Familie
DOMINANTE ANP-KERNELEMENTE	 Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Beispiel stellt hohe Anforderungen an eine übergreifende Kommunikation. Im jeweiligen Fachbereich hat die/der APN Verantwortung in der klinischen Entscheidungsfindung (insb. im respiratorischen Bereich) der verschiedenen Komplexitäten zu tragen. Im Weiteren zeichnet sich das Beispiel durch die Kernelemente Beratung und Coaching, Empowerment sowie Koordination der Versorgung aus.
FALLBEISPIEL	
HAUPTDIAGNOSEN	COPD Stadium GOLD IV (chronisch respiratorische Insuffizienz Typ II), nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC, Stadium IIIa, Rezidiv 2024), laufende immunonkologische Therapie (Durvalumab) Z.n. RSV-Infektion 04/2024 Z.n. Pneumonie 03/2024 Z.n. chronischem Nikotinabusus, kumulativ ca. 50 pack/years, ex 2013 - LTOT Pflichtigkeit seit 31.08.2020

ASSESSMENT und PFLEGE- INTERVENTIONEN	Pflegeanamnese nach ATL-Modell (Juchli, L. 1991) <u>Patientin:</u> Frau H., geboren 1956, lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus im ländlichen Raum Salzburgs. Sie ist Mutter von vier erwachsenen Kindern, mit denen ein regelmäßiger, stabiler Kontakt besteht. Vor Eintritt der Erkrankung war Frau H. langjährig im Pressegroßvertrieb in Salzburg tätig, nun befindet sie sich in der Pension. <u>Pflegekontext:</u> Die Versorgung erfolgt multiprofessionell über mehrere Settings: Pulmologische ambulante Onkologie, APN-geführte pneumologische Betreuung (Schlaflabor) sowie zeitweise stationäre Aufnahme auf der Lungen-Palliativstation am Uniklinikum Salzburg. Der niedergelassene Lungenfacharzt und mobile Dienste wurden ebenfalls eingebunden, wodurch eine kontinuierliche Betreuung über Sektoren hinweg sichergestellt wurde. <u>Aktueller Zustand und Probleme:</u> Frau H. leidet aufgrund der fortgeschrittenen COPD (GOLD IV, Gruppe C) unter einer dauerhaften respiratorischen Insuffizienz. Hauptsymptom ist eine chronische Dyspnoe (mMRC Grad 3) mit episodischen nächtlichen Erstickungsanfällen, welche ihre Schlafqualität stark beeinträchtigen. Im Schlaflabor und über die APN-Spezialambulanz wurden nächtliche Unruhe, Atemnot und fehlende Erholungsphasen festgestellt. Tagsüber ist die Mobilität deutlich eingeschränkt – Frau H. nutzt einen Rollator; längere Wege sind nur mit Unterstützung (Familie oder Fahrdienste) möglich. Die Notwendigkeit von Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) rund um die Uhr erschwert Ortsveränderungen und stellt eine emotionale sowie organisatorische Belastung dar. In Folge der Dyspnoe und Erschöpfung benötigt sie Hilfe bei anstrengenden Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Körperpflege), wobei der Ehemann sie unterstützt. Eine vollständige Pflegeabhängigkeit besteht jedoch nicht, Frau H. kann viele Verrichtungen selbst durchführen, muss jedoch häufig Pausen einlegen. <u>Ernährung:</u> Im Krankheitsverlauf zeigt sich eine Inappetenz, Therapiezyklen belasten zusätzlich. Bisher traten aber weder signifikanter Gewichtsverlust noch Dehydratation auf. Allerdings besteht ein Risiko für Mangelernährung bei weiter fortschreitender Krankheit. <u>Ausscheidung:</u> Keine aktuellen Probleme bei Miktion oder Defäkation. Aufgrund reduzierter Mobilität und möglicher opioidbasierter Schmerztherapie besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für Obstipation.
---	--

Infektionsrisiko:

Es liegen keine Probleme mit der Temperaturregulation vor; jedoch ist Frau H. durch COPD und die immunonkologische Therapie infekтанfällig (prophylaktische Maßnahmen werden beachtet, z.B. Pneumokokken-/Influenza-Impfung, Hygiene).

Atmung:

Das zentrale Problem ist die stark eingeschränkte Atmungsfunktion. Frau H. ist auf Langzeitsauerstoff angewiesen (2–3 L/min kontinuierlich) und nutzt seit 5 Jahren eine nächtliche nicht-invasive Beatmung (BiPAP im S/T-Modus). Unter NIV-Therapie konnten die chronische Hyperkapnie stabilisiert und Blutgaswerte im Normbereich gehalten werden; seither blieben COPD-Exazerbationen mit Hospitalisierung aus. Trotzdem treten weiterhin Belastungsdyspnoe und nächtliche Atemnot auf. Die inhalative Dauertherapie (ICS/LABA/LAMA Kombination – z.B. Trimbaw – plus zusätzliches inhalatives Kortikosteroid Flixotide) wird von der Patientin sehr zuverlässig und technisch korrekt angewendet.

Insgesamt zeigt Frau H. eine hohe Therapieadhärenz und beteiligt sich aktiv an allen notwendigen Maßnahmen – diese Compliance trägt wesentlich zur Stabilisierung ihres Gesundheitszustands bei.

Sicherheit:

Das familiäre Umfeld ist unterstützend – Ehemann und Kinder helfen. Hilfsmittel (Rollator, mobiles Sauerstoffgerät) werden adäquat eingesetzt. Aufgrund von Erschöpfung und eingeschränkter Mobilität besteht allerdings ein erhöhtes Sturzrisiko.

Soziale und psychische Situation:

Das Leben fokussiert sich stark auf Krankheitsbewältigung und Erhalt des Alltagsrhythmus. Emotional steht die Krankheit im Vordergrund – Beschäftigungen dienen eher der Ablenkung. Kommunikativ zeigt sich Frau H. trotz allem offen, zugänglich und reflektiert; regelmäßige, unterstützende Gespräche helfen ihr bei der Krankheitsverarbeitung.

Spirituelle Aspekte:

In Gesprächen – im Rahmen der Betreuung auf unserer Palliativstation – thematisiert die Patientin existenzielle Überlegungen, hadert mit der ungewissen Zukunft, findet aber zugleich Halt in ihrer Familie. Auf Wunsch wurde der Kontakt zur Krankenhausseelsorge hergestellt.

KRANKHEITSBILD und VERLAUF:

Die COPD wurde bereits vor vielen Jahren diagnostiziert und hat ein Endstadium erreicht. Lungenfunktion und Belastbarkeit sind stark reduziert: Im 6-Minuten-Gehtest schafft Frau H. mit portabler Sauerstoffgabe nur ca. 280 m, danach ausgeprägte Dyspnoe (Borg 4). Seit Einführung der NIV- und LTOT-Therapie 2020 ist der Verlauf der COPD relativ stabil ohne stationäre Exazerbationen.

	Das Lungenkarzinom wurde zufällig im Verlauf der COPD-Kontrollen entdeckt (Röntgen-Thorax 06/2020). Es handelt sich um ein Plattenepithelkarzinom (NSCLC) T3 N1 M0, Stadium IIIa. Die Primärbehandlung 2020/21 war multimodal: Radiochemotherapie, gefolgt von einjähriger Erhaltungstherapie mit Durvalumab (Immuncheckpoint-Inhibitor, PACIFIC-Protokoll). Zunächst verlief alles stabil mit guter Verträglichkeit. Ab Mitte 2023 zeigten sich jedoch erneut Auffälligkeiten in der Bildgebung, und im Juni 2024 wurde ein Tumorrezidiv diagnostiziert. Es folgte eine erneute Induktionschemotherapie kombiniert mit einer weiteren Thoraxbestrahlung. Seit Herbst 2024 erhält Frau H. wiederum Durvalumab im Rahmen einer erneuten Immuntherapie. Zusammenfassend zeigt das Fallbeispiel eine hochkomplexe Pflegesituation mit multiplen Problemdimensionen: schwere chronische Krankheit mit akut-onkologischer Komponente, technische Therapieansprüche (Beatmung, Sauerstoff), psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse sowie die Notwendigkeit eines engmaschigen, koordinierten Versorgungsprozesses über Sektorengrenzen hinweg. Im Folgenden werden die zentralen Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen sowie die Rolle der APN in diesem Fall dargestellt.
PFLEGEDIAGNOSEN	Pflegediagnosen nach NANDA <u>APN Respiratory Nursing</u> – Beeinträchtigter Gasaustausch in Folge der COPD und chronischen Hyperkapnie, erkennbar an persistierender Hypoxämie und zeitweiser Hyperkapnie. <i>Begründung: Frau H. benötigt kontinuierliche O₂-Gabe und nächtliche BiPAP-Beatmung, um einen adäquaten Gasaustausch zu gewährleisten.</i> – Gestörtes Schlafmuster (Schlafstörung) im Zusammenhang mit nächtlicher Dyspnoe. <i>Begründung: Nächtliche Atemnot und Erstickungsanfälle führen zu häufigem Aufwachen, Unruhe und verringerten Tiefschlafphasen.</i> – Aktivitätsintoleranz infolge chronischer Atemnot und Erschöpfung. <i>Begründung: Schon geringe Belastungen führen zu ausgeprägter Dyspnoe (Borg 4 bei Alltagsaktivitäten), die Gehstrecke ist limitiert (ca. 280 m mit Pausen). Frau H. muss Alltagsaktivitäten häufig unterbrechen und ist auf Hilfsmittel (Rollator, O₂) angewiesen.</i> <u>APN Onkologie</u> – Ineffektives Coping im Zusammenhang mit der onkologischen Diagnose. <i>Begründung: Anfangs zeigte Frau H. Verleugnungsstrategien („nicht damit auseinandersetzen können“), später traten Überforderung und psychische Erschöpfung mit depressiven Verstimmungen auf.</i>

	– Angst vor Krankheitsprogression und Belastung der Familie. <i>Begründung: Frau H. äußert konkrete Zukunftsängste bezüglich ihrer Prognose und sorgt sich, ihre Angehörigen zu belasten. Die Angst manifestiert sich durch Grübeln, Schlafstörungen und emotionale Anspannung.</i> APN Palliativpflege – Fatigue <i>Begründung: Frau H. berichtet von anhaltender Müdigkeit und geringer Energie. Die fortgeschrittene Krankheit sowie Chemo-/ Immuntherapie tragen zur Erschöpfung bei, was ihre Lebensqualität und Aktivitätsfähigkeit einschränkt.</i> – Risiko einer unzureichenden Ernährung (Mangelernährung) <i>Begründung: Die Inappetenz und Nebenwirkungen der Therapien reduzieren die Nahrungsaufnahme. Obwohl bisher kein kritischer Gewichtsverlust eingetreten ist, besteht ein hohes Risiko für Malnutrition im Krankheitsverlauf.</i> – Spirituelle Verzweiflung (Spiritual Distress) <i>Begründung: Frau H. stellt vermehrt Sinnfragen und hadert mit der Ungewissheit ihrer Zukunft. Sie zeigt Anzeichen von innerer Unruhe, Hoffnungslosigkeit und existenziellen Ängsten, insbesondere in Zusammenhang mit dem Rezidiv.</i>
PFLEGEERGEBNISSE	Pflegeergebnisse nach NOC APN Respiratory Nursing: – Ziele bei „Beeinträchtigter Gasaustausch“: Gasaustausch stabilisieren – NOC-Indikatoren: Blutgasaustausch ist im Normbereich (SaO₂ >90% unter LTOT, pCO₂ stabil), keine Zeichen von Zyanose oder extreme Dyspnoe in Ruhe. Ausreichende Oxygenierung, um Alltagsaktivitäten ohne schwere Luftnot bewältigen zu können. Erfolgskriterium ist z.B. eine geringere Dyspnoe bei Belastung (Borg-Skala <4 bei Gehen) und stabile Sauerstoffsättigung nachts mit NIV. – Ziele bei „Gestörtes Schlafmuster“: Schlafqualität verbessern – Durchschlafdauer und Tiefschlafphasen nehmen zu, die Patientin fühlt sich morgens erholter. Konkret wird angestrebt, nächtliche Panik- und Erstickungsattacken zu reduzieren (z.B. <1× pro Nacht) und eine subjektive Schlafqualität > „mäßig“ (auf einer Skala) zu erreichen. Reduktion der Tagesmüdigkeit. – Ziele bei „Aktivitätsintoleranz“: Mobilität und Belastungstoleranz steigern – NOC-Indikatoren: Gehstrecke und Aktionsradius erhöhen sich (Ziel: >300 m im 6-Minuten-Test). Indikatoren sind ein verbesserter Mobilitätsgrad (selbständiges Bewältigen kurzer Wege im Haus ohne Pause) und ein stabilerer Energiehaushalt.

APN Onkologie:

- Ziele bei „Ineffektives Coping“:
Psychosoziale Anpassung an die Erkrankung fördern – NOC-Indikatoren: Frau H. zeigt konstruktive Bewältigungsstrategien (z.B. Aussprache von Gefühlen statt Verdrängung, Inanspruchnahme von Unterstützung). Sie kann Krankheitsinformationen annehmen und integriert die Erkrankung in ihr Leben.

Ein Indikator ist, dass sie ihre Ängste und Sorgen im Gespräch offen artikuliert (statt sie zu leugnen) und aktiv Problemlösungen mitgestaltet.
- Ziele bei „Angst“:
Angstbewältigung und emotionales Wohlbefinden verbessern – NOC-Indikatoren: Reduktion der subjektiven Angstskala. Körperliche Stresssymptome (Schlaflosigkeit, Anspannung) nehmen ab.
- Ziele beim „Risiko Überlastung der Angehörigen“:
Familiäre Unterstützungsleistung erhalten und Überforderung vermeiden – NOC-Indikatoren: Der Ehemann und die Kinder fühlen sich den Pflegeanforderungen gewachsen (zufriedenstellende Rollenbewältigung). Es wird regelmäßig mittels Gesprächen evaluiert, ob Anzeichen von Burnout, Übermüdung oder emotionaler Distress bei den Angehörigen auftreten. Die Familie kennt Entlastungsangebote (Pflegeberatung, eventuell Hospizteam, finanzielle Unterstützung) und nutzt diese bei Bedarf.

APN Palliativpflege:

- Ziel bei „Fatigue (Erschöpfung)“:
Energielevel und Lebensqualität stabilisieren – NOC-Indikatoren: Frau H. kann trotz Fatigue Phasen von Aktivität und Teilhabe erleben. Die subjektive Ermüdbarkeit (Fatigue-Score) sinkt. Ihre selbst eingeschätzte Lebensqualität (z.B. WHOQOL-BREF Score) bleibt möglichst hoch bzw. verbessert sich in den Dimensionen physisches Wohlbefinden und Alltagsfunktion.
- Ziel bei „Risiko Mangelernährung“:
Ernährungsstatus erhalten – NOC-Indikatoren: Gewicht und Laborparameter (Albumin, Proteinstatus) bleiben im Normbereich oder gehen nicht weiter zurück. Frau H. nimmt ausreichend Kalorien/Flüssigkeit zu sich (Überprüfung durch Gewichtskontrolle, Ernährungstagebuch). Erfolg: kein signifikanter ungewollter Gewichtsverlust (>5%/Monat). Appetit wird subjektiv bewertet und verbessert (z.B. „mäßig“ statt „schlecht“).
- Ziel bei „Spirituelle Verzweiflung“:
Spirituelles Wohlbefinden/Hoffnung stärken – NOC-Indikatoren: Frau H. empfindet vermehrt inneren Frieden und kann Momente der Hoffnung verspüren. Weniger verzweifelte Aussagen und persönliche Sinnquellen finden (z.B. Zeit mit Familie, Glaube, Abschlüssen unerledigter Angelegenheiten).

PFLEGE- INTERVENTIONEN	Pflegeinterventionen nach NIC <u>APN Respiratory Nursing (Pneumologie):</u> – Maßnahmen bei beeinträchtigtem Gasaustausch: Atemmanagement und Ventilationsunterstützung. Die APN überprüft regelmäßig die Wirksamkeit der häuslichen nicht-invasiven Beatmung (Compliance- & Gerätedaten werden ausgelesen) und die Therapie (inkl. Geräteeinstellungen, Maskenpassform etc.) und passt diese in Absprache mit dem ärztlichen Personal an. Es erfolgt ein Symptom-Monitoring (Dyspnoe-Scores, Pulsoxymetrie) auch mittels Telemedizin (ResMed Air View). Die APN schult Frau H. in Atemtechniken (z.B. Lippenbremse, atemerleichternde Positionen) und Sekretmanagement (effective coughing) – Ziel ist es, die Atemarbeit zu erleichtern. Bei Exazerbationszeichen werden frühzeitig Maßnahmen eingeleitet (Arztkontakt). – Maßnahmen bei gestörtem Schlafmuster: Schlafförderung und nächtliche Dyspnoekontrolle. In der APN-geführten Spezialambulanz wurden zunächst Ursachen analysiert (Atemaussetzer, Panikattacken etc.). Interventionen umfassen eine Schlafhygiene-Beratung. Frau H. erhielt Anleitung zu Entspannungstechniken vor dem Zubettgehen. Zur Akutabwehr von Ersticken-gefühlen wurden Notfallstrategien eingeübt: z.B. bei Panik im Liegen sofort Oberkörper hochlagern, Lippenbremse, langsames Atmen mit Unterstützung des Ehemanns. Der Ehemann wurde einbezogen und geschult, nachts bei Bedarf Hilfestellung zu geben. – Maßnahmen bei Aktivitätsintoleranz: Mobilitätsförderung und Energie-Management. Die APN organisierte die hausinterne Physiotherapie zur Übung eines individuell angepassten Ausdauer- und Krafttrainings. Gemeinsam mit der Patientin wurden realistische Aktivitätsziele gesetzt (z.B. einmal täglich ums Haus gehen). Die APN achtete auf Sicherheitsaspekte: Sturzprophylaxe. <u>APN Onkologie:</u> – Maßnahmen bei ineffektivem Coping: Psychosoziale Beratung und Förderung von Bewältigungsstrategien. Mittels Edukation klärt die APN über die Erkrankung und Therapie auf (in verständlichen Portionen), damit Frau H. Wissen als Resource nutzen kann. Gemeinsam werden Coping-Strategien erarbeitet, um Ängste zu reflektieren statt zu verdrängen, oder das Nutzen von Entspannungstechniken (Überschneidung mit den Interventionen gegen Angst und Schlafstörungen). Die APN stellte den Kontakt zu einer Psychoonkologin her, die Frau H. nun zusätzlich therapeutisch begleitet. Ein wichtiger Aspekt ist die Stärkung der Selbstwirksamkeit. Diese Form des Empowerments hilft, das Gefühl der Kontrolle zu steigern und die Hilflosigkeit zu verringern.
--	--

	– Maßnahmen bei Angst: Angstbewältigung und emotionale Unterstützung. Hier überschneiden sich Interventionen mit jenen zum Coping. – Die APN wendet Techniken der Angstreduktion an. Atem- und Entspannungsübungen gegen akute Panik werden geübt, Ablenkungsstrategien werden besprochen. Die APN vermittelt ggf. medizinische Informationen, um Angst vor Unbekanntem zu reduzieren (– immer nur auf Wunsch der Patientin). Zudem sorgt die APN als feste Ansprechpartnerin für Kontinuität. – Maßnahmen beim Risiko der Überlastung der Angehörigen: Angehörigenberatung und Entlastungsangebote. Die APN bezieht den Ehemann und die Kinder frühzeitig in den Pflegeprozess mit ein. Sie führt mit ihnen präventive Gespräche darüber, wie es ihnen mit der Situation geht, und klärt über typische Anzeichen von Überlastung auf. <u>APN Palliativpflege:</u> – Maßnahmen bei Fatigue: Symptommanagement Fatigue und Energieerhalt. Die APN führt gemeinsam mit Frau H. ein Fatigue-Assessment durch, um Ausmaß und Muster der Erschöpfung festzustellen. Auf dieser Basis werden individuelle Tagespläne erstellt. Die APN empfiehlt energieerhaltende Maßnahmen – z.B. Sitzmöglichkeiten in allen Räumen, Einsatz von technischen Hilfen (Elektromobil für längere Strecken). Ergänzend werden psychostimulierende Aktivitäten angeboten: leichte Bewegungsübungen an der frischen Luft, sofern möglich, zur Anregung von Kreislauf und Stimmung. Wichtig ist auch die Schlafhygiene (überschneidend mit oben), damit nächtlicher Schlaf optimiert wird und nicht Tag/Nacht-Rhythmus zusätzlich stört. – Maßnahmen bei drohender Mangelernährung: Ernährungsmanagement. Die APN zieht eine Ernährungsberatung hinzu (Diätologin), um für Frau H. einen angepassten Ernährungsplan zu erstellen. Schwerpunkte sind hochkalorische, proteinreiche Kost in kleinen Portionen. Konkrete Tipps: mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilen, bevorzugt Lieblingsspeisen anbieten, Essen optisch ansprechend herrichten. Falls nötig, werden Nahrungssupplemente (Trinknahrung, Shakes) verordnet. Die APN achtet auch auf den sozialen Aspekt des Essens: Sie ermutigt die Familie, Mahlzeiten gemeinsam einzunehmen in ruhiger, angenehmer Atmosphäre. Die Gewichtsverlaufskontrolle erfolgt wöchentlich. – Maßnahmen bei spiritueller Verzweiflung: Spirituelle Begleitung und psychosoziale Unterstützung. Die APN Palliative Care bietet Frau H. an, über Sinn- und Glaubensfragen zu sprechen, wann immer sie es braucht. Sie signalisiert Offenheit und Wertschätzung für dieses Thema. Konkret organisiert sie regelmäßige Gespräche mit der Seelsorge (Krankenhausseelsorgerin) und nimmt auf Wunsch auch selbst an diesen Gesprächen teil oder bereitet sie nach.
--	---

	Die APN achtet auf die Würde und Autonomie der Patientin; z.B. organisiert sie, dass an der Palliativstation ein ruhiger Raum für ein Gebet mit der Familie zur Verfügung steht, oder dass ggf. Rituale (wie z.B. Salbung) ermöglicht werden. Wichtig ist der APN auch die Hoffnungspflege – nicht im Sinne falscher Hoffnungen, sondern kleine realistische Hoffnungsziele zu setzen (z.B. ein Familienfest in einigen Wochen, das sie erleben möchte). – Maßnahmen beim Risiko der Überlastung der Angehörigen: Die APN organisiert bei Bedarf den Kontakt zu einem mobilen Palliativteam oder ambulanten Pflegediensten, die punktuell entlasten können (z.B. Pflegefachkraft, die ein bis zweimal pro Woche zu einem Hausbesuch kommt, damit der Ehemann Zeit für sich hat). Auch ein Hospiz-Begleitedienst wird vorgeschlagen, der stundenweise Betreuung oder einfach Anwesenheit bietet, damit Angehörige Auszeiten nehmen können. Für psychosoziale und finanzielle Fragen wurde das Entlassungsmanagement und der Sozialdienst hinzugezogen, um Unterstützung bei Pflegegeld, Hilfsmittelversorgung und ggf. einer Haushaltshilfe zu organisieren.
--	---

APN-KERNELEMENTE

Beratung & Coaching

Die APNs fokussieren sich auf zielgerichtete Beratungen der Patientin und ihrer Angehörigen. Frau H. erhält ausführliche Informationen zu ihren Erkrankungen und Therapien in verständlicher Form. Ein Beispiel ist die Beratung im Schlaflabor zur Schlafhygiene und Atemtechnik oder die psychoedukativen Gespräche in der Onkologie nach dem Rezidiv. Die APNs schaffen einen Rahmen, in dem Fragen gestellt werden können und Unsicherheiten geklärt werden. Durch Coaching-Methoden fördert die APN auch Verhaltensänderungen: z.B. die konsequente Nutzung der NIV jede Nacht, das Erlernen von Entspannungstechniken gegen Angst. Die Beratungsfunktion der APNs erstreckt sich ebenso auf die Angehörigen, etwa wenn es um Pflege Techniken oder das Verstehen des Krankheitsverlaufs geht.

Empowerment (Befähigung zur Selbstmanagement)

Trotz schwerer Krankheit wird Frau H. von den APNs darin bestärkt, selbstbestimmt zu handeln und Entscheidungen mitzutragen. Die APNs vermitteln, dass Frau H. Expertin für ihr Leben bleibt. Konkret bedeutet dies, dass die Patientin aktiv in Pflegeentscheidungen einbezogen wird. Im Palliativsetting fördert die APN die Selbstwirksamkeit dadurch, dass sie Frau H. kleine, erreichbare Aufgaben zutraut. Ein Beispiel: Auf der Palliativstation wurden die gelernten Atemtechniken wiederholt, die sie in Eigenregie anwenden kann, um ihre Luftnot zu lindern. Auch in der Entlassungsvorbereitung befähigt die APN Palliativpflege die Patientin und Familie, den Zuhause-Alltag zu meistern, indem sie ihnen Wissen und Fertigkeiten an die Hand gibt.

Zur Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit wird eine standardisierte elektronische Dokumentation herangezogen. Diese ermöglicht allen Teammitgliedern Einblick in bereits durchgeführte Beratungsgespräche, geplante und umgesetzte pflegerische Interventionen, klinische Einschätzungen (z. B. Symptom-Assessments, Verlaufsbeobachtungen), Evaluationsschritte und vereinbarte Therapieziele sowie in Kontaktaufnahmen mit Angehörigen oder externen Diensten.

Koordination der Versorgung

Um die Transparenz in der Arbeit der Advanced Practice Nurses sicherzustellen, erfolgt die Patientenbetreuung innerhalb eines klar strukturierten Rahmens. Dies umfasst anlassbezogene Kurzabsprachen, den wöchentlichen interprofessionellen Austausch im Team, schwerpunkt-spezifische multiprofessionelle Fallbesprechungen sowie die Teilnahme an interdisziplinären Visiten und Tumorboards.

Der Lead innerhalb dieser Prozesse richtet sich jeweils nach der schwerpunktspezifischen Versorgung und wird durch den kontinuierlichen Austausch zwischen den Bereichen gewährleistet.

In diesem komplexen Fall übernehmen die APNs eine zentrale Koordinations- und Navigationsrolle. Sie stellen sicher, dass alle beteiligten Leistungserbringer informiert sind und zielgerichtet zusammenarbeiten. Ein Beispiel ist die Entlassungsplanung nach einem Palliativstation-Aufenthalt: Die APN Palliativ organisierte interdisziplinär die Weiterbetreuung im häuslichen Umfeld, inkl. Einbindung eines Palliativteams und mobiler Dienste. Durch regelmäßige Fallbesprechungen mit den Teams (Palliativkonferenzen) bringt die APN die Pflegediagnosen und -perspektiven ein und sorgt dafür, dass kein Aspekt untergeht.

Klinische Entscheidungsfindung

Als APNs bringen Pflegeexpert*innen erweiterte klinische Kompetenzen in die Versorgung ein. Im respiratorischen Bereich bedeutet das, die Wirksamkeit von Interventionen evidenzbasiert zu evaluieren und anzupassen. Im onkologischen Setting stehen unter anderem das frühzeitige Erkennen therapiebedingter Nebenwirkungen und die gezielte, leitlinienbasierte Anpassung der Interventionen im Vordergrund. Die APNs verwenden aktuelle Leitlinien als Grundlage für Vorschläge. Zudem haben die APNs dank ihrer Nähe zur Patientin die Fähigkeit, frühzeitig Veränderungen zu erkennen (klinisches Assessment) und entsprechende Entscheidungen anzustoßen. Durch diese aktive Rolle in der klinischen Entscheidungsfindung stellen die APNs sicher, dass Entscheidungen patientenzentriert, evidenzbasiert und ganzheitlich getroffen werden.

Qualitätssicherung

Die APNs achten auf hohe Pflegequalität, z.B. durch Einsatz validierter Assessment-Instrumente (mMRC, Borg, WHOQOL) und Dokumentation nach NANDA/NOC/NIC. Forschung und Evidenzanwendung – APNs gewährleisten die Implementierung neuester Entwicklungen, etwa neue Palliativmaßnahmen oder Telemonitoring-Tools, und integriert sinnvolle Innovationen wie das Dyspnoe-Tagebuch via Telepflege.

KOMPLEXITÄT

Der Fall von Frau H. weist eine hohe **pflegerische Komplexität** auf. Mehrere Faktoren tragen dazu bei:

- **Multimorbidität:** Zwei schwere Diagnosen (terminale COPD und fortgeschrittenes Lungenkarzinom) treten gleichzeitig auf. Jede für sich erfordert bereits hochspezialisierte Pflege – zusammen potenzieren sich die Herausforderungen. Die COPD bedingt respiratorische Insuffizienz mit technischem Versorgungsbedarf (Sauerstoff, Beatmung), während das Karzinom onkologische Therapien und symptomlindernde Maßnahmen erfordert.

- **Vielzahl an Symptomen und Pflegephänomenen:** Frau H. hat physische Symptome (Atemnot, Fatigue, Inappetenz, Infektanfälligkeit, Schmerzen), psychische Belastungen (Angst, depressive Verstimmung, Rollenverlust), soziale Probleme (Rückzug, veränderte Familiendynamik) und spirituelle Nöte (Sinnsuche) gleichzeitig. Diese müssen parallel wahrgenommen und betreut werden, ohne dass ein Bereich vernachlässigt wird.

Die Prioritäten können sich dabei dynamisch verschieben (bei akuter Dyspnoe steht Symptomkontrolle absolut im Vordergrund; in stabileren Phasen rücken psychische Aspekte in den Fokus).

- **Pflege über Sektorengrenzen hinweg:** Die Versorgung findet teils ambulant (zu Hause, Schlaflabor, Onkologie-Ambulanz) und teils stationär (Palliativstation) statt. Übergänge müssen nahtlos gestaltet werden, damit keine Informationsverluste oder Versorgungsbrüche entstehen. Die Koordination dieser Brüche im Versorgungssetting erfordert hohes organisatorisches Geschick seitens der APN (Kommunikation zwischen Hauskrankenpflege, Ambulanz und Station, Überleitungsmanagement etc.).
- **Notwendigkeit fortlaufender Anpassung des Pflegeplans:** Der Zustand von Frau H. kann sich phasenweise ändern (z.B. nach Chemotherapie-Zyklen, bei Infekten, im Verlauf der fortschreitenden COPD). Dies verlangt einen erweiterten Pflegeprozess mit häufigen Reevaluationen und Anpassungen der Interventionen. Die APNs müssen stets aktuell priorisieren: Wann steht die Lebensqualität im Vordergrund, wann die Lebensverlängerung? Welche neuen Probleme entstehen (z.B. durch Nebenwirkungen der Immuntherapie) und wie integrieren wir sie ins bestehende Konzept?
- **Einbindung multipler Professionen und Personen:** Involviert sind pulmologische Onkolog*innen, Palliativärzt*innen, Pflegefachpersonen verschiedener Bereiche, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Psychoonkologie, Seelsorge, Sozialarbeit und die Familie als Pflegepartner. Es ist die Aufgabe der APNs, die Kommunikation und Zusammenarbeit all dieser Akteure zu organisieren.
- **Krisen- und Notfallplan:** Ein Krisen- und Notfallplan ist ein schriftlich fixiertes Handlungskonzept für Patient*innen, Angehörige sowie Mitwirkende des Gesundheitswesens (z.B.: Notärzt*innen), das konkrete Maßnahmen und Entscheidungsgrundlagen für akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes festlegt. Ziel ist es, bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder dem Auftreten von belastenden Symptomen ein koordiniertes, patientenzentriertes und leitliniengerechtes Vorgehen zu ermöglichen. Im Fall von Frau H., werden folgende Punkte festgelegt: Medikamentöse Handlungsoptionen bei Symptomkrisen wie Atemnot, Schmerzen, Angst und Unruhe; Therapiezielveränderungen DNR/DNI (Do Not Resuscitate/ Do Not Intubate)
- **Hoher Beratungs- und Schulungsbedarf:** Aufgrund der technischen Therapien (NIV, Inhalation, O₂) und komplexen Behandlungsentscheidungen (Krebstherapie, Palliativmaßnahmen) besteht ein kontinuierlicher Bedarf an Patientenedukation. Frau H. muss im Umgang mit Geräten geschult werden, die Familie muss Notfallsituationen erkennen können etc. Die APNs übernehmen edukative Aufgaben fortlaufend, oft in kleinen Schritten, angepasst an den aktuellen Zustand der Patientin (z.B. Schulung zu Atemübungen im Schlaflabor, zu Symptommanagement in Palliativphasen etc.).

KLINISCHES LEADERSHIP

Im Verlauf der Betreuung übernehmen die Advanced Practice Nurses vielfältige klinische Führungsaufgaben („Clinical Leadership“). Sie tragen die Verantwortung für den Pflegeprozess, initiieren eigenständig Assessments und Interventionen und bringen innovative Ansätze wie Telepflege-Elemente oder Symptomtagebücher ein. Innerhalb der Pflegeteams agieren sie als fachliche Leiter*innen, schulen Kolleg*innen und richten die pflegerischen Ziele aus.

Darüber hinaus vertreten sie die Interessen der Patient*innen, hinterfragen bestehende Abläufe kritisch und setzen patientenorientierte Lösungen durch. In enger Zusammenarbeit mit Ärzt*innen gestalten APNs Projekte wie in etwa die Patientenedukation in onkologischen Tageskliniken. Damit wirken APNs nicht nur ausführend, sondern gestaltend und leitend, indem sie Prozesse steuern, Teams anleiten und eine bestmögliche patientenzentrierte Versorgung sicherstellen.

ZUSAMMENARBEIT

Der Erfolg in diesem komplexen Fall beruht maßgeblich auf effektiver interprofessioneller Zusammenarbeit, mitorganisiert durch die APNs. Einige Schlüsselpunkte dieser Kooperation:

- **Regelmäßiger Austausch im Behandlungsteam:** Es finden kontinuierlich Absprachen zwischen Onkologie, Pneumologie und Palliativmedizin statt. Die APNs vermitteln oftmals Informationen zwischen den Disziplinen.
- **Einbindung von Spezialist*innen:** Die APNs haben konsiliarisch verschiedene Spezialist*innen in die Versorgung eingebunden, darunter Psychoonkologie, klinische Seelsorge, Physio- und Ergotherapie sowie Ernährungsberatung. Durch ihre Initiative und Koordination stellten sie sicher, dass Frau H. multiprofessionell unterstützt wird und sowohl psychotherapeutische, spirituelle als auch funktionale und ernährungsbezogene Bedürfnisse berücksichtigt werden.
- **Team-Meetings und Fallbesprechungen:** Die APNs organisieren und begleiten Fallbesprechungen wie Palliativteam-Meetings, Tumorboards oder Entlassungskonferenzen. Dabei bringen sie die pflegerische Perspektive ein und tragen zur Festlegung gemeinsamer Versorgungsziele bei. Im Fall von Frau H. wurde so interprofessionell entschieden, den Fokus auf Lebensqualität und eine Betreuung zu Hause bis zuletzt zu legen, wodurch alle weiteren Maßnahmen – etwa der Verzicht auf intensivmedizinische Interventionen zugunsten palliativer Sedierung – daran ausgerichtet wurden.
- **Koordination der Übergänge:** Die APNs gewährleisten eine lückenlose Koordination der Versorgung beim Übergang zwischen Behandlungssettings. Sie erstellen umfassende Pflegeüberleitungsberichte mit allen relevanten Informationen und leiten diese an Hausärzt*innen, Palliativteams oder Fachärzt*innen weiter.

Durch die enge Abstimmung – etwa nach einem Schlaflabor-Besuch mit Empfehlungen zur Beatungsanpassung – stellen sie eine nahtlose Kommunikation sicher und verhindern Doppeluntersuchungen oder widersprüchliche Anweisungen.

- **Familie als Teil des Teams:** Die APNs betrachten die Familie als zentralen Teil des Versorgungsteams, welche maßgeblich zu einer ganzheitlichen Versorgung beitragen. Sie beziehen Angehörige aktiv ein, führen Schulungen durch, berücksichtigen ihre Sichtweisen und integrieren deren Wünsche in die Pflegeplanung.

So konnte beispielsweise dem Anliegen der Familie, Frau H. möglichst lange zu Hause zu betreuen, entsprochen werden – ermöglicht durch die gezielte Koordination der APNs und die Einbindung des Palliativnetzwerks. Die partizipative Einbindung und aktive Integration von Angehörigen in das Palliative-Care-Team unterstützt deren Handlungssicherheit und trägt wesentlich zur Entlastung bei.

– **Angebote aus der Palliativversorgung**

Koordiniert wurden dabei Angebote aus der Hospiz- und Palliativversorgung des Bundeslandes Salzburg. Als 24/7-Ansprechpartner bei akuten palliativspezifischen Symptomen, zur Schmerzeinstellung und für Beratungstätigkeiten wurde das mobile Palliativteam an die Versorgung angebunden. Als Entlastungsangebot für Angehörige, für medikamentöse Therapien und für psychotherapeutische Interventionen wurde das Tageshospiz angeboten, welches einmal wöchentlich für einen Tag genutzt werden kann.

Durch diese vielfältigen Kooperationen entsteht ein umfassendes Versorgungsnetz, das Frau H. in allen Bereichen auffängt. Die APNs fungieren als Koordinator*innen und Kommunikator*innen zwischen den Berufsgruppen, verhindern Informationsverluste und moderieren ggf. auch Konflikte. Durch das interprofessionelle Zusammenspiel wird nicht nur die Versorgungsqualität gesteigert, sondern Frau H. auch entlastet, da die Koordinationsaufgaben von den APNs, die sie als feste Navigator*innen durch das Versorgungssystem begleiten, übernommen werden.

2.2 ANP-Fallbeispiele Familie



([King Lawrence](#), 182939208)

2.2.1 Fallbeispiel Schülerin mit Erstmanifestation Diabetes mellitus Typ 1

SETTING	Schule
AUTOR*INNEN	Franziska Rumpf, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuell, Familie, Gemeinde
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Das Kernelement der Sichtbarkeit zeigt sich in der Verantwortung der School Health Nurse (SHN), das klinische Praxisumfeld der Schule kontinuierlich zu verbessern sowie innovativ die Versorgungsprozesse neu auszugestalten. Dabei verantwortet sie das klinische Leadership im Sinne einer gelingenden Integration der Schülerin. Es gelang, eine Betreuung zu schaffen, die das bestmögliche Behandlungsziel erreicht, ohne eine Komprimierung des Wohlbefindens der Schülerin (ethische Entscheidungsfindung).
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Bei einer Schülerin kam es im Februar 2024 zu einer Erstmanifestation von Diabetes Mellitus Typ 1. Der Verdacht der Diagnose wurde im Rahmen eines Urlaubs im Ausland gestellt. Die Eltern des Kindes wandten sich mit der Information an die School Health Nurse (SHN). Diese empfahl, in Österreich eine medizinische Betreuung aufzusuchen, um Klarheit zu erlangen. Die Diagnose wurde bestätigt, und eine primäre Behandlung erfolgte daraufhin an einer Wiener Klinik.
PFLEGE-DIAGNOSEN	R1: Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (Herdman et al., 2022, S. 273) Definition: Anfälligkeit für eine Abweichung des Blutglukosespiegels vom Normbereich, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Unzureichenden Blutzuckerkontrolle, unzureichendes Diabetesmanagement, unzureichendes Wissen über das Management der Krankheit Risikopopulation: gefährdeter physischer Status G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238) Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen

	Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann. Bestimmende Merkmale: Drückt den Wunsch aus, die Akzeptanz der Erkrankung zu verbessern; Drückt den Wunsch aus, das Therapieregime besser in den Alltag zu integrieren; Drückt den Wunsch aus, das Management von Symptomen zu verbessern. PF1: Angst (Herdman et al., 2022, S. 457) Definition: Eine emotionale Reaktion auf eine diffuse Bedrohung, bei der das Individuum eine unspezifische bevorstehende Gefahr, Katastrophe oder ein Unglück vermutet. Bestimmende Merkmale: Ruhelosigkeit, Besorgnis, Hilflosigkeit, Besorgt über die Veränderung im Leben, Verunsichert, Unsicherheit, erhöhte Anspannung, Gesichtsrötung Beeinflussende Faktoren: Stressoren Risikopopulation: Personen, die eine situative Krise erleben. G2: Bereitschaft für ein verbessertes Coping (Herdman et al., 2022, S. 462) Definition: Ein Muster einer wirksamen Bewertung von Stressfaktoren mit kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, um mit Anforderungen bezogen auf das Wohlbefinden zurechtzukommen, welches gestärkt werden kann. Bestimmende Merkmale: Drückt den Wunsch aus, das Wissen über Stressbewältigungsstrategien zu erweitern. Drückt den Wunsch aus, das Management von Stressoren zu verbessern. Drückt den Wunsch aus, die Nutzung von emotionsorientierten Strategien zu verbessern. PF2: Beeinträchtigter Comfort (Herdman et al., 2022, S. 628) Definition: Wahrgenommener Mangel an Ruhe, Entlassung und Transzendenz in physischen, psychospirituellen, umgebungsbezogenen, kulturellen und sozialen Dimensionen. Bestimmende Merkmale: Angst, Weinen, Belastende Symptome, Ruhelosigkeit Beeinflussende Faktoren: Inadäquate Situationskontrolle Assoziierte Bedingungen: Krankheitsbezogene Symptome, Therapieregime
PFLEGE- ERGEBNISSE	Durch das frühzeitige Einschreiten der SHN konnten von Beginn an die Eltern, das Kind und die Pädagog*innen unterstützt und entlastet werden. Die Eltern wussten ihr Kind in der Schule sicher und kompetent versorgt, und so konnte die Sorge über Zwischenfälle bzw. Blutzuckerentgleisungen genommen werden. Die Schülerin wurde in der Schule kontinuierlich durch die SHN betreut und unterstützt. Dadurch wurde für die Schülerin eine sichere Umgebung geschaffen, in der sie sich mit der neuen Situation auseinandersetzen konnte, immer im Bewusstsein, nicht alleine zu sein. Die Pädagog*innen waren ebenfalls nie auf sich alleine gestellt. Durch frühzeitige Schulungen und Information zum

	Thema konnten viele Unsicherheiten aus dem Weg geschafft werden. Im Alltag wurden sie auch nie allein gelassen und konnten sich bei allgemeinen wie auch speziellen Fragen zur neuen Situation immer an die SHN wenden (Sportunterricht, Ausflüge, Geburtstagsfeiern in der Klasse, etc.)
PFLEGEINTERVENTIONEN	Im Zeitraum der Ersteinstellung stand die SHN im engen Kontakt mit den Eltern und der Schule. Pädagog*innen und betreuende Personen an der Schule sowie Mitschüler*innen wurden, bereits bevor die betroffene Schülerin zurück in der Schule war, von der SHN über die neue Situation informiert und bezüglich des Verhaltens und neuen Abläufen geschult. Diese Schulung umfasste: • Allgemeine Information über das Krankheitsbild und Versorgung • Verhalten bei Hyper-, Hypoglykämie • Verhalten bei (Sport-) Ausflügen, Klassenfahrten, Sportunterricht etc. • Speziell für das betreuende Team Umgang mit psychosozialen Belastungen durch die Diagnose Die betroffene Schülerin hat eine bestehende Diagnose der Zöliakie. Bezüglich dieser Herausforderung vereinbarte die SHN mit den Eltern, für den Beginn immer Mahlzeiten von zu Hause mitzugeben, mit genauen Angaben über die Makronährstoffe. Die benötigten Dokumente (Befund, Verordnung, Therapieschema) wurden von der SHN hinterlegt. Die SHN war von Beginn an für die Therapie in der Schule zuständig. Dazu zählten die Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Messgeräts, durch eine Kapillarblutentnahme aus der Fingerbeere, die Berechnung des benötigten Insulins abhängig von der Mahlzeit und die Verabreichung des Insulins mittels Pen (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). Durch die SHN erfolgte eine ausführliche Schulung der beteiligten Personen bezüglich der Therapie und Notfallmedikation. Anfangs erfolgte die Durchführung der Therapie durch die SHN, immer mit genauer Erklärung für die Schülerin (Spezialisierte Pflegepraxis). Schrittweise kam es über die Beratung zur Durchführung unter Anleitung, und schließlich zur Durchführung unter Aufsicht durch die Schülerin selbst. Es fand ein kontinuierlicher Austausch mit den Eltern statt, um auch Feedback zum Therapieverlauf zu Hause zu erhalten und vice versa. Es folgte ein weiterer geplanter Krankenhausaufenthalt, bei dem die Therapie auf eine kontinuierliche subkutane Insulin-Infusion (CSII) mittels Ypsomed-Insulinpumpensystem und CamAPS (mylife App Diabetescare) umgestellt wurde. Die Eltern wurden bereits während des Krankenhausaufenthalts auf die neue Therapieart geschult. In der

	Schule übernahm die SHN die Schulung auf das Pumpensystem und die Verwendung der App für die Schülerin, Pädagog*innen und betreuten Personen im Beisein des Vaters. Während des ganzen Prozesses stand und steht die SHN für alle beteiligten Personen für etwaige Fragen, Unklarheiten und andere Anliegen immer zur Verfügung. Die SHN adaptiert die benötigten Insulinmengen unter Einbezug der Schülerin, je nach Bedarf und Mahlzeit. Aktuell erfolgt das Diabetes-Monitoring in der Schule durch die SHN. Es erfolgten laufend Schulungen und Besprechungen bezüglich des Umgangs in der Schule, und auch die Schülerin wandte sich bei anfallenden Fragen an die SHN. Um eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten zu können, war die SHN in der Anfangszeit fünf Tage die Woche in der Schule vor Ort. Mit erlangter Selbstständigkeit der Schülerin und vertiefenden Schulungen der Pädagog*innen wurde die Vereinbarung getroffen, bei Abwesenheit der SHN entweder die SHN telefonisch zu konsultieren oder den Vater zu verständigen. Die Schülerin konnte durch das bestehende Support-System schnell wieder in den Schulalltag eingegliedert werden und hat durch das Beisein der SHN die Handhabung der Pumpe, der App sowie der ganzen Therapie rasch selbstständig gut zu beherrschen gelernt.
KOMPLEXITÄT	
Die Komplexität ist gegeben durch die Konfrontation mit einem neu auftretenden Krankheitsbild in einem Setting, welches sich damit im Alltag nicht konfrontiert sieht. Zusätzlich handelt es sich hier auch um eine Multimorbidität, was die Versorgung zusätzlich vor eine Herausforderung stellte. Selbst nach Erarbeitung eines Schemas ist eine situative Adaption der Therapie oft notwendig und verlangt die Expertise einer SHN. Die SHN konnte bereits vor gesicherter Diagnose aktiv werden und stand den Eltern beratend zur Seite. Im Rahmen der Betreuung der Schülerin, wurde der Behandlungsplan durch die SHN auch evaluiert und Rückmeldungen bezüglich der Machbarkeit wurden an das behandelnde Team gegeben (Konsultation). Im Allgemeinen stellt das Setting Schule eine sehr abwechslungsreiche Umgebung dar, die einer SHN viel Flexibilität und Anpassungsfähigkeit abverlangt. Eine große Herausforderung stellt auch das breite Anforderungsprofil durch die Bedürfnisse der Schüler*innen dar.	
KLINISCHES LEADERSHIP	
Die SHN war von Anfang an die Ansprechperson für alle Beteiligten und fungierte immer als zentrale Drehscheibe bei der Behandlung, Versorgung, Beratung und Schulung aller Beteiligten. Bezüglich des verordneten Behandlungsplans konnte die SHN dank ihrer Kompetenzen konstruktives Feedback an die verordneten Ärzt*innen geben und somit eine optimierte Behandlung durchgeführt werden (Konsultation). Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen die verordnete Behandlung und stellt sicher, dass diese zu jedem Zeitpunkt die optimale Versorgung für die Schülerin darstellt. Um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, steht die SHN auch in einem regelmäßigen Austausch mit den Eltern, um etwaige Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und dementsprechend agieren zu	

können. Im Rahmen von Round-Tables werden die aktuelle Situation mit den beteiligten Parteien besprochen und diverse Anliegen bearbeitet.

ZUSAMMENARBEIT

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wurde von Anfang an durch die SHN sichergestellt. Es wurde frühzeitig Kontakt mit den behandelnden Ärzt*innen aufgenommen und die Direktion, die Schulsozialarbeit, die Beratungspädagogin und die klinische Psychologin hinzugezogen.

Fazit: In diesem Beispiel ist gut zu erkennen, wie eine SHN sich als Bindeglied in die Versorgung bei einem Schulkind mit einer chronischen Erkrankung einbringen kann und somit den Alltag und das Leben mit der neuen Situation für alle beteiligten Personen erleichtern kann. Dabei ist nicht nur die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und die Versorgung in Notfällen gewährleistet, sondern zusätzlich auch die Unterstützung der Pädagog*innen und der Schüler*innen gegeben. Die SHN sorgt zusätzlich auch für die Förderung der Selbstständigkeit des Kindes und stellt somit sicher, dass das betroffene Kind Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen kann. So wird frühzeitig der Grundstein für eine langfristige Bewältigung der Diabeteserkrankung gelegt. Die Eltern haben die Sicherheit ihr Kind in der Schule professionell versorgt zu wissen und können sich bei Fragen ebenfalls jederzeit an die SHN wenden.

Weiterer/Geplanter Ausbau der Rolle: Im Moment befindet sich die Rolle School Health Nurse noch in der Entwicklung. Die SHN ist aktuell ein Pilotprojekt. Der geplante Ausbau umfasst eine schrittweise Ausrollung des Projektes – zuerst auf weitere Schulen der Stadt Wien, bis hin zur Ausbreitung über ganz Österreich. Für die Zukunft sind die Befugnisse, Überweisungen auszustellen bzw. Verschreibungen zu tätigen, geplant.

Aus datenschutzrechtlichen Vorgaben der Stadt Wien (MA 15) mussten personenbezogene Angaben in diesem Beispiel gelöscht werden.

2.2.2 Fallbeispiel Lukas und seine Familie, die den Kampf gegen den Krebs schlussendlich verloren haben

Die Anforderungen an die Pflege zu Hause durch die Eltern sind in kurativer Hinsicht als auch in präventiver Hinsicht enorm. Dies macht einen systemischen Blick hinsichtlich pflegewissenschaftlich orientierter Information, Schulung, Beratung und Anleitung durch eine APN nötig. Die Förderung einer familienorientierten Pflege, und demnach die Verfolgung eines ganzheitlichen Ansatzes, hat in der pädiatrischen Palliativversorgung höchste Priorität. Gleichermäßen muss die Familie im kurativen und palliativen Ansatz unterstützt werden. Die Netzwerkarbeit basiert immer im Sinne der Familie und der Klient*innen und ist somit in ein umfassendes Casemanagement eingebettet.

Im Besonderen gilt der Grundsatz: Klient*innenorientierung ist gleich Angehörigenorientierung

SETTING	Mobile pädiatrische Palliativpflege
AUTOR*INNEN	Sabine Grünberger, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Familie
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Die Bürger*innenorientierung des Fallbeispiels zeigt sich an der zentralen Ausrichtung sämtlicher Angebote am Kind und seiner Familie, im Sinne der familienzentrierten Pflege, unter anderem der Partizipation der Familienmitglieder. Die werteorientierte Haltung der APN, ihr ethisches Handeln (z. B. ethische Fallbesprechung) stechen in beeindruckender Weise hervor.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Lukas (6) hat einen bösartigen Hirntumor – einen alterierenden Mittel-liniengliom mit einer MET-Mutation („MET Proto-Oncogene Receptor Tyrosine Kinase“), einer genetischen Mutation. Weiters leidet er in Folge des Tumors an einer Abduzensparese am rechten Auge und einer Hemiparese rechts. Die Familie lebt im ländlichen Bereich nahe den Bergen in einem Einfamilienhaus mit zwei weiteren Söhnen (18 und 21 Jahre). Der Vater ist bei einem großen Unternehmen beschäftigt und kann sich die Arbeit

	gut einteilen, sodass auch Homeofficetage möglich sind. In unmittelbarer Nähe wohnen die Großeltern. Die Gemeinde ist sehr klein und die Nachbarschaftsbeziehungen sind eher eng. Die Kontaktaufnahme durch die pädiatrische Onkologie in Graz erfolgte bereits Anfang Juni 2023. Das Erstgespräch mit der Mutter erfolgte am 19.06.2023. Lukas bekommt zu diesem Zeitpunkt eine orale Chemotherapie, eine orale Cortisontherapie und Bestrahlungstherapie in der Klinik. Lukas hat einen zweischenkeligen Broviac-Katheter liegen. Im Juli 2023 wurde im MRT eine Befundverbesserung festgestellt, woraufhin die Familie wieder zukunftsorientierte Pläne schmiedete. Dies jedoch immer mit dem Wissen, dass sich wieder alles ändern kann. Im Oktober 2023 kommt es zu einer physischen Verschlechterung des Zustandes. Die Abduzensparese nimmt zu. Dadurch ist der Lidschluss nicht mehr gegeben und der Okklusionsverband muss durchgängig getragen werden. Die Halbseitensymptomatik hat sich verstärkt, und Lukas ist in seinen motorischen Fähigkeiten sehr stark eingeschränkt. Eine neue Therapie aus dem nichteuropäischen Ausland wird über einen Arzt der Klinik in Erwägung gezogen. Dieses ist in Europa noch nicht zugelassen und bedarf hoher finanzieller Ressourcen. Die Hoffnung in dieses Medikament ist einerseits belastend, und andererseits ist die Familie rund um die Beschaffung sehr beschäftigt. Nach Weihnachten 2023 verschlechtert sich der physische Zustand von Lukas vehement. Er leidet unter Appetitmangel, Obstipation und Mundtrockenheit. Lukas ist weitgehend immobil und verlässt das Bett nicht mehr. Fernsehen und Spielen interessieren ihn so gut wie gar nicht, und er stellt die verbale Kommunikation vollständig ein. Eine Dauerinfusion von Flüssigkeit über den Broviac-Katheter mit einer minimalen Flussrate beruhigt die Mutter hinsichtlich des fehlenden Trinkens von Lukas. Die Mundpflege nimmt einen zentralen Stellenwert ein. Der Schmerz-Notfallplan wird genauestens eingehalten, und Besuche zweimal pro Tag machen eine genaue Symptomkontrolle möglich. Vater und Brüder sind ständig anwesend. Die Mutter wird eingeschult, die Medikamente über den Broviac-Katheter zu geben. Ab diesen Zeitpunkt wird der Mutter eine 24-Stundenerreichbarkeit angeboten, welche gerne in Anspruch genommen wird. Die Familie wird hinsichtlich ihrer spirituellen Bedürfnisse bezüglich der kirchlich orientierten Rituale beraten, und die gesamte Großfamilie kommt, um sich zu verabschieden. Hier unterstützt die APN beratend Familienangehörige hinsichtlich Trauer und Sterben.
--	---

	An einem frühen Samstagmorgen verstarb Lukas im Beisein seiner Familie. Die APN ist anwesend, hält sich im Hintergrund und führt die erforderlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung aller ethischen Gesichtspunkte durch. Folgende Maßnahmen im Rahmen der sieben Kernkompetenzen werden durchgeführt: • Ein ausführliches Anamnesegespräch mit Erhebung des pflegerischen Bedarfs wird mit der Mutter und Lukas gemeinsam geführt. Lukas spielt unterdessen mit Fußballkarten. • Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustandes von Lukas im Rahmen des Clinical Assessment. Das Bewegungsmuster wird beobachtet, seine Sehbeeinträchtigung und der Lidschluss beurteilt, anhand der Daten von Gewicht und Körpergröße wird eine Skalenbeurteilung vorgenommen. Eine Auskultation der Lunge wird vorgenommen und Lukas kindgerecht erklärt. Das Abdomen wird kurz abgetastet und Darmgeräusche eruiert. Dies alles passiert mit dem Einverständnis von Lukas, und nur soweit er dies auch toleriert. Im Gespräch mit der Mutter sind keine aktuellen Probleme hinsichtlich Magen-Darmtrakt oder Lunge bekannt. Die Ernährung wird gemeinsam mit der Mutter analysiert, da Lukas aufgrund der Cortison-Einnahme ein ständiges Hungergefühl äußert. Die Stimmungsschwankungen, die aufgrund der Nebenwirkungen der Cortison-Einnahme entstehen, belasten die Familie, vor allem die Mutter sehr (spezialisierte Pflegepraxis). • Erkennen der Bedürfnisse von Lukas und seiner Familie im Hinblick auf die Ressourcen im Rahmen ihrer Kultur und ihrer Spiritualität, angelehnt an das Familienzentrierte Pflegemodell nach Wright & Leahey. Erhebung einer psychosozialen Anamnese und Angebot regelmäßiger Familiengespräche (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). • Es erfolgt eine Erhebung der psychosozialen Anamnese mit Erstellung eines Genogramms bzw. Ökogramms (spezialisierte Pflegepraxis).
PFLEGE-DIAGNOSEN	PF1: Akuter Schmerz (Herdman et al., 2022, S. 622) E: Biologische und physikalische Verletzungsursache (Tumor) S: Veränderte physiologische Parameter, berichtet Schmerzintensität/-charakteristika mit Hilfe einer stand. Schmerzskala (Smiley-Analogskala), Hoffnungslosigkeit, Stellvertreterbericht (Mutter) über Aktivitätsänderungen, Schlafzyklus und über das Schmerzverhalten

	G1: Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping (Herdman et al., 2022, S. 468) Definition: Ein Muster des effektiven Managements von Anpassungsaufgaben einer Bezugsperson (Familienmitglied, Vertrauensperson oder enger Freund), die in die gesundheitlichen Herausforderungen des Klienten einbezogen ist, welches gestärkt werden kann. S: Drückt den Wunsch aus, Empfehlungen anzunehmen, die das Wohlbefinden optimieren. ..., die Gesundheitsförderung zu verbessern. ..., eine bereichernde Lebensweise zu stärken („Genusszeit“) G2: Bereitschaft für ein verbessertes Trauern (insbesondere auf die Mutter bezogen) (Herdman et al., 2022, S. 477) Definition: Ein Muster der Integration einer neuen funktionalen Realität, das nach einem tatsächlichen, erwarteten oder wahrgenommenen signifikanten Verlust entsteht und verstärkt werden kann. S: Drückt den Wunsch aus, Gefühle der Verzweiflung zu verarbeiten, ..., auch positive Gefühle zuzulassen. ..., auch positive Erinnerungen an die verstorbene Person zuzulassen. Nimmt psychotherapeutische Unterstützung an.
PFLEGE- ERGEBNISSE	PF1: Ausmaß von Schmerz (Moorhead et al., 2013, S. 900, 901) Definition: Der Schweregrad von beobachtetem oder geäußertem Schmerz. Indikatoren: Angegebener Schmerz, Dauer der Schmerzepisoden, Stöhnen und Weinen, Unruhe, Agitiertheit, Schwitzen, Schmerzausdruck im Gesicht, Atemfrequenz Ausmaß von Stress (Moorhead et al., 2013, S. 569, 570) Definition: Der Schweregrad erkennbarer körperlicher oder geistiger Anspannung infolge von Faktoren, die ein bestehendes Gleichgewicht verändern. Indikatoren: beschleunigter Radialispuls, beschleunigte Atmung, erweiterte Pupillen, Spannungskopfschmerz, Trockenheit im Mund und Rachen, Unruhe, Schlafstörung G1: z.B. Beteiligung: Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung (Moorhead et al., 2013, S. 639, 640) Wohlbefinden der/des pflegenden Angehörigen (insbesondere Mutter) (Moorhead et al., 2013, S. 990) Definition: Das Ausmaß, in dem die/der pflegende Angehörige den eigenen Gesundheitszustand positiv wahrnimmt. Indikatoren: Physische Gesundheit, Psychische Gesundheit, Ausübung der normalen Rollen, soziale Unterstützung, Erholungsmöglichkeiten, Coping-Fähigkeit

	Coping-Verhalten der Familie (Moorhead et al., 2013, S. 1004, 1005) Definition: Die Handlungen der Familie zur Handhabung von Stressoren, die familiäre Ressourcen strapazieren. Indikatoren: Bezieht Familienmitglieder in die Entscheidungsfindung ein, äußert Gefühle und Emotionen offen unter Familienmitgliedern, nutzt familienzentrierte Strategien des Stressabbaus, legt Prioritäten der Familie fest, sorgt für die Bedürfnisse jedes Familienmitglieds. G2: Würdevolles Sterben (Moorhead et al., 2013, S. 586, 587) Definition: Die persönlichen Handlungen zur Aufrechterhaltung von Kontrolle beim Herannahen des Lebensendes. Indikatoren: Äußert Hoffnung, Beteiligt sich an Entscheidungen über die Pflege/Versorgung, Teilt seine Gefühle bezüglich des Sterbens mit, Behält das Gefühl von Kontrolle über die verbleibende Zeit, Tauscht Zuneigung mit anderen aus, Löst sich allmählich von Bezugspersonen
PFLEGEINTERVENTIONEN	• Beratung der Familienangehörigen im Rahmen der systemorientierten psychosozialen Entlastungsgespräche hinsichtlich „Genusszeit“ mit Lukas und seinen Brüdern. (übergeordnete NIC-Interventionen: Pflege: Sterbende, Anwesend sein, Familienunterstützung) (Bulechek et al., 2016, S. 618; 169, 170; 399, 400) • Nach der Urlaubszeit verschlechtert sich der Zustand von Lukas. Aufgrund motorischer Beeinträchtigungen und eingeschränkter Mobilität ist ein effektives Casemanagement und die Vernetzung zur Sozialen Arbeit hinsichtlich der erweiterten Heilbehelferversorgung notwendig (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). • Regelmäßige Familiengespräche im Sinne des Advanced Care Planning werden aufgrund der belastenden Situation angeboten. (spezialisierte Pflegepraxis) • Ein netzwerkübergreifendes Agieren im Sinne der Familie bezogen auf die Pflege, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz wird in Erwägung gezogen und somit das mobile Kinderpalliativteam – im Besonderen der Arzt – hinzugezogen. Es wird gemeinsam ein Schmerztherapie-Notfallplan erstellt. Dieser beinhaltet aufgelistet Schmerzmittelgaben mit genauen Zeit- und Dosisangaben. Auch Bedarfsmedikamente werden angegeben mit genauer Symptomanzeige. Eine umfassende Symptomkontrolle erfolgt nach genauer Aufklärung und Beratung der Eltern – insbesondere der Mutter. (spezialisierte Pflegepraxis) (NIC-Intervention: Analgetikaverabreichung, Schmerzmanagement) (Bulechek et al., 2016, S. 160, 161; 682-684)

	• Zuhören bei Äußerungen der Trauer, Finden empathischer Worte bezüglich der Trauer, Unterstützen, persönliche Copingstrategien zu erkennen, Ermutigen der Eltern, kulturelle, religiöse und soziale Bräuche hinsichtlich des Verlustes miteinzubeziehen, Ermitteln von Ressourcen gemeindenaher Unterstützung. • Gemeinsam mit dem mobilen Kinderpalliativteam der Klinik und der Klinik in Graz wird eine ethisch basierte Fallbesprechung vorbereitet. (Ethische Entscheidungsfindung) • Seitens der APN wird die Übernahme der Rolle des „Advocacy“ innerhalb der multiprofessionellen Entscheidungsprozessen angeboten. (Ethische Entscheidungsfindung) • Hinsichtlich der Symptomkontrolle und Beachtung des Notfallplanes wird die Mutter hinsichtlich der Förderung ihrer Selbstmanagementkompetenzen beraten und ihr eine psychologische Beratung zur Seite gestellt. Diese wird seitens der Mutter nicht in Anspruch genommen, jedoch unsererseits immer wieder auf die Notwendigkeit im Sinne der Prävention dieser Hilfe hingewiesen. (spezialisierte Pflegepraxis) • Aufgrund der Hoffnung einer oralen Chemotherapie aus dem Ausland, welche keine Zulassung in Europa hat, werden Spenden lukriert und die Familie über ein Netzwerk dabei unterstützt. Dahingehend wird die Familie beratend und im Sinne eines Coachings unterstützt. (Konsultation) • Dieses Coaching basiert im Hinblick auf die Einbeziehung von ethischen Aspekten bei Entscheidungsfindungen. (Ethische Entscheidungsfindung) • Eine bedarfsorientierte Beratung, Schulung und Anleitung der Mutter erfolgt hinsichtlich der Schmerzmittelgabe über den Broviac-Katheter. (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz) • Anpassung der Schmerztherapie und Sedierungstherapie in Abstimmung mit dem diensthabenden Arzt der Klinik auf die individuelle Situation von Lukas im Sterbeprozess. Dadurch erfolgte eine Übernahme der Verantwortung des Krankheitsmanagement, um die Mutter zu entlasten. (spezialisierte Pflegepraxis) • Beratung und Coaching von Familienangehörigen unter Einsatz selbstreflexiver Kompetenzen hinsichtlich Trauer und Sterben. (Konsultation)
--	---

	• Übergabe in eine netzwerkübergreifende familienorientierte Trauerbegleitung (spezialisierte Pflegepraxis) (NIC-Intervention: Trauerarbeitserleichterung) (Bulechek et al., 2016, S. 764, 765)
KOMPLEXITÄT	
Die Entwicklung von APN-Rollen- und Praxisfeldern erscheint wünschenswert und logisch. Der Pflegebereich hat ein hohes Entwicklungspotential mit Pflegeexpert*innen in den unterschiedlichsten Bereichen. Besonders in hochkomplexen Situationen im Rahmen der pädiatrischen Palliative Care, und insbesondere in der End of Life Phase kann eine APN eine entscheidende Rolle einnehmen. Die Rolle des „Advocacy“ für die Familie ist besonders am Lebensende eine bedeutende. Im Rahmen der Partizipation des PEPPA-Frameworks steht die Einbeziehung aller im Sinne der Familie relevanten Stakeholder im Mittelpunkt. Dies erfolgte innerhalb der Betreuung von Lukas mehrfach auf unterschiedlichen interprofessionellen Ebenen. <i>Die hochkomplexe Situation wurde im Rahmen des Übergabegespräches mit der Klinik in Graz von der APN festgestellt. Die APN ist bei MOKI Kärnten installiert und wird bei komplexen Pflegesituationen insbesondere der End of Life Versorgung hinzugezogen, bzw. ihr die Pflege und Betreuung übertragen.</i>	
KLINISCHES LEADERSHIP	
Nach Beendigung der Betreuung und Überleitung in eine professionelle Familientrauerbegleitung erfolgte in Anbetracht der Qualitätssicherung eine eingehende Reflexion der Betreuung, wobei eine Stärken-Schwächenanalyse durchgeführt wurde, um so in zukünftigen Betreuungen eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Eine supervidierte evidenzbasierte Nachbesprechung mit allen Beteiligten ermöglicht eine kooperative weitere Zusammenarbeit mit den wichtigsten Netzwerkpartnern, wie mobiles Kinderpalliativteam und Klinik. Es erfolgt eine innovative und nachhaltig gestaltete Praxisentwicklung gemeinsam im Team im Rahmen einer Fallbesprechung innerhalb des Teammeetings. Aus den Fallbesprechungen konnten Stärken bzw. Ressourcen und Schwächen des Teams eruiert werden. Hieraus entstand der Bedarf eines erweiterten Moduls des Clinical Assessment mit einem Blended Learning Angebot.	
ZUSAMMENARBEIT	
Insbesondere in der pädiatrischen Palliativversorgung und End of Life Versorgung ist hervorzuheben, dass APNs im besonderen Maße die inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, um komplexe Herausforderungen zielorientiert zu bearbeiten. Sie bündeln das Wissen der involvierten Partner*innen und entwickeln gemeinsam mit diesen individuelle, institutionsübergreifende Behandlungs- und Versorgungspläne. Sie erkennen notwendige Prozesse und Strukturen, um die Zusammenarbeit kontinuierlich weiterzuentwickeln. Im Sinne der ethischen Entscheidungsfindung nehmen die APNs eine führende Rolle ein und sind in multiprofessionellen Entscheidungsprozessen involviert.	

Fazit:

All die hier beschriebenen Prozesse sind eingebettet in ein positives, förderndes und wertschätzendes Arbeits- und Organisationsumfeld, um so eine mögliche proaktive Zusammenarbeit über Organisationsgrenzen im Sinne der Familie und der erkrankten Kinder und Jugendlichen zu erreichen und das bestmögliche Pflegeoutcome zu erwirken.

2.2.3 Fallbeispiel einer 83-jährigen Frau mit rezidivierenden Hypoglykämien

SETTING	Diabetic Care Nursing im niedergelassenen Gesundheitsbereich in der Freiberuflichkeit
AUTOR*INNEN	Gabriele Schreib, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Familie, Individuum
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Die APN wurde in diesem Beispiel durch die Ordinationsassistentin des Hausarztes vermittelt. Die Rolle ist im handelnden Umfeld etabliert und bekannt. In weiterer Folge des Versorgungsprozesses übernimmt die APN im Familienumfeld als auch für die Betroffene Verantwortung: Leadership und Fallführung ist gelebte Praxis. Die konsequente Anwendung des Advanced Nursing Process, basierend auf einer wachsenden gegenseitigen Vertrauensbasis, führt zur wiedergewonnenen Selbstständigkeit. Weitere „Kontrollbesuche“ werden von Seiten der Klientin und der Familie nachgefragt. Dem Sicherheitsaspekt wird Rechnung getragen: ein Qualitätsmerkmal der Versorgung, das im ANP-Rahmenkonzept in der „Qualifikation“ abgebildet ist.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Frau M., 83 Jahre, wurde im Krankenhaus wegen schweren, rezidivierenden Hypoglykämien unter zweimal täglich Basalinsulingabe (Insulatard) stationär aufgenommen. Die Blutglukose bei der Aufnahme war 39 mg/dl, der HbA1c 5,7%. Weitere Diagnosen neben Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) sind Polymyalgia rheumatica (Cortison- und Schmerztherapie), Diabetische Polyneuropathie, Diabetische Nephropathie, Carotisstenose bds., St. p. Insult, Depression, Hypothyreose, Hyperlipoproteinämie und Hypertonie. Bekannte Allergien auf Aspirin, Pflaster, Unverträglichkeit auf Tramal. Metformin wurde aufgrund der Verschlechterung der Nierenwerte und Forxiga (SGLT2-Hemmer) wegen eines Harnwegsinfekts (Harnkultur E. coli) abgesetzt. Im Krankenhaus wurde die Patientin auf Semglee (Insulin glargin), Beginn mit 8 Einheiten abends, umgestellt. Prandiales Insulin musste aufgrund von Problemen im Umgang mit der Insulinverabreichung wieder abgesetzt werden. Sie hatte mehrere kurze Schulungseinheiten von den

Kolleginnen der Diabetesambulanz. Aufgrund von Verwirrtheit war es Frau M. schwer möglich, der Schulung zu folgen, und es wurde eine Abklärung bzgl. Demenz eingeleitet. Die Ursache der Verwirrtheit konnte aber hauptsächlich den rezidivierenden Hypoglykämien zugeordnet werden. Für die Betroffene wurde eine Erstverordnung für Freestyle-Libre 2 Sensor (Flash-Glukose-Monitoring) angesucht. Frau M. hat kurz vor der Entlassung bei ihrem Hausarzt angerufen und gefragt, ob es im häuslichen Setting Hilfe für ihr Diabetesmanagement gibt, was wiederum gegen eine Demenz spricht. Die Ordinationsassistentin hat die Betroffene an mich als APN Diabetes Care weiterverwiesen.

Spezialisierte Pflegepraxis:

Erster Hausbesuch (Die Betroffene wohnt mit ihrem Ehemann in einem Haus in einer ländlichen Gegend) erfolgte am Tag der Spitalsentlassung bei Frau M. (83 Jahre) und ihrem Ehemann (86 Jahre). Nach Durchsicht der Unterlagen, einem langen Gespräch und körperlicher Untersuchung (Pflegeanamnese und klinisches Assessment) mit Frau M. und ihrem Mann konnte ich eine erste Übersicht über die Bedarfe und die Pflegediagnosen erstellen, Ressourcen identifizieren und die notwendigen Interventionen einleiten (Pflegeprozess/Dokumentation).

Pflegeanamnese und klinisches Assessment:

In der Pflegeanamnese/Assessment wurden die persönlichen und medizinischen Daten, die ärztliche Betreuung, die aktuellen Laborbefunde und weitere relevante Befunde aufgenommen. Vertieft wurde auf das aktuelle Problem – die Hauptbeschwerde – eingegangen und mit der Diabetes-Pflegeanamnese abgeklärt.

Die körperliche Untersuchung der Spritzstellen, Größe, Gewicht und Bauchumfang sowie die Kontrolle/Überwachung der Blutdruck- und Blutzuckermessung. Kontrolle und Hilfestellung der Insulinverabreichung.

Anmerkung: Im ärztlichen Entlassungsbrief wurde der Versuch einer Basis-Bolus-Therapie mit Humalog und Semglee nicht erwähnt, auch nicht die Abklärung einer fraglichen Demenz. Diese Informationen stammen von den Kolleginnen in der Diabetesambulanz. Ein pflegerischer Entlassungsbrief wurde den Entlassungspapieren nicht beigelegt. Über eine Betreuung zuhause durch die mobile Pflege wurde im Krankenhaus ebenfalls nicht gesprochen. Laborbefunde waren den Entlassungspapieren beigelegt. Schulungsunterlagen bzgl. Diabetes mellitus Typ 2, Ernährung, Insulin, Insulininjektion mittels Pen und Hypoglykämie wurden der Patientin ausgehändigt. Mehrere kurze Schulungssequenzen wurden durch die Diabetesberaterinnen der Diabetesambulanz durchgeführt.

PFLEGE- DIAGNOSEN	G1: Bereitschaft für eine verbesserte Selbstversorgung (Herdman et al., 2022, S. 363) Definition: Ein Muster der Ausübung von selbstbezogenen Aktivitäten zum Erreichen von gesundheitsbezogenen Zielen, welches gestärkt werden kann. R1: Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (Herdman et al., 2022, S. 273) Definition: Anfälligkeit für eine Abweichung des Blutglukosespiegels vom Normbereich, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. G2: Bereitschaft für verbessertes Wissen (Herdman et al., 2022, S. 375) Definition: Ein Muster der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Aneignung, welches gestärkt werden kann. Ressourcen: 1. Ablauf der Blutzuckerselbstmessung, wenn das Gerät und die Materialien vorbereitet sind (durch den Ehemann), beherrscht die Patientin alleine sehr gut. 2. Ablauf der Insulininjektion, wenn die verordnete Insulindosis eingestellt ist (durch den Ehemann), kann die Patientin selbstständig durchführen. 3. Hilfe durch den Ehemann bei der Durchführung entsprechender Maßnahmen und der Mahlzeitenzubereitung. 4. Frau M. möchte unbedingt das Selbstmanagement weitestgehend wieder übernehmen. 5. Die Patientin und ihr Mann sind an weiteren Schulungen interessiert.
PFLEGE- ERGEBNISSE	G1: Selbstversorgungsstatus (Moorhead et al., 2013, S. 367) Definition: Die Fähigkeit zur Durchführung grundlegender Aktivitäten der Selbstversorgung und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Persönliche Autonomie (Moorhead et al., 2013, S. 900, 901) Definition: Die persönlichen Handlungen eines geschäftsfähigen Individuums, um Kontrolle über Lebensentscheidungen auszuüben. Ggf. weitere wie: Compliance-Verhalten: verordnete Medikation, Persönliches Wohlbefinden (Moorhead et al., 2013, S. 677-679, 871) R1: Selbstmanagement bei Diabetes (Moorhead et al., 2013, S. 665-668) Definition: Die persönlichen Handlungen im Umgang mit einem Diabetes mellitus, seiner Behandlung und dem Verhindern seines Fortschreitens. Wissen: Leben mit Diabetes (Moorhead et al., 2013, S. 757-759) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf Diabetes mellitus, seine Behandlung und die Prävention von Komplikationen.

	Ggf. weitere wie: Ernährungsstatus, Gesundheitsförderndes Verhalten, Wissen: Medikation, Blutzuckerspiegel (Moorhead et al., 2013, S. 488, 633, 731-733, 506) G2: Wissen: Krankheitsprozess (Moorhead et al., 2013, S. 724, 725) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf einen bestimmten Krankheitsprozess und die Prävention von Komplikationen. Klientenzufriedenheit: Edukation (Moorhead et al., 2013, S. 943-945) Definition: Das Ausmaß positiver Wahrnehmung von Instruktionen des Pflegepersonals, die Wissen über, Verstehen von und Beteiligung an Pflege verbessern sollen. Ggf. weitere wie: Wissen: Gesundheitsverhalten, Wissen: Schmerzmanagement, Konzentration, Informationsverarbeitung, Motivation (Moorhead et al., 2013, S. 728, 729, 810-812, 452, 456, 563, 564)
PFLEGEINTERVENTIONEN	Die Besprechung beim Hausarzt am nächsten Tag erfolgte mit der Patientin, ihrem Mann und mir. Die Therapie wurde an die Bedarfe zuhause adaptiert, und gemeinsam mit Frau M. wurden Ziele festgelegt. Während der Betreuungszeit wurden zusätzliche Gesundheitsprofessionals zugezogen, wie die mobile Hauskrankenpflege, das Wundmanagement (Wunde an der Ferse, aufgrund von schlechtem Schuhwerk) und der Physiotherapie. Bei der Aufnahme durch den mobilen Dienst war ich als APN anwesend und konnte gemeinsam mit Fr. M. die Bedarfe besprechen. Termine bei einer Internistin, einer Neurologin sowie in einer Schmerzambulanz wurden von mir vereinbart (Klinisches Leadership). Die erste Woche nach dem Klinikaufenthalt verbesserte sich ihr Allgemeinzustand nicht. Fr. M. gab an, dass sie unter ständiger Übelkeit und Erschöpfung litt. Nach Durchsicht der gesamten Patientenunterlagen aus den vorangegangenen Krankenhausaufenthalten bin ich auf eine Überempfindlichkeit gegen Novalgin gestoßen, die offenbar an den behandelnden Hausarzt nicht weitergeleitet wurde. Nach sofortiger Rücksprache mit dem Hausarzt wurde die Schmerztherapie adaptiert, und der Allgemeinzustand der Betroffenen verbesserte sich zunehmend. Das Basalinsulin war nicht ausreichend, deshalb musste mit prandialem Insulin begonnen werden, dies konnte durch häufige, kurze Mikroschulungseinheiten über Penanwendung und einer Hypoglykämie-Schulung, unter Einbindung des Ehemannes, erfolgreich umgesetzt werden (zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). Blutglukoseschwankungen waren hauptsächlich schmerzbedingt zu erklären. Nach Rücksprache mit Frau und Herrn M. und dem

	behandelnden Hausarzt wurde eine neuerliche Kontrolle in der Schmerzambulanz vereinbart. Die Adaptierung der Therapie, angepasst an die diabetische Nephropathie, wurde eingeleitet. Eine Abklärung in der rheumatologischen Ambulanz bzgl. der Diagnose Polymyalgia rheumatika (PMR) vs. Differentialdiagnose Fibromyalgie wurde vereinbart, da der behandelnde Arzt die PMR bereits in Frage gestellt hat. Bei Vorliegen einer Fibromyalgie kann die Cortisontherapie ausgeschlichen und abgesetzt und die medikamentöse Therapie angepasst werden. Die Absetzung der Cortisontherapie würde sich positiv auf das Diabetesmanagement auswirken. In der Einschulungsphase auf die eigenständige Anwendung der Insulintherapie war ich als APN täglich bei der Familie zuhause, um die selbständige Verabreichung zu kontrollieren. Anfangs bereiteten Frau M. das prandiale Insulinschema und die Titrationskarte für das Basalinsulin Probleme in der Umsetzung der Insulinverabreichung. Dies war jedoch kein Verständnisproblem, sondern der Verschlechterung der Sehkraft zuzuordnen. Durch die Vergrößerung des Insulinschemas und der Titrationskarte war diese Problematik behoben, und es wurde eine Kontrolle bei ihrem Augenarzt vereinbart. Schulungsinhalte waren, wie oben erwähnt, die Anwendung der Insulinpens, die Hypoglykämieschulung, eine Fußschulung im Hinblick auf die Hautkontrolle, die Hautpflege und das Schuhwerk. Weitere Inhalte waren die Einnahme der verordneten Medikamente und was dabei zu beachten ist, die Blutglukoseselbstmessung und die gesunde Ernährung. Während der gesamten Betreuungszeit gab es enge Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, mobiler Pflege und mir. Frau M. betonte, dass ihre Lebensqualität deutlich gestiegen sei. Sie äußerte, dass sie nach der Spitalsentlassung überfordert war und ihre Selbstständigkeit verloren hatte, was sie psychisch sehr belastete. (Hodek & Bahrmann, 2014; Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024; Doenges et al., 2018)
KOMPLEXITÄT	
Durch die Komplexität des Falles ist die Expertise einer APN sinnvoll und unterscheidet sich hier vom Aufgabenfeld der DGKP. Die Betroffene leidet an mehreren chronischen Erkrankungen und bereits an Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Aus diesem Grund mussten die Maßnahmen und Interventionen priorisiert und laufend evaluiert sowie neu bewertet werden. Durch die direkte Beteiligung an der Versorgung der Betroffenen integriert die APN als spezialisierte Praktikerin fortgeschrittenes theoretisches Wissen in die Pflegepraxis. Die APN mit ihrer vertieften und erweiterten Pflegepraxis übernimmt das Management und die Einbindung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe sowie die Absprache mit dem Hausarzt, welche fachärztlichen Kontrollen sinnvoll und zielführend sind. Sie ist erste Vertrauens- und Ansprechperson für Klient*innen, identifiziert Ressourcen,	

setzt Prioritäten, stärkt und fördert die Selbstmanagementkompetenzen der Betroffenen und sucht gemeinsam mit den Klient*innen nach Zielen und Lösungen, auch um die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu steigern. Die Qualifikationsanforderungen der APN in der Praxis sind u. a. gekennzeichnet durch die Wirkungsorientierung – in diesem Fall sind es die positiven Auswirkungen und Ergebnisse durch die Versorgung und Betreuung der APN. Beispiele sind die Ausführung der Qualitätskriterien, wie die Befähigung zum Selbstmanagement und die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen, die Anwendung des erweiterten und vertieften Pflegeprozesses sowie der Fachkompetenz (Advanced Nursing Process) mit dem klinischen Assessment, Guidelines, usw. Weiters nimmt die Beziehungs- und Vertrauensarbeit in der Tätigkeit als APN einen sehr hohen Stellenwert ein (Beispiel Gesundheitsförderung und Prävention).

(Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024)

KLINISCHES LEADERSHIP

Neben der spezialisierten Pflegepraxis und der damit verbundenen Übernahme der Steuerung des Managements bei Betroffenen von Diabetes mellitus Typ 2 und den Begleiterkrankungen und sonstigen Erkrankungen der Klient*innen ist auch die Fachexpertise von Bedeutung. Die APN arbeitet nach dem aktuellen, evidenzbasierten Stand der Forschung, sie gibt ihr Wissen an den Primärkund*innen sowie an ihre Kolleg*innen der Pflege und an andere Gesundheitsberufe weiter.

Die APN trägt eine hohe Verantwortung durch die Übernahme der Expert*innenrolle und des klinischen Leaderships – der Fach/Fallführung mit den dafür notwendigen Kompetenzen. Autonomie und Eigeninitiative sind für die Versorgung und Betreuung von Betroffenen unumgänglich. Die Tätigkeit der APN mit all ihren Aufgaben und Kompetenzen muss vor allem in der Freiberuflichkeit sichtbar gemacht werden.

(Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024)

ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Pflege, anderen Gesundheitsberufen und Mediziner*innen ist in der freiberuflichen Pflege eine Herausforderung. Es bedarf der Bildung und auch der „Pflege“ eines Netzwerkes. Die Kolleg*innen in den umliegenden Diabetesambulanzen und der mobilen Pflege sind meist die ersten Anlaufstellen. Von medizinischer Seite sind die Hausärzt*innen der Klient*innen erste Ansprechpartner*innen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit im extramuralen Bereich ist für die Betreuung der Klient*innen zwingend notwendig und erfordert eine konsequente Netzwerkarbeit.

Im vorliegenden Fallbeispiel war die Zusammenarbeit mit der Diabetesambulanz von Bedeutung. Die Kolleginnen der Diabetesambulanz waren die einzige Informationsquelle, da die pflegerische Dokumentation in den Entlassungspapieren nicht beigelegt war. Für die Versorgung der Wunde wurde das Wundmanagement eingeschaltet, und die Physiotherapie für die Mobilisation.

Von mir als APN wurden das komplette Diabetesmanagement inklusive Schulung der Betroffenen und der Angehörigen, Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten, Ressourcenaktivierung (usw.) übernommen, die Abklärung bzgl. Demenz bei der Neurologin, die

Adaptierung der Diabetestherapie bei der Internistin und dem Hausarzt, die Adaptierung der Schmerztherapie in der Schmerzambulanz und beim Hausarzt sowie die Abklärung Polymyalgie vs. Fibromyalgie in der Rheumaambulanz, und insgesamt eine Verbesserung im Diabetesmanagement. Gleichzeitig zählte die Koordination zwischen den Gesundheitsberufen zu meinen Aufgaben. Die Rolle der APN Diabetes Care geht hierbei über das Krankheitsbild Diabetes mellitus hinaus, wobei die genannten Zusatzerkrankungen ebenfalls in die Kompetenzen durch die erweiterte und vertiefte Pflegepraxis sowie der Erlangung und Erweiterung von Fachwissen inkludiert sind.

Fazit:

Durch meine Beratung und Schulung sowie die Unterstützung ihres Mannes konnte Frau M. in kleinen Schritten ihre Selbstständigkeit zurückgewinnen und das Management ihrer Erkrankung weitgehend wieder übernehmen. Frau M. kocht mittlerweile wieder selbst und führt mit Hilfe eines Rollators auch leichte Hausarbeit durch. Sie möchte trotz wiedergewonnener Selbstständigkeit nicht auf meine Beratung und Schulung verzichten, auch aus Angst vor Hypoglykämien, obwohl seit der Entlassung aus dem Krankenhaus keine Unterzuckerungen aufgetreten sind. Die Patientin fühlt sich sicherer, wenn ich ihr Diabetesmanagement weiterhin kontrolliere und mit ihr und ihrem Mann bespreche sowie mögliche notwendige Interventionen in die Wege leite. Aus diesem Grund führe ich in regelmäßigen Abständen weiterhin Hausbesuche durch.

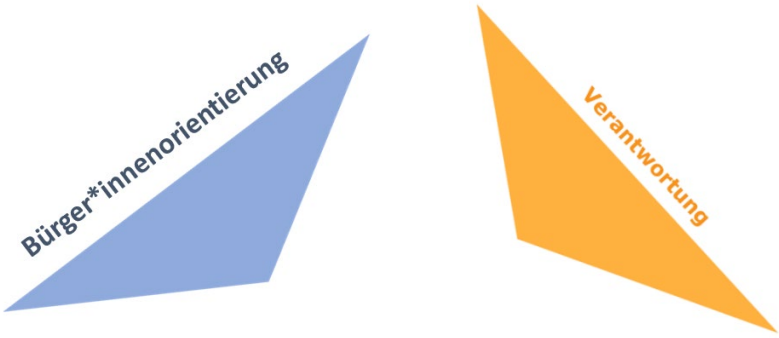
2.3 ANP-Fallbeispiele Gemeinde



Gemeinde

([beastfromeast](#), 1096171442)

2.3.1 Fallbeispiel Frau Isolde Neumüller

SETTING	Gemeindepflege – Community Nursing
AUTOR*INNEN	Magdalena Fischill-Neudeck, Tina Kubesch, Melitta Horak & Claudia Leoni-Scheiber
EBENE	Gemeinde
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Die APN in der Rolle der Community Nurse (CN) orientiert sich an den Bedürfnissen von Frau Neumüller im Kontext ihrer familiären und gemeindenahen Umgebung. Sie sucht nach Ressourcen und lotet multiprofessionelle, ehrenamtliche, integrierte Versorgungsoptionen für krankheitsbezogene, psychosoziale und spirituelle Bedarfe aus und übernimmt damit umfassend Verantwortung.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Alle in der Folge als „Cues“ erkannte relevante, mehrfach in Zusammenhang stehende Zeichen und Symptome sind fett markiert. Frau Isolde Neumüller (82 Jahre) hat in der Gemeindezeitung einen Artikel von der <i>Gesundheitspflege Thalgau</i> gelesen. Sie meldet sich daraufhin bei der Community Nurse, um über ihre Gesundheit zu sprechen und sich zu erkundigen, was sie tun kann, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern. Beim ersten Hausbesuch öffnet sie die Türe und fängt sofort an zu erzählen, dass sie die Wassereinlagerungen in beiden Unterschenkeln und ihre Schlaflosigkeit nachts am meisten belasten. Sie berichtet, dass sie vor einigen Wochen auch eine offene Wunde am linken Unterschenkel hatte, diese aber wieder abgeheilt sei. Seither machen ihr die dicken Beine sehr viel Angst, meint sie am Weg zum Küchentisch. Die Spannung in den Unterschenkeln schmerzt sie, das Gehen ist anstrengend. Dem letzten Entlassungsbrief, der am Tisch bereit liegt, wird entnommen, dass ihre aktuelle Hauptdiagnose lautet: „Chronische Herzinsuffizienz (NYHA IV)“. Frau Neumüller erzählt, dass sie früher Sekretärin bei einem Notar war. Sie lebt seit 45 Jahren mit ihrem 92-jährigen Mann zusammen. Ihr Ehemann, Clemens Neumüller, war

	Cellist mit Anstellung in einem Landestheater. Sie leben in ihrem großen, nicht barrierefreien Haus in einer ländlichen, entlegenen Gegend in Thalgau im Bundesland Salzburg. Frau Isolde Neumüller berichtet, dass sie die letzten Monate regelmäßig ins Krankenhaus gekommen ist, weil sie entweder Atemnot hatte oder ihr Blutzucker entgleist ist – sie hat seit Jahren auch einen Diabetes mellitus (Typ 2) diagnostiziert. Frau Neumüller wirkt beim Hausbesuch in allen Dimensionen orientiert, sie ist mit einem Rollator im Wohnbereich unterwegs und hat aktuell Pflegestufe 1. Sie erklärt, dass es ihr nach den Krankenhausaufenthalten immer einige Tage sehr gut gehe – sie hält ihr Zielgewicht (77 kg) und nimmt die Medikamente wie verordnet. Zusehens verschlechtert sich ihre Situation aber dann wiederkehrend. Sie beschreibt, dass sie täglich gegen 09:00 Uhr aufsteht, ihre Medikamente, die neben ihrem Bett stehen, mit einem Glas Wasser nimmt und sie sich ihr Langzeitinsulin spritzt. Sie meint, dass sie eigentlich immer schon von 04:00 Uhr nachts weg wach im Bett liegt und sich Sorgen macht, wie sie den Tag überstehen soll. Sie erzählt dann, dass sie sich neben dem Bett anzieht – meist ziehe sie nur einen Bademantel über ihr Nachtkleid an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an. Sie führt weiter aus, dass sie mit dem Rollator in die Küche geht. Dort richtet sie für ihren Mann und sich das Frühstück am Esstisch in der Küche her. Das Frühstück essen sie gemeinsam (täglich 2 Stück Gebäck mit Butter und Marmelade, oder Honig) – sie trinkt dazu vier Tassen Kaffee. Sie hält fest, dass ihr Mann den Frühstückstisch immer abräumt. Nach dem Frühstück muss sie sich im Wohnzimmer auf das Sofa legen um zu rasten, weil ihr einfach alles zu anstrengend sei, meint sie. Da das Sofa aber so kurz ist, kann sie die Beine nicht hochlegen und den Oberkörper muss sie immer mit drei bis vier Polster hochlagern, weil sie sonst das Gefühl hat zu ersticken, beschreibt sie und seufzt „die Situation ist sehr frustrierend für mich“. Sie erklärt, dass sie eine Kanne grünen Tee trinkt und ein paar ihrer Lieblingszuckerl, die das Atmen erleichtern sollen, nascht. Das Rasten wird durch mindestens drei Toilettenbesuche aufgrund des starken Harndrangs unterbrochen, ergänzt sie. Gegen 13:00 Uhr, so Frau Neumüller, steht sie dann erneut auf und wärmt eine Tiefkühlkost auf, bzw. nimmt sie ihre Mittagsmedikation. Das Mittagessen isst sie dann erneut mit ihrem Mann im Esszimmer nebenan, meint sie. Ihr Mann ist zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen täglich mit seinen Erledigungen (Einkäufe für sein Cello,
--	--

	ehemalige Musikerkollegen besuchen, dienstagsvormittags Schachklub, usw.) beschäftigt, erzählt Frau Neumüller. Auf die Frage wie sie ihre Nachmittage gestaltet, meint Frau Neumüller, dass sie vorm Fernseher im Wohnzimmer sitzt und ihre Lieblingssendungen schaut, oder in der Laube im Garten sitzt. Dort sitze sie aber nicht wirklich gerne, meint sie, weil sie von dort sehe, wie viel Arbeit eigentlich im Garten zu tun wäre, die sie aber unmöglich schaffen kann. Nachmittags spielt ihr Ehemann immer über mehrere Stunden Cello in seinem Arbeitszimmer. Dabei darf sie ihn keinesfalls stören, erzählt sie. Frau Neumüller sagt, dass sie sich gegen 17:00 Uhr dann erneut in die Küche schleppt und sich Abendessen macht – meistens eine Jause, oder einen Grießbrei, oder ein Kompott. Ihr Mann esse nie abends mit ihr, betont sie. Nach dem Abendessen gehe sie dann ins Badezimmer und versuche sich dort mit Katzenwäsche auf einem Hocker sitzend neben dem Waschbecken zu reinigen, schildert sie. Duschen traute sie sich in der Badewanne nicht mehr, weil sie Angst hat zu stürzen, berichtet sie. Sie führt aus, dass ihre Einlage am Abend oft schon voll sei, obwohl sie so oft aufs Klo gehen müsse und es nicht spüre, dass Harn abgehe. Um 20:00 Uhr, so Frau Neumüller, gehe sie dann ins Bett. Sie liest noch ein paar Zeilen aus einem Buch, oder schaut ein YouTube-Video auf ihrem Smartphone, meint sie. Sie sei früher eine Leseratte gewesen, aber mittlerweile sehe sie schon so schlecht, dass sie die Lesezeit begrenzen muss, um nicht starke Kopfschmerzen zu bekommen, weil sie das Lesen so anstrengt, ergänzt sie. Sie erzählt weiter, dass sie die Schlaftablette, die sie um 21:00 Uhr nimmt, rasch einschlafen lässt, aber sie wache spätestens kurz nach Mitternacht das erste Mal wieder auf. Sie sagt, dass ihr Mann in einem Bett im Arbeitszimmer schläft – das tue er schon seit Jahren – weil er behauptet, dass sie sich zu viel bewegt beim Schlafen und er deshalb nicht schlafen könne. Aus der Informationssammlung ergibt sich bei weiteren Hausbesuchen, dass Herr und Frau Neumüller einen gemeinsamen Sohn haben: David Neumüller (54 Jahre). Er lebt mit seiner Frau Helene (43 Jahre) und den beiden Kindern Lina (12 Jahre) und Paul (8 Jahre) 150 km entfernt in einer größeren Stadt. David Neumüller ist Physiotherapeut in einem Krankenhaus, und seine Frau ist IT-Technikerin bei einem Zeitungsverleger. David besucht seine Eltern immer nach den Krankenhausaufenthalten seiner Mutter und empfindet die Lebenssituation seiner Eltern stabil. Die Schwiegertochter ruft die Schwiegermutter jeden Donnerstagabend um 18:30 Uhr an – bei den wöchentlichen Telefonaten erzählt sie von den Enkelkindern. Dieser Fixtermin freut Frau Isolde Neumüller immer sehr.
--	---

Weiters zeigt sich im Verlauf der Begleitung, dass es Frau Neumüllers **Tochter** Ruth Neumüller (64 Jahre), aus einer Beziehung vor ihrem Ehemann Clemens, gibt. Sie wohnt in der Nähe (5 km entfernt). Sie ist geschieden und beruflich als selbständige Architektin sehr eingespannt. Sie leidet sehr darunter, dass sich ihre Mutter wiederkehrend in einem schlechten Gesundheitszustand befindet, und empfindet die Situation, anders als ihr Bruder, als instabil. Sie will, dass es der Mutter besser geht, aber weiß nicht, wie sie helfen kann. Jeden Dienstag geht sie für die Eltern einkaufen und bringt die Lebensmittel und Einkäufe dann entweder am Dienstagabend oder Mittwoch in der Früh vorbei. Sehr häufig verschiebt sich der fixierte Termin aber kurzfristig, weil sie wichtige, berufliche Termine wahrnehmen muss. Das „Umorganisieren“ ist für alle sehr mühsam. Zum Stiefvater hat sie ein angespanntes Verhältnis, weil sie immer das Gefühl hatte, dass der Stiefbruder mehr geliebt wurde als sie. Immer wenn sie auf Besuch kommt, verlässt der Stiefvater das Haus – meistens fährt er mit dem eigenen Auto zum **nächstgelegenen Nachbarn**, Helmut Stögmüller, einem verwitweten Neurologen, mit dem er dann mehrere Gläser Rotwein trinkt und über Opern diskutiert.

Montags kommt gegen 10:00 Uhr **Frau Zanzic**. Sie putzt für das Ehepaar Neumüller die Wohnung und wäscht die Wäsche, hängt sie im Keller auf und bügelt die Wäsche, die sie eine Woche zuvor gewaschen hat. Frau Neumüller und Frau Zanzic kennen sich von früher, sie haben beide für den gleichen Notar gearbeitet. Frau Neumüller freut sich immer, wenn Frau Zanzic nach der **Reinigung** noch ein bisschen bei ihr sitzt und sie über alte Zeiten reden können.

Frau Neumüller hat auch eine langjährige **Freundin, Susanne Klausner**. Leider ist diese vor einigen Jahren an Demenz erkrankt und lebt mittlerweile im örtlichen Seniorenheim. Besuche sind für Frau Neumüller selbständig unmöglich und einem Gespräch über das Telefon kann Frau Klausner nicht lange folgen.

Problemfelder	Ressourcen
- Fehlender Plan, den gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren, zu verbessern - Keine Information über mögliche Unterstützungsangebote und Überforderung, diese zu organisieren. - Fehlende soziale Kontakte	- Motiviert, ihre Situation zu verbessern (Kontaktaufnahme) - Kognitive Voraussetzungen, Informationen zu verstehen und in Begleitung Lösungswege zu beschreiten. - Ehemann, Sohn, Tochter, Reinigungskraft

PFLEGE- DIAGNOSEN	Nachfolgend wird diese Fallsituation anhand der zu höchst priorisierenden NANDA-I Pflegediagnose mit Planung von Doenges-Zielen und -Interventionen inkl. möglichen verlinkten NOC-Pflegeergebnissen und NIC-Pflegeinterventionen dargestellt. Die Pflegediagnose lässt sich von den relevanten Reaktionen, Daten und Informationen ableiten. Damit soll gezeigt werden, inwiefern sich die in der Praxis durchgeführten Interventionen der CN mit den evidenzbasierten Ausführungen der Abbildung der Pflegediagnose, Zielen und Interventionen in Doenges et al. (2018) bzw. mit Hilfe von NOC und NIC abbilden lassen. Die Inhalte wurden ausgehend von der Fallbeschreibung und Einholung von zusätzlichen Informationen ausformuliert. In verstärkter Schrift zeigen sich nachfolgend immer die Angaben, die von Doenges et al. (2018) übernommen worden sind und darunter finden sich ohne Verstärkung die Inhalte, die von den CN's in der Praxis durchgeführt wurden. G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238) Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann. S: Drückt den Wunsch aus, die Alltagsentscheidungen zu verbessern, um Gesundheitsziele zu erreichen; ..., das Therapieregime besser in den Alltag zu integrieren; ..., das Management von Krankheitszeichen/Symptomen zu verbessern; ..., die Akzeptanz der Erkrankung zu verbessern. Spezifiziert: Die Klientin meldet sich bei der CN, um über ihre Gesundheit zu sprechen und sich zu erkundigen, was sie tun kann, um ihre Situation zu verbessern. Das bedeutet auch, dass die Klientin die Bereitschaft hat, ihre Situation verbessern zu wollen.
PFLEGE- ERGEBNISSE	G1: Wissen: Leben mit einem Herzleiden (Moorhead et al., 2013, S. 775-777) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf das Herzleiden, seine Behandlung und die Prävention von Komplikationen. Indikatoren: Zeichen und Symptome einer sich verschlechternden Erkrankung, Vorteile des Krankheitsmanagements, Methoden zur Verringerung von Risikofaktoren der Behandlung, Rolle pflegender Angehöriger im Behandlungsplan, Strategien zur Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Empfohlenes Aktivitätsniveau.

	Symptomkontrolle (Moorhead et al., 2013, S. 643) Definition: Die persönlichen Handlungen zur Minimierung wahrgenommener ungünstiger Veränderungen des physischen und emotionalen Funktionierens. Indikatoren: Erkennt das Einsetzen von Symptomen, Überwacht den Schweregrad von Symptomen, Setzt Präventionsmaßnahmen ein, Verwendet ein Tagebuch zur zeitlichen Überwachung von Symptomen. Ggf. weitere wie: Adhärenzverhalten, Beteiligung: Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung, Beteiligung der Familie an der professionellen Versorgung, Klientenzufriedenheit: Case-Management (Moorhead et al., 2013, S. 627, 628, 639, 640, 1014, 851-953) Doenges-Ziele (Doenges et al., 2018, S. 424): Nahziel: • Die Klientin kann die ursächlichen Faktoren ihrer Erkrankungen und deren Symptome benennen. • Die Klientin benennt Maßnahmen, um die Risikofaktoren in Bezug auf die Entstehung der Ödeme im Zusammenhang mit der Erkrankung zu minimieren. • Die Klientin wendet die benannten Maßnahmen zur Reduktion der Entstehung von Ödemen ohne Unterstützung der CN an. • Die Klientin äußert, dass sich das Gefühl der Atemnot in Ruhe und bei Bewegung minimiert hat. Fernziel: • Die Klientin berichtet, dass sich ihre Schlafqualität hinsichtlich Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund der Beschwerden und Sorgen verbessert haben. • Die Klientin kann Ressourcen in ihrem Umfeld, die sie in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen können, benennen. • Die Klientin äußert, dass sie bereit ist, Verantwortung für das Management ihrer Erkrankungen zu übernehmen. <i>(Die Pflegeziele sind exemplarisch angeführt, weiterreichende/fortführende Ziele werden im weiteren Verlauf der Begleitung formuliert.)</i>
PFLEGEINTERVENTIONEN	Pflegemaßnahmen nach Doenges et al. (2018, S. 424, 425), zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert. 1. Pflegepriorität: Feststellen der Motivation für kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation 1.1 Feststellen der Überzeugungen der Klientin in Bezug auf ihre Fähigkeit, ihre Gesundheit zu bewahren • Sie erkundigt sich, möchte etwas zur Verbesserung tun, geht bei Verschlechterung immer wieder ins Krankenhaus, nimmt ihre Medikamente wie verordnet.

	1.2 Feststellen des gegenwärtigen Gesundheitszustandes der Klientin und Wahrnehmung potenzieller Bedrohungen der Gesundheit • War in den letzten Monaten immer wieder im Krankenhaus, wegen Atemnot oder Blutzuckerentgleisung, es geht ihr danach gut, aber nach ein paar Tagen zuhause tritt immer wieder Verschlechterung ein. • Bei der Aufnahme IST-Analyse: Wassereinlagerungen in beiden Unterschenkeln, das beeinflusst ihre Schlaflosigkeit nachts am meisten, Spannung in den Unterschenkeln schmerzt sie, das Gehen ist anstrengend. • Zieht sich frühmorgens nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an. • Nach dem gemeinsamen Frühstück mit ihrem Mann muss sie sich ins Wohnzimmer auf das Sofa legen, weil ihr alles zu viel ist. Kann aber Beine nicht hochlegen, da das Sofa zu kurz ist. Den Oberkörper muss sie mit drei bis vier Polster hochlagern, weil sie sonst das Gefühl hat zu ersticken. 1.3 Verifizieren, wie viel die Klientin über das Therapieschema weiß und inwieweit sie es versteht • Grundsätzliches Wissen über Medikamente, aber fehlendes Wissen über Folgen der Nichteinnahme, fehlendes Wissen über Symptom-management hinsichtlich ihrer Erkrankungen, geringes Wissen über Unterstützungsangebote im Gesundheitssystem. 1.4 Feststellen der Quellen, deren sich die Klientin bei der Suche nach Gesundheitsinformationen bedient und was mit den Informationen geschieht • Entlassungsbrief mit Diagnose Chronische Herzinsuffizienz als Brief an den Hausarzt wurde beim Erstbesuch vorgefunden, aber die Klientin konnte über keinerlei Gesundheitsinformationen berichten, die ihr helfen konnten, zuhause zurecht zu kommen. 1.5 Aktives Zuhören bei Sorgen, um Probleme im Hintergrund (physische oder emotionale Stressoren, äußere Faktoren etc.) zu ermitteln • vor ein paar Wochen offene Wunde, die aber abgeheilt ist, aber seitdem machen ihr die dicken Beine sehr viel Angst. • Liegt nachts ab ca. 4:00 wach und macht sich Sorgen, wie sie den Tag überstehen kann. Zieht sich neben dem Bett dann nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an. • Fr. N. beschreibt ihre Situation als sehr frustrierend. • Konflikt zwischen Tochter und Stiefvater, wahrnehmbare emotionale Distanziertheit des Ehepartners.
--	--

	1.6 Feststellen, der zurzeit genutzten Ressourcen, um festzustellen, ob sich etwas verändern lässt • Fr. N. ist mit dem Rollator im Haus unterwegs. • Hat aktuell Pflegegeldstufe 1. • Richtet für sich und ihren Mann, das Frühstück am Esstisch her, Frühstück essen sie gemeinsam (2 Stk. Gebäck mit Butter, Marmelade oder Honig) und trinkt 4 Tassen Kaffee dazu. Ihr Mann räumt den Frühstückstisch ab. • Kann gut mit dem Smartphone umgehen, kann z.B. Videos über Therapieschemata abrufen. • Reinigungskraft unterstützt im Haushalt, haben beim selben Notar gearbeitet, dadurch vertrauter Austausch möglich. • Telefonat mit Enkelkindern – Klientin äußert, dass es ihr viel Kraft gibt. • Der Stolz auf ihre zwei Kinder, die trotz Herausforderungen immer für sie da sind. • Sie kann Inhalte verstehen und Zusammenhänge erkennen, sie ist in der Lage, über Telefon Inhalte bewusst wahrzunehmen und zu verstehen. 2. Pflegepriorität: Unterstützen der Klientin (der Bezugspersonen) beim Erstellen eines Plans zur Erfüllung individueller Bedürfnisse 2.1 Anerkennen der Stärken der Klientin im gegenwärtigen Gesundheits-management und Aufbauen darauf beim Planen für die Zukunft • Ist kognitiv sehr gut in der Lage, Wissensinhalte aufzunehmen und zu verarbeiten. 2.2 Ermitteln notwendiger Schritte zur Erreichung der angestrebten Gesundheitsziele • Anfangs Übernahme der Medikamentenorganisation durch CN; dann Übernahme der Bestellung durch Sohn; Tochter holte die Medikamente ab, funktionierte nicht ausreichend, danach wollte es Klientin übernehmen. Aktueller Stand: Übernahme der Bestellung durch die Klientin selbst, Abholung nach wie vor von der Tochter, da die Apotheke weiter weg ist. • Organisation von Verordnungen für Kompressionsverband, Zusammenarbeit mit Bandagisten, Abmessung des Beinumfangs – Wissensvermittlung hinsichtlich der Bedeutung der Messung des Beinumfangs über den Verlauf des Tages, Sensibilisierung hinsichtlich Abweichungen von der Norm, Befähigung zur Selbsttestung durch Fingerdruck, Schulung vor ORT und über von der CN bereitgestellte Videos sorgen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Bandagierens. • Auf die Klientin angepasste Wissensvermittlung hinsichtlich der Bedeutung des Gewichtes in Bezug auf Anpassung der Diuretika.
--	---

	(Info wurde bereits vom Hausarzt vermittelt, wurde aber noch nicht verstanden.) • Besorgung eines Pulsoxymeters durch Tochter, Schulung und Wissensvermittlung zur selbstständigen Verwendung des Pulsoxymeters durch CN. • Schmerzerfassung durch Schmerztagebuch – der Bedarf war nach einiger Zeit durch die Behandlung und das Selbstmanagement in Bezug auf die Ödeme nicht mehr gegeben. • Komplementäre Maßnahmen – Lavendelöl auf Taschentuch, war nicht hilfreich, dann wurde etwas anderes ausprobiert: Fußbäder wurden durch den Vorschlag der CN ausprobiert und dies zeigte sich als sehr hilfreich in Bezug auf die Schlafqualität (auch alle anderen Faktoren, die den Schlaf beeinflusst hatten, konnten verbessert werden). • Wissensvermittlung hinsichtlich Ernährung (Zuckerln, Honig etc.), Optimierung des Essverhaltens, am Anfang durch mobile Zustellung einer angepassten Hauptmahlzeit, danach wieder eigene Übernahme der Entscheidungen über eigenes Kochen – das war durch die Verbesserung der Ödeme und der Atemnot wieder möglich geworden. • Mobilitätssteigerung durch Schulung von einfachen Übungen (z.B. Einbeinstand, freihändig vom Sessel aufstehen – Sturzprophylaxe), Sohn ist auch Physiotherapeut und unterstützt. • Wohnraumadaptierung: Antirutschmatte, Haltegriffe im Bad, Toilettensitzerhöhung mit Griffen auf der Seite, drehbarer Badewannenstuhl, Steckdosennachtlicht, Antirutschsocken. • Inkontinenzversorgung: Anpassung der Einlagen, Ausprobieren der Pants (keine Bezahlung der Kassen, nur bei Bewilligung der Kassen Kostenübernahme). Klientin kauft sich nun eigene Einlagen, benötigt durch das gute Symptomanagement in Bezug auf Einstellung mit Diuretika weniger Einlagen am Tag. • Gedächtnistraining zur Prävention und Gesundheitsförderung kognitiver Beeinträchtigung – Vermittlung an Angeboten des betreuten Wohnens – Fahrgemeinschaft, um Angebot in Anspruch zu nehmen. 2.3 Akzeptieren der Einschätzung der Klientin bzgl. eigener Stärken und Schwächen bei gleichzeitigem Verbessern ihrer Fähigkeiten • Diese Selbstreflexion der Klientin war anfangs nicht gegeben, konnte aber sukzessive im weiteren Betreuungsverlauf entwickelt werden. 2.4 Sorgen für Informationen und Unterstützen der Klientin beim Ermitteln und Evaluieren von Ressourcen, zu denen sie selbst Zugang hat • Informationsvermittlung zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, als Entscheidungshilfe für weitere Planungen.
--	---

	• Informationsvermittlung über Angebote des Palliativteams bei Fortschreiten der Symptomatik der Herzinsuffizienz. • Am Anfang waren die Einbeziehung der mobilen Dienste angedacht – war aber durch das effiziente Symptommanagement noch nicht nötig gewesen. • Pflegegeldhöhung wurde bewilligt (Pflegegeldstufe 3) – Einreichung mit Unterstützung des Sohns. CN hat den Antrag vor der Abgabe begutachtet. 2.5 Anerkennung der individuellen Anstrengungen und Fähigkeiten, um eine Entwicklung in Richtung des Erreichens erwünschter Ergebnisse zu verstärken • Optimierung der Medikamenteneinnahme • Organisation eines Besuchsdienstes • Optimierung im Umgang mit Kompressionsstrümpfen (eigene Schulung durch Videos) und Hilfsmitteln (wie Toilettensitz etc.). • Entwicklung von präventivem Verständnis für die Durchführung von Gedächtnistraining – Durchführung aufgrund sozialer Komponente optimiert: Mitfahrgelegenheit mit Nachbarin, Anregung durch CN 3. Pflegepriorität: Fördern optimalen Wohlbefindens 3.1 Fördern der jeweiligen Auswahlentscheidungen der Klientin/der Bezugspersonen sowie der Beteiligung an der Planung und Implementierung zusätzlicher Aufgaben und Verpflichtungen • Organisation der Einkäufe durch die Tochter war konfliktbeladen und verursachte Stress, da die Tochter nicht immer termingerecht liefern konnte. Durch Vermittlung der CN konnte Verständnis und Toleranz aller Beteiligten erreicht werden, da ja ohnehin immer genug Essen da war. • Gemeinsames Gespräch mit Familienmitgliedern über mögliche Aufgabenverteilung (Garten, Einkauf, Besuch von Freundin einmal im Monat – im Heim etc.) 3.2 Ermutigen zu körperlicher Betätigung, Entspannungsübungen und Stressbewältigung etc. • Führen eines Tagesbuches zur Selbstreflexion und zur Bewältigung ihrer Sorgen und Ängste (führte als junges Mädchen ein Tagebuch) • Schulung zur Durchführung von Atemübungen zur Beruhigung der Atemfrequenz • Außerhalb der Bewegungsübungen waren Spaziergänge durch die steile Umgebung beeinträchtigt und im Garten war der Rollator hinderlich – Spaziergänge sind außerdem nicht Teil ihres Lebens (Biographiearbeit)
--	--

	3.3 Unterstützung beim Umsetzen von Strategien zur Überwachung von Fortschritten/Reaktionen auf die Behandlung • Medikamentencheck: Erhebung der Medikamenteneinnahme mit Beschwerden und Wünschen, Überprüfung durch Apotheker und Ärzte und Optimierung der Medikamentenverschreibung (Apotheker mit Expertise für Wechselwirkungen), Optimierung der Medikamenten-einnahme im Tagesverlauf • Kardiomobilteam wurde angedacht – könnte im weiteren Verlauf dazu gezogen werden • Kontrolltermine für Augenarzt und Internist vorgeschlagen und organisiert (Verordnung von Hausarzt geholt) • Vermittlung von Angehörigengesprächen (als Angebot des Bundesministeriums) durch die herausfordernde Situation mit ihrem Gatten und die immer wieder konfliktreiche Situation mit der Tochter wird angedacht (Herausforderung: Angebot ist in einer anderen Gemeinde, Transport müsste organisiert werden) • Anregung einer Diabetesschulung bei der Österreichischen Gesundheits-kasse (ÖGK). Dabei Fahrdienste zu den Terminen mit der Klientin organisieren (Thalgau Mobil = ein Taxi, das von Senior*innen betrieben wird). 3.4 Ermittlung zusätzlicher kommunaler Ressourcen/Selbsthilfegruppen • Nachbarin (hier sind aber weitere Distanzen zu überwinden) konnte bei der Organisation des Gedächtnistrainings als Ressource erfasst werden, bringt Klientin auch manchmal zu ihrer Freundin im Heim • Organisation eines Besuchsdienstes durch die Vermittlung durch die Pfarre Mögliche NIC-Interventionen, zu denen Aktivitäten ausgewählt und wie oben dargestellt spezifiziert werden sollen: Pflegeassessment (Bulechek et al., 2016, S. 621, 622) Definition: Gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Interpretieren und Zusammen-führen von Patientendaten zur klinischen Entscheidungsfindung. Edukation: verordnete Medikation (Bulechek et al., 2016, S. 323, 324) Definition: Vorbereiten eines Patienten, verordnete Medikamente sicher einzunehmen und auf ihre Wirkung zu überwachen. Weitere mögliche: Flüssigkeitshaushaltsmanagement, Kardiales Risikomanagement, Energiemanagement, Case Management, Selbstwirksamkeitsverbesserung (Bulechek et al., 2016, S. 412, 413, 502, 503, 362, 363, 261, 262, 710, 711)
--	---

KOMPLEXITÄT

Die Komplexität des „Falles“ wird anhand der mannigfaltigen Pflegebedarfe, der angedachten umfangreichen integrierten Lösungsmöglichkeiten und Empfehlungen, und den dazu erforderlichen, unter Zusammenarbeit dargestellten, Systempartnern dargelegt. Im Detail generiert sich die Komplexität aus der Interaktion der unten angeführten Faktoren bzw. Elemente.

- Ressourcenarbeit mit der Klientin und Entwicklung eines Plans für Änderungs- und Verbesserungsmöglichkeiten
- Kompressionstherapie
- Medikamentencheck
- Komplementäre Maßnahmen z.B. bei Schlaflosigkeit
- Ernährungsempfehlungen im Rahmen einer DGKP
- Wohnraumanpassungen
- Hilfsmittel
- Anträge
- Expert*innen hinzuziehen (Ernährung, Herz, usw.)
- Beschäftigungsangebote und soziale Kontakte stärken; Copingstrategien entwickeln
- Bestehende Hilfen optimieren durch Abstimmung

KLINISCHES LEADERSHIP

Bei der CN laufen die Fäden zusammen, sie führt den „Fall“, sie trägt Verantwortung für den gesundheitlichen Verlauf ihrer Klientin. Das erreicht sie, indem sie die Betroffene empowert, die Familie einbezieht und auf ihr eindrucksvolles Netzwerk zurückgreift, die Betroffene für entsprechende Leistungen zuweist.

ZUSAMMENARBEIT

Relevante Partner/innen zur Zusammenarbeit werden gesehen in

• Familienangehörige • Hausarzt • Apotheker • Sanitätsfachhändler • Diätologin • Mobile Dienste • Mobile Pflege- und Betreuungsdienste • Kardiomobil	• Krankenkasse • Betreutes Wohnen • Gedächtnistrainerin • Pfarre- Besuchsdienst • Augenarzt; Internist • Psychologin • ...
---	--

Die konkrete Zusammenarbeit wird in den folgenden Punkten dargelegt und argumentiert:

- **Kompressionstherapie** in Absprache mit dem *Hausarzt* vorschlagen und Zweck der Maßnahme der Klientin erklären. Organisation der Verordnung und Weitervermittlung an *Sanitätsfachhändler*, nach Wahl der Klientin, der auf Basis der Maße die erhoben wurden, Kompressionsstrümpfe anpasst und liefert. Idealerweise inklusive **Anziehhilfe** – sofern die Klientin diese kaufen möchte (keine Kassenleistung), auf deren Benutzung die CN die Klientin einschult.

- **Medikamentencheck** in Absprache mit dem Hausarzt und dem *Apotheker*.
- **Beratungsleistung** hinsichtlich grundlegender **Ernährungsempfehlungen** bei den bestehenden Krankheitsbildern (insb. hinsichtlich Frühstücksaufstriche, grünem Tee, Kaffee, Zuckerl, Tiefkühlkost). Konkrete Änderungsvorschläge mit der Klientin erarbeiten. Bei Interesse und Bedarf auch Weiterleitung an *Diätologin* im Ort. Oder Informationen über Angebote „**Essen auf Rädern**“, oder „**Zuhause Essen**“, als Unterstützung.
- Nach Installation von Hilfsmitteln und nach Maßnahmen zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands mit der Klientin abstimmen, ob das Hinzuziehen eines **Mobilen Pflegedienstes** an einzelnen Tagen gewünscht wird.
- **Pflegegeldantrag** in Abstimmung mit der Klientin, mit dem Sohn besprechen, ihm bei Rückfragen zur Verfügung stehen (von „zur Verfügung stehen“ bis Hilfe beim Ausfüllen, je nach Bedarf).
- Hinzuziehen des **Kardiomobils** (Aufsuchendes Programm mit Pflegeexpert*innen für Herzerkrankungen) beim Hausarzt anregen und organisieren.
- Anregung einer **Diabetesschulung** bei der *Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)*. Dabei Fahrdienste zu den Terminen mit der Klientin organisieren (Thalgau Mobil = ein Taxi, das von Senior*innen betrieben wird).
- Teilnahme am **Gedächtnistraining** im *Betreuten Wohnen* vorschlagen und Fahrten mit der Klientin organisieren (eine entfernte Nachbarin geht auch zum Gedächtnistraining und nimmt die Klientin gerne mit).
- Den **Besuchsdienst** der *Pfarre* vorschlagen und den Kontakt weitergeben bzw. **Social Prescribing** mit Klientin besprechen.
- **Kontrolltermine** beim *Augenarzt* und beim *Internisten* vorschlagen und mit der Klientin organisieren.
- **Organisation der Einkäufe** mit Klientin, Ehemann und Tochter besprechen. Lösungswege gemeinsam überlegen und ausmachen.
- Mit der *Familie* (Klientin, Ehemann, Sohn und Tochter) **gemeinsam besprechen**, dass Frau Neumüller **Sorgen** hat, wie und von wem die Arbeiten im Garten zukünftig erledigt werden, und dass sie gerne ihre Freundin Susanne Klausner einmal im Monat treffen möchte. Gemeinsam Lösungswege suchen und vereinbaren. Der Familie rückmelden, welche Ressourcen für Frau Neumüller wichtig sind (z.B. Hilfe im Haushalt vom Ehemann und Frau Zanzic, Anrufe der Enkelkinder, Erledigung der Einkäufe). Wenn sich die Belastungen durch die Maßnahmen für die Tochter nicht reduzieren, könnte das Angebot „**Angehörigengespräch**“ (psychologische Gespräche) vorgeschlagen werden.
- Im **längerfristigen Ausblick** könnte man die Klientin noch über die **Vorsorgevollmacht** und **Patientenverfügung** informieren; weitere Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität; im letzten Stadium der Herzinsuffizienz ggf. das **Mobile Palliativ Team** einschalten, usw.

2.3.2. Versorgung eines Wundpatienten durch eine APN im freiberuflichen Setting

SETTING	Freiberuflichkeit
AUTOR*INNEN	Claudia Zeitlinger, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Gemeinde, Individuum, Familie
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 Die APN wurde in diesem Beispiel über die Pflegehotline kontaktiert. Durch die „Qualifikation“ der APN und die Übernahme des Fallmanagements war nicht nur eine kontinuierliche Versorgung gegeben, die APN übernahm „Verantwortung“, neue – für den Patienten unbekannte – diagnostische Fragestellungen kurativ wie präventiv gemeinsam mit weiteren Stakeholdern und dem Patienten und seinem Umfeld zu bearbeiten.
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Herr M., 62 Jahre und frisch in Pension, ehemaliger Handwerker, Lebensstil: gelegentlicher Raucher, unausgewogene Ernährung, mäßig aktiv Soziales Umfeld: lebt alleine, einzige Tochter ca. 30 km weit weg, bisher keine Hilfe im Alltag notwendig Medizinische Vorgeschichte: keine chronischen Erkrankungen bekannt, seltene Arztbesuche Herr M. bemerkt seit einigen Wochen eine schlecht heilende Wunde am rechten Unterschenkel. Sie begann als kleine Druckstelle durch einen schlechtsitzenden Schuh, heilt jedoch nicht ab und bleibt gerötet. Außerdem fühlt sich sein Bein schwer an und wirkt leicht geschwollen. Er möchte den Hausarzt meiden und erinnert sich an einen Artikel in der Gemeindezeitung über digitale Wundversorgung durch eine APN. Er entscheidet sich, die dort angegebene Telepflege-Hotline zu kontaktieren. Über ein Videotelefonat erfolgt eine erste kurze Einschätzung der Situation von Herrn M. durch die APN, durch gezielte Fragestellung nach Taubheitsgefühlen und dergleichen eine genauere Abklärung der Begleitscheinungen, wie beispielsweise Schwellung und vorhandene Schmerzen.

	Erste Einschätzung: Verdacht auf eine chronische Wundheilungsstörung mit venöser Beteiligung – eine genauere Abklärung ist nötig. Daher wird ein Termin im eigenen Praxisraum für den Patienten geplant. Mit Herrn M. wird im Vorfeld noch besprochen, dass die APN beim Hausarzt eine Überweisung zu einer Blutabnahme für das Labor anfordert. Die Blutabnahme kann durch Mitarbeiter*innen des Labors beim Patienten zuhause erfolgen. Somit ist der Aufwand für den Patienten geringgehalten, und beim Termin in der Praxis der APN liegen die Blutwerte bereits vor und die Anamnese kann in vollem Umfang durchgeführt werden. Beim Termin in der Praxis erfolgt die Durchführung der detaillierten Anamnese mit folgenden Assessments: Wundassessment (NPUAP, TIME-Modell) • Lokalisation: Medialer Unterschenkel • Größe: 3 cm Durchmesser • Exsudat: Leicht nässend, serös • Gewebe: Granulationsgewebe vorhanden, aber wenig Fortschritt in der Heilung • Wundrand: Leicht gerötet, periwundale Haut trocken • Schmerz: 3/10 (leichter Dauerschmerz, stärker beim Gehen) Patienteneinschätzung Eingesetzte Assessments: • Wundheilungsassessment: TIME-Modell • Malnutrition: MNA (Mini Nutritional Assessment) → Ernährungsdefizit festgestellt • Diabetes-Screening: Sensibilitätsprüfung mit Monofilament-Test → Reduzierte Empfindlichkeit an den Zehen • Ödeme: Pitting-Ödem-Test → Leichte Dellenbildung bei Fingerdruck, beidseits • Mobilität & Selbstversorgung: Barthel-Index → Leichte Einschränkungen festgestellt Blutuntersuchung & Labordiagnostik Blutwerte (durch APN organisiert): • HbA1c: 7,2 % → Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert • Vitamin B12: Erniedrigt → Nährstoffmangel als zusätzlicher Heilungsfaktor
--	--

	- Albumin: Grenzwertig niedrig → Hinweis auf chronische Mangelernährung oder Entzündung Die APN informiert den Hausarzt, um eine Therapieeinleitung zu koordinieren. Ressourcenfindung & Versorgungsorganisation durch APN Angehörigenintegration & Unterstützung: - Telefonischer Kontakt zur Tochter von Herrn M.: - Tochter ist berufstätig, kann aber 1x pro Woche unterstützen. - Sie wird in die digitale Wunddokumentation eingebunden. Die Tochter von Herrn M. lebt zwar weit entfernt, ist aber bereit, ihn zu unterstützen. Die Einbindung der Tochter in den Wundversorgungsprozess ist essenziell, da sie eine aktive Rolle bei der Kontrolle und Dokumentation der Wundheilung übernehmen kann. Dies stärkt nicht nur das Vertrauen von Herrn M. in den Prozess, sondern gibt der Tochter auch das Gefühl, in den Heilungsprozess ihres Vaters eingebunden zu sein.
PFLEGE-DIAGNOSEN	PF1: Beeinträchtigte Integrität der Haut (Herdman et al., 2025, S. 620) Definition: Schädigung der Epidermis (Oberhaut) und/oder Dermis (Lederhaut). Beeinflussende Faktoren: Unzureichendes Wissen über die Aufrechterhaltung/den Schutz der Gewebeintegrität, Malnutrition (Nährstoffmangel), Psychogene Faktoren Bestimmende Merkmale: Veränderte Hautfarbe (leicht geröteter Wundrand), Veränderter Turgor, Ulzeration (medialer Unterschenkel, 3 cm, leicht nässend, serös, Granulationsgewebe vorhanden), Trockene Haut (periwundal) Assoziierte Bedingungen: Verminderte Gewebedurchblutung, Diabetes mellitus, Wunde Begründung: Schlechte Wundheilung PF2: Ineffektive periphere Gewebepfusion (Herdman et al., 2025, S. 415) Definition: Verminderung der Blutzirkulation der Extremitäten. Beeinflussende Faktoren: Unzureichendes Wissen über den Krankheitsprozess/über modifizierbare Faktoren, Sitzendes Verhalten (mäßig aktiv), Tabakkonsum (gelegentlich) Bestimmende Merkmale: Verzögerte periphere Wundheilung, Ödem (leicht), Schmerz in den Extremitäten (leichter Dauerschmerz, stärker beim Gehen), Sensibilitätsstörung

	Assoziierte Bedingungen: Diabetes mellitus (Mikrozirkulationsstörungen), (venöse Insuffizienz) R1: Risiko für Infektion (Herdman et al., 2025, S. 590) Definition: Anfälligkeit für das Eindringen und die Vermehrung pathogener Organismen, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnten. Risikofaktoren: Schwierigkeiten bei der Handhabung der Wundversorgung, Beeinträchtigte Integrität der Haut, Stauung von Körperflüssigkeit (leicht), Malnutrition (Nährstoffmangel) Assoziierte Bedingungen: Chronische Erkrankungen (Chronische Wunde, Diabetes mellitus) PF3: Ineffektives Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2025, S. 241) Definition: Unbefriedigender Umgang mit Symptomen, Therapieregime und Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung verbunden sind. Beeinflussende Faktoren: Schwierigkeiten bei der Durchführung von Aspekten des Therapieregimes (zu Diabetes mellitus, Wundversorgung), Unzureichendes Wissen über das Therapieregime (Diabetes mellitus, Wundversorgung, Ernährung), Unzureichende soziale Unterstützung (Tochter wohnt entfernt) Bestimmende Merkmale: Zeigt Krankheitsfolgeerscheinungen (nicht heilende Wunde) R2: Unzureichende Nährstoffzufuhr (Herdman et al., 2025, S., 305) Definition: Unzureichende Nährstoffaufnahme zur Deckung des Stoffwechselbedarfs. Beeinflussende Faktoren: Unzureichendes Wissen über den Nährstoffbedarf, Unzureichende physische Aktivität für die Nährstoffabsorption, Unzureichende soziale Unterstützung (lebt alleine) Bestimmende Merkmale: Verzögerte Wundheilung, Lethargie (Müdigkeit), (MNA-Ergebnis, erniedrigtes Vitamin B12, grenzwertig erniedrigtes Albumin)
PFLEGE- ERGEBNISSE	PF1: Wundheilung: sekundäre (Moorhead et al., 2013, S. 520) Definition: Das Ausmaß der Regeneration von Zellen und Gewebe in einer offenen Wunde. Indikatoren: Granulation (innerhalb von 4 Wochen), Größenabnahme der Wunde, Seröse Sekretion, Erythem der umgebenden Haut, Ödem um die Wunde herum PF2: Gewebedurchblutung: periphere (Moorhead et al., 2013, S. 387) Definition: Die Angemessenheit des Blutstroms durch die kleinen Gefäße der Extremitäten, um die Gewebefunktion aufrechtzuerhalten. Indikatoren: Hauttemperatur der Extremitäten, Peripheres Ödem (Reduktion innerhalb von 6 Wochen), Lokalisierte Schmerzen in den Extremitäten, Taubheit

	R1: Ausmaß einer Infektion (Moorhead et al., 2013, S. 430) Definition: Der Schweregrad einer Infektion und ihrer Begleitsymptome. Indikatoren: Fieber, Schmerzempfindlichkeit, Krankheitsgefühl, Lethargie, Appetitlosigkeit, Keime in der Wunde → Keine Anzeichen einer Infektion innerhalb von 6 Wochen PF3: Wissen: Krankheitsprozess (Moorhead et al., 2013, S. 724) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf einen bestimmten Krankheitsprozess und die Prävention von Komplikationen. Indikatoren: Spezifischer Krankheitsprozess, Ursache und beeinflussende Faktoren, Auswirkungen der Krankheit, Strategien zur Minimierung des Krankheitsfortschritts, Psychosoziale Wirkung der Krankheit auf das Selbst → Patient kann nach 4 Wochen eigene Wundkontrollen durchführen Selbstmanagement: Wunde (3124) (Moorhead et al., 2024, S. 671, 672) Definition: Persönliche Maßnahmen zur Versorgung einer chirurgischen Wunde, einer Punktion, eines Geschwürs oder einer offenen Wunde nach einer Gewebeverletzung (frei übersetzt). → Herr M. kann seine Wunde eigenständig überwachen und einfache Maßnahmen wie die Wundinspektion oder das Anlegen eines Verbandes selbst vornehmen R2: Ernährungsstatus (Moorhead et al., 2013, S. 488) Definition: Das Ausmaß, in dem Nährstoffe für den Stoffwechselbedarf zur Verfügung stehen. Indikatoren: Nährstoffzufuhr, Nahrungszufuhr, Energie, Hydratation → Verbesserung des Vitamin- & Eiweißhaushalts innerhalb von 3 Monaten Integration der Tochter in den Pflegeprozess: Durch regelmäßige Tele-fonate und die digitale Einbindung in die Wunddokumentation kann die Tochter sicherstellen, dass sie immer auf dem neuesten Stand ist. Ihre Unterstützung bei der Wundpflege, wenn auch nur einmal pro Woche, trägt zur Entlastung von Herrn M. bei. (Anmerkung: Alle Ergebnisse exkl. dem der „Self-Management: Wound“ wurden der aktuellsten deutschsprachigen Auflage entnommen.)
PFLEGE- INTERVENTIONEN	PF1: Wundpflege (Bulechek et al., 2016, S. 822, 823) Definition: Prävention von Wundkomplikationen und Förderung der Wundheilung. → u. a. Feuchte Wundversorgung mit atraumatischem Verband Hautpflege (Bulechek et al., 2016, S. 462, 463) Definition: Auftragen topischer Arzneimittel oder Handhabung von Hilfsmitteln, um die Unversehrtheit der Haut zu fördern und Hautschäden auf ein Minimum zu reduzieren. → Feuchtigkeitspflege der periwundalen Haut, um Mazeration zu verhindern

	PF2: Durchblutungsstörungenprävention (Bulechek et al., 2016, S. 291, 292) Definition: Schützen eines Bereichs mit lokaler Minderdurchblutung. → Anleitung zu Hochlagerung der Beine & Bewegung R1: Infektionskontrolle (Bulechek et al., 2016, S. 488, 489) Definition: Minimieren der Aufnahme und Übertragung infektiöser Krankheitserreger. → Regelmäßige Wundinspektion & Früherkennung von Entzündungszeichen PF3: Edukation: Krankheitsprozess (Bulechek et al., 2016, S. 303, 304) → Anleitung zur hygienischen Wundpflege digitalen Wunddokumentation & Verbandwechsel, Beratung zu Ernährung, Blutzuckermessung & Medikamenten Eigenverantwortungsförderung (Bulechek et al., 2016, S. 328, 329) Definition: Ermutigen des Patienten, mehr Verantwortung für eigene Verhaltensweisen zu übernehmen. → u. a. Einbindung der Tochter in die Versorgung R2: Ernährungsmanagement (Bulechek et al., 2016, S. 379, 380) Definition: Sorgen für oder Fördern eine/r ausgewogenen Nährstoffaufnahme. → Beratung zur eiweiß- & vitaminreichen Ernährung, Empfehlungen für proteinreiche, entzündungshemmende Kost Ernährungsüberwachung (Bulechek et al., 2016, S. 382, 383) Definition: Erhebung und Analyse von Patientendaten über die Nährstoffaufnahme. → Regelmäßige Blutkontrollen auf B12, Eisen & Albumin Psychische Unterstützung des Patienten Herr M. ist eine eigenständige Person, die sich nie zuvor in einer derart vulnerablen Position befunden hat. Die Diagnose von Diabetes und die damit verbundenen Lebensstilveränderungen stellen für ihn eine große Belastung dar. Seine Tochter lebt weit entfernt, und das Gefühl, keine sofortige Hilfe zu haben, führt zu Unsicherheiten und Ängsten, die sich negativ auf die Wundheilung auswirken können. Gefühlsarbeit: Die APN muss nicht nur medizinische und pflegerische Aspekte abdecken, sondern auch als emotionale Stütze fungieren. Empathische Gesprächsführung ist hier der Schlüssel. Bei Herrn M. ist es wichtig, Ängste zu thematisieren, ihn mit der Situation vertraut zu machen und kleine, erreichbare Ziele zu setzen, die zu einer allmählichen Verbesserung des Gesundheitszustandes führen. Stressbewältigungstechniken, wie etwa Atemübungen, können hier ebenfalls unterstützend wirken. Intervention: Die APN sorgt für eine regelmäßige persönliche Ansprache per Telepflege, um dem Patienten das Gefühl zu geben, dass
--	--

	er nicht allein ist und jederzeit Unterstützung erhalten kann. Gleichzeitig wird die Tochter in die digitale Wunddokumentation eingebunden, um ihre Rolle als Unterstützerin zu stärken und sie zu entlasten. Ambulante Versorgung & Netzwerkarbeit: • Hausarzt: Wird über die neue Diabetes-Diagnose informiert. • Pflegedienst: Wird zur Unterstützung bei der Wundversorgung dreimal pro Woche eingebunden. • Ernährungsberatung: Termin wird organisiert, um die unzureichende Nährstoffzufuhr zu adressieren. • Sanitätshaus: Anpassung von Kompressionsstrümpfen Klasse 2 zur Ödemreduktion. Übergabe an den mobilen Pflegedienst: Warum? Die Übergabe an den mobilen Pflegedienst ist ein weiterer wichtiger Schritt in der Versorgung von Herrn M. Dieser Schritt erfolgt, weil der Pflegedienst regelmäßige Wundversorgungen übernehmen kann, was die APN entlastet und Herrn M. eine umfassendere Pflege bietet. Fachliche Expertise: Der Pflegedienst hat die Kompetenz, tägliche Verbandwechsel und die Anwendung von Kompressionstherapie durchzuführen, während die APN sich weiterhin auf die strategische Planung und Koordination konzentriert. Kontinuität: Die kontinuierliche Betreuung durch den mobilen Pflegedienst ermöglicht es, den Zustand der Wunde fortlaufend zu überwachen und bei Bedarf sofortige Anpassungen in der Therapie vorzunehmen. Im Weiteren wird der Versuch unternommen, die mobile Pflege stärker in die digitalen Strukturen einzubinden, sodass ein noch effizienterer Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachkräften stattfinden kann. Mobile Pflegedienste werden so verstärkt durch digitale Wunddokumentation und telemedizinische Beratung unterstützt; ein schnelleres und präziseres Agieren auf Veränderungen im Wundstatus ist möglich.
KOMPLEXITÄT	
Ein wesentlicher Grund, warum Herr M. sich an eine APN wendet, ist die mangelnde Verfügbarkeit von Ansprechpersonen für seine Wunde. Die hausärztliche Betreuung kann ihm in dieser speziellen Problematik nicht direkt weiterhelfen, und ein Facharztbesuch erscheint ihm unangemessen oder unangenehm. Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer spezialisierten und mobilen Versorgung, wie sie durch eine freiberufliche APN angeboten werden kann.	

Die Rolle der APN wird dabei nicht nur als medizinische Fachkraft verstanden, sondern auch als Bindeglied zwischen verschiedenen Versorger*innen, die Herrn M. auf seinem Weg zur ganzheitlichen Wundversorgung begleiten.

Durch die Digitalisierung und die telemedizinische Betreuung ist es der APN möglich, eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung anzubieten – eine entscheidende Erweiterung des Versorgungsangebots, besonders bei ländlich lebenden Patienten oder solchen, die Schwierigkeiten mit der Mobilität haben.

Verschiedene neu aufgetretene **Hauptdiagnosen**, die für den Patienten völlig neu sind und die eine Änderung des Alltags für den Betroffenen bedeuten, sind vorhanden:

- **Chronische Wunde (Ulcus cruris, diabetischer Fuß)**
- **Diabetes mellitus mit leicht erhöhtem HbA1c**
- **Beinödeme (venöse Insuffizienz, mögliche kardiale Beteiligung)**
- **Nährstoffmängel (niedriges Albumin, Eisenmangel, Vitamin B12-Mangel)**

Die APN konnte bereits vor den gesicherten Hauptdiagnosen aktiv werden und den Patienten auf die weiteren Schritte vorbereiten.

Risikofaktoren & Komplikationen, die durch die APN kontinuierlich im Blick behalten werden – in diesem Kontext stellt die APN eine Schlüsselrolle zur Koordinierung der korrekten Wundversorgung durch den Pflegedienst dar und evaluiert anhand der regelmäßigen Updates via Telepflege den aktuellen Wundzustand, um bei auftretenden Problemen direkt die Behandlung adaptieren zu können.

- Verzögerte Wundheilung durch Hyperglykämie & Nährstoffdefizite
- Erhöhte Infektionsgefahr (Diabetes mellitus, chronische Wunde, beeinträchtigte Hautbarriere)
- Risiko der Verschlechterung der Durchblutung (Mikroangiopathie)
- Risiko für Immobilisation durch Schmerzen & Ödeme

Pflegeinterventionen und Therapieansätze – durch kontinuierliche Kontakte zum Patienten und zum Pflegedienst können laufend Mikroschulungen und Informationen zu den notwendigen Themen durchgeführt werden, und es kann auf den Patienten individuell eingegangen werden.

- Diabetesmanagement zur Verbesserung der Mikrozirkulation
- Moderne Wundversorgung bei Fragen des Pflegedienstes
- Kompressionstherapie zur Reduzierung der Ödeme
- Ernährungsoptimierung für bessere Geweberegeneration

Psychologische Unterstützung ist komplex:

- Empathische Gesprächsführung durch APN
- Motivationsförderung durch kleine, erreichbare Ziele
- Stressbewältigungstechniken (z. B. Atemübungen)
- Einbindung von Ressourcen im sozialen Umfeld

Die folgenden Kernkompetenzen der APN kommen in diesem Fall zum Einsatz:

- Komplexe klinische Entscheidungsfindung: Durch fundierte Einschätzung der Wunde und Begleiterkrankungen von Herrn M. trifft die APN eine präzise, klinische Entscheidung, die den Verlauf der Therapie steuert (**Spezialisierte Pflegepraxis**).
- Erziehung und Beratung: Die APN schult Herrn M. und seine Tochter in der Wundversorgung und im Umgang mit Diabetes.
Selbstmanagement: Die APN fördert das Selbstmanagement von Herrn M. und seine Tochter, indem sie sie in die digitale Wunddokumentation und die eigenständige Wundpflege einbezieht. (**Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz**)
- Führung und Management: Die APN übernimmt die Führung der Versorgung und organisiert alle relevanten Schritte, von der Blutabnahme bis zur Einbindung des Pflegedienstes (**Fachliches Leadership**).
- Evidenzbasiertes Handeln: Die APN nutzt evidenzbasierte Modelle/Erkenntnisse wie TIME und NPUAP, um die Wundversorgung optimal anzupassen (**Forschung**).
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Als zentrale Koordinatorin sorgt die APN für den Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistenden (**Zusammenarbeit**).
- Ethik und Recht: Die APN stellt sicher, dass die Pflege immer unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze durchgeführt wird, insbesondere in Bezug auf die Autonomie des Patienten (**Ethische Entscheidungsfindung**).

KLINISCHES LEADERSHIP

Herausforderung: Die enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, dem Pflegedienst und weiteren Fachleuten ist nicht immer problemlos. Insbesondere in der Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen müssen Schnittstellen und Verantwortlichkeiten klar definiert werden. Für die APN bedeutet das, die Führung der Versorgung zu übernehmen, die Fortschritte zu dokumentieren und das Team regelmäßig zu informieren.

Sie übernimmt klinisches Leadership, indem Sie als Fallmanagerin die zentrale Ansprechperson ist. Sie koordiniert unter anderem:

- den Hausarzt für weiterführende Diagnostik und Medikamentenanpassung,
- den*die Ernährungsberater*in für individuelle Diätplanung,
- den*die Physiotherapeut*in zur Bewegungsförderung,
- die*den Mitarbeitende*n des Sozialdienstes für organisatorische Hilfen und
- regelmäßige Telepflege-Termine zur Begleitung und Schulung.

ZUSAMMENARBEIT

Ein zentraler Bestandteil des ganzheitlichen Pflegeansatzes ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. In diesem Fall arbeiten die APN, der Hausarzt, der Pflegedienst, der Ernährungsberater und das Sanitätshaus eng zusammen, um eine koordinierte und effiziente Versorgung zu gewährleisten.

Doch gerade bei einem komplexen Fall wie diesem, in dem mehrere gesundheitliche Probleme zusammentreffen, wird die Zusammenarbeit zwischen den Fach-disziplinen zur Herausforderung. Jede*r versorgende Akteur*in muss auf dem gleichen Wissensstand sein und regelmäßig Informationen austauschen.

Fazit: In diesem Beispiel ist gut zu erkennen, wie eine APN umfassend die Versorgung – hier eine für den Patienten komplett neue Situation – größtenteils selbstständig durch Fallmanagement gestaltet und koordiniert. Der Sicherstellung eines präventiven und gesundheitsfördernden Verhaltens des Patienten wird Rechnung getragen, indem die Förderung des Selbstmanagements in den Mittelpunkt gestellt wird.

3 Quellen/Literatur

- Brock, H., Geue, K., Richter, D., & Sender, A. (2021). Körperbildveränderungen: Haarausfall, Narben, Stoma. *Pflegezeitschrift*, 74, 50-53.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation*. Hogrefe Verlag.
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. (2024, Juli). *Evidenzbasierte Leitlinie für die mobile Kinder- und Jugendlichenkrankenpflege: Diabetes Mellitus Typ I*. Unveröffentlichte Ausgabe. Eigenverlag.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*, 6. Aufl. Hogrefe Verlag.
- Haselmayer, D. (2022, Dezember 14). *Rolle und Aufgabe einer Cancer Nurse*. Universimed. <https://www.universimed.com/at/article/onkologie/rolle-aufgabe-cancer-nurse-245051>
- Hellmuth, L. (2022). AP(R)N, CNS, NP: Pflege-Expertise in der Onkologie. *Pflegezeitschrift*, 75(7), 60-63.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2022). *Pflegediagnosen 2021-2023: Definitionen und Klassifikation*. Recom.
- Hidding, A., & Oesingmann, S. (2024). Pflege bei endokrinologischen und stoffwechselbedingten Erkrankungen. In G. Fley & F. Schneider (Hrsg.), *Pflege Heute Pädiatrische Pflege* (2. Aufl., S. 287-299). Elsevier.
- Hodek, K., & Bahrmann, A. (2014). *Pflegewissen Diabetes: Praxistipps für die Betreuung älterer Diabetes-Patienten*. Springer.
- Knötgen G. (2020). Onkologische Pflege im Tumorboard: Rolle der Pflege in der multidisziplinären onkologischen Versorgung [Cancer nursing on tumor boards]. *Der Onkologe: Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*, 26(11), 991–997. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00836-0>
- Kobleder, A., Mayer, H., & Senn, B. (2019). Die Advanced Practice Nurse (APN) in der gynäkologischen Onkologie. *Pflege* 33(1), 13-23. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000707>
- Krohwinkel, M. (2017). *Pflegemodell nach Krohwinkel*. ABEDL (Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens). <http://www.pflegewerte.de/wp-content/uploads/2017/09/ABEDL-AEDL-nach-Krohwinkel-pdf.pdf>; <https://www.fachkrankenpflegegenger.de/wp-content/uploads/2015/01/Pflegemodell.pdf> [Zugriff am 01.06.2023]
- Leoni-Scheiber, C., & Neumann-Ponesch, S. (2024). *ANP-Rahmenkonzept Österreich. Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice*. Forum ANP Austria.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*, 2. vollst. überarbeitete und erweiterte Aufl. Huber.
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes*. 7th ed. Mosby.

- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2014). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.
- Naegele, M., & Heinemann, A. (2024). Sicherer Umgang mit Zytostatika. In P. Jahn, A. Gaisser, M. Bana & C. Renner (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (S. 265-274). Springer.
- National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care*. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>
- Neumann-Ponesch, S., Frohner, U., Herbst, H., Lottersberger, N., Kriegl, M., Kuttig, M., Kastner-Roth, C., Kolar, D., Rappold, E., Resetarics, P., Schneeweiss, S., Schobesberger, B., Schwaiger, K. (2014). *Advanced Nursing Practice in Österreich*. Positionspapier, 2., aktualisierte Auflage. Facultas.
- Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG). (2023). Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung). *Wiener klinische Wochenschrift: The Central European Journal of Medicine*, 135[Suppl 1], 1–330.
- Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), & Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP). (2023). *Cancer Nurse – Drehscheibe der Krebsversorgung*. https://www.ahop.at/wp-content/uploads/2023/06/AHOPOeGHO_Cancer-Nurse-Positionspapier.pdf
- Polzer, A. (2020). Mangelernährt in der Onkologie. *Pflegezeitschrift*, 73(7), 24-27.
- Ruprecht, M. (2020). *Unterrichtsunterlagen zur Lehrveranstaltung „Clinical Assessment“ FHS St. Gallen* (Fachhochschul-Lehrgang ANP Diabetes care an der FH-OÖ in Linz).
- Semlitsch, B., Cvach, S., Fleischhacker, E., Frei, C., Winklehner, S., Mader, J., & Verband der Österreichischen Diabetesberaterinnen (2023). Geführte Selbsttitration bei Diabetes mellitus Typ 2, Günstiger Einfluss auf den Krankheitsverlauf in der extramuralen Pflege. *Procure* 28(4), 18-20
- Stephanow, V. (2020). Advanced Practice Nurses: Pionierarbeit am Patienten. *Pflegezeitschrift*, 73, 10-13
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. 2. Aufl. Huber.
- Wright, L. M., & Leahey M. (2013). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6. Aufl. F. A. Davies Company.
- Zoth, N., Böhlke, L., Theurich, S., & Baumann, F. T. (2023). Körperliche Aktivität und Bewegungstherapie in der Onkologie. *Die Innere Medizin*, 64(1), 19-24.