



# Diabetesbetreuung im extramuralen Bereich durch Pflegeexpert\*innen APN Diabetes Care

Lehrgang Academic Advanced Nursing Practice 2020/2022, Spezialisierung Diabetic Care

Lehrgangsleitung: Mag. PhDr. Silvia NEUMANN-PONESCH, MAS

DGKP Bettina Gschaider, DGKP Gabriele Schreib, DGKP Sigrid Winklehner, MHPE

# Übersicht

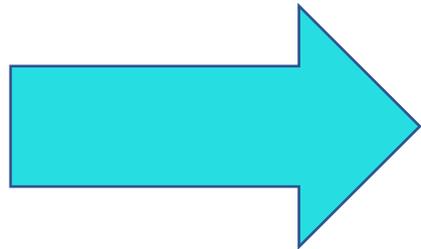


1. Ausgangslage und Problemstellung
2. Zielsetzung
3. APN Diabetes Care
4. Inhalte des Konzepts
5. Conclusio
6. Literatur

# 1. Ausgangslage und Problemstellung

**Anzahl der Menschen mit Diabetes mellitus in Österreich stetig steigend:**

- 800.000 Menschen mit Diabetes mellitus in Österreich
- 350.000 Menschen mit Prädiabetes



**ca. 1,1 Mio. Menschen** mit Störung des  
Glukosestoffwechsels (ÖDG, 2021)

# 1. Ausgangslage und Problemstellung



## Fakten

- Österreich hat die dritthöchste Zahl von Amputationen (diabetesspezifische Komplikationen) unter mehr als 30 OECD Staaten (Stigler, 2019)
- Demografische Entwicklung
- Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus bisher hauptsächlich durch Hausärzt\*innen und in Spezialambulanzen
- Andere Gesundheitsberufe kaum involviert (Bachner et al., 2018)
- Versorgung und Betreuung der betroffenen Menschen im niedergelassenen Bereich unzureichend (RH-Bericht, 2019)

## 2. Zielsetzung

Erstellung eines Dokumentes als **Entscheidungsgrundlage** für die Implementierung der Advanced Practice Nurse Diabetes Care (APN D.C.) im **niedergelassenen Bereich** für mögliche Auftraggeber, Stakeholder und Entscheidungsträger

# 3. APN Diabetes Care im niedergelassenen Bereich

- ...leisten in der niedergelassenen Versorgung evidenzbasierte, standardisierte Aufklärungs- und Schulungsarbeit, Präventionsarbeit, zeitgerechten Betreuungsbeginn, individualisierte, niederschwellige und über den Krankheitsverlauf hinweg, kontinuierliche Betreuung in einem koordinierten, multiprofessionell agierenden Betreuungsteam
- ...fördern ein verbessertes Selbstmanagement bei den Betroffenen

Positionspapier des Verband der Österreichischen DiabetesberaterInnen (VÖD, 2019)

# 4. Inhalte des Konzepts

- 4.1. Definition Zielgruppe
- 4.2. Definition Leistungen und diese in Pakete zusammenfügen
- 4.3. Darstellung von Prozessen und Schnittstellen
- 4.4. Identifikation Kooperationspartner und mögliche Entscheidungsträger
- 4.5. Theoretischer Bezugsrahmen – Modelle zur Bewältigung von chronischer Krankheit
- 4.6. Rolle der APN Diabetes Care
- 4.7. Best Practice Beispiele
- 4.8. Umsetzungsvorschläge
- 4.9. One-Sheet-Paper

# 4.1. Definition Zielgruppe

Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2

Begründung:

- Prävalenz der Erkrankung
- Anteil an DM Typ 2 liegt bei 85 – 95 % (ÖDG, 2021)

## 4.2. Leistungspakete

- Erstgespräch und Anamnese bei Neumanifestation
- Schulungskurs – Einzel oder Gruppe, je nach Ausgangssituation der Patient\*innen
- 3 Monats- / Quartalskontrolle
- Laufende Möglichkeit einer Abstimmung via Telefon oder persönlich
- Jahrescheck

# Leistungspaket - Erstmanifestation

Leistungspakete / Aufgaben	Tätigkeiten und Leistungen innerhalb der Leistungspakete
<p><b>1.</b> <b>Neumanifestation / „Erstkontakt“</b> <b>Typ 2 Diabetes mellitus</b></p>	<p><b>Definition – Ziel</b> Erster Kontakt zur begleitenden Umsetzung der eingeleiteten Therapie und der Selbstmanagementkompetenz. Evidenzbasierte Leitlinien / Empfehlungen / Richtlinien sind Handlungsleitend.</p> <p><b>Tätigkeiten/Leistungen die anfallen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erstgespräch:</b> Priorisierung der relevanten Daten mit individuellen Problem und Zieldefinition sowie Abstimmung der Selbstmanagement und Schulungsziele</li> <li>• Pflegeanamnese und -assessment (Blutzuckerschwankungen, Titration, veränderte Medikamente, Stimmungsschwankungen, Blutdruck, ....)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laboruntersuchung – insbesondere HbA1c lt. Vorgaben</li> <li>○ Körperuntersuchungen</li> </ul> </li> <li>• Priorisierung der relevanten Daten und Informationen, mit individueller Problem- und Zieldefinition</li> <li>• Ggf. Mikroschulungen - Beratung (nach Beratungsprozess) angepasst an den aktuellen Bedarf mit Zielvereinbarungen</li> <li>• Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Therapie</li> <li>• Unterstützung bei der praktischen Umsetzung des Selbstmanagements (Ernährung, Selbstkontrolle, Umsetzung der Therapie, Titration, ....)</li> <li>• Technische Hilfsmittel kennen, vorschlagen, unterstützen bei der Anwendung, prüfen und evaluieren (wie auch, Telefon- und E-Mail Besprechungen und Hilfestellungen einbeziehen)</li> <li>• Angebote und Hilfestellung zum Aufbau von Bewältigungsstrategien im Umgang mit der aktuellen Situation (Coping) und der chronischen Krankheit geben</li> <li>• Förderung der Gesundheitskompetenz sowie der Fähigkeit der Selbstbehandlung</li> <li>• Unterstützung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen</li> <li>• Kommunikation mit ambulanten und stationären Behandlungsteams im Sinne einer homogenen Prozesskette</li> <li>• Steuerung des Pflege- Versorgungs- und Behandlungsprozesses</li> <li>• Verlaufsdocumentation; Mitteilung an den/Abstimmung mit dem behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin</li> <li>• Vor- und Nachbereitung</li> <li>• Evaluierung nach Kriterien der Struktur-Prozess- Ergebniskriterien</li> </ul>

# 4.3. Darstellung von Prozessen und Schnittstellen

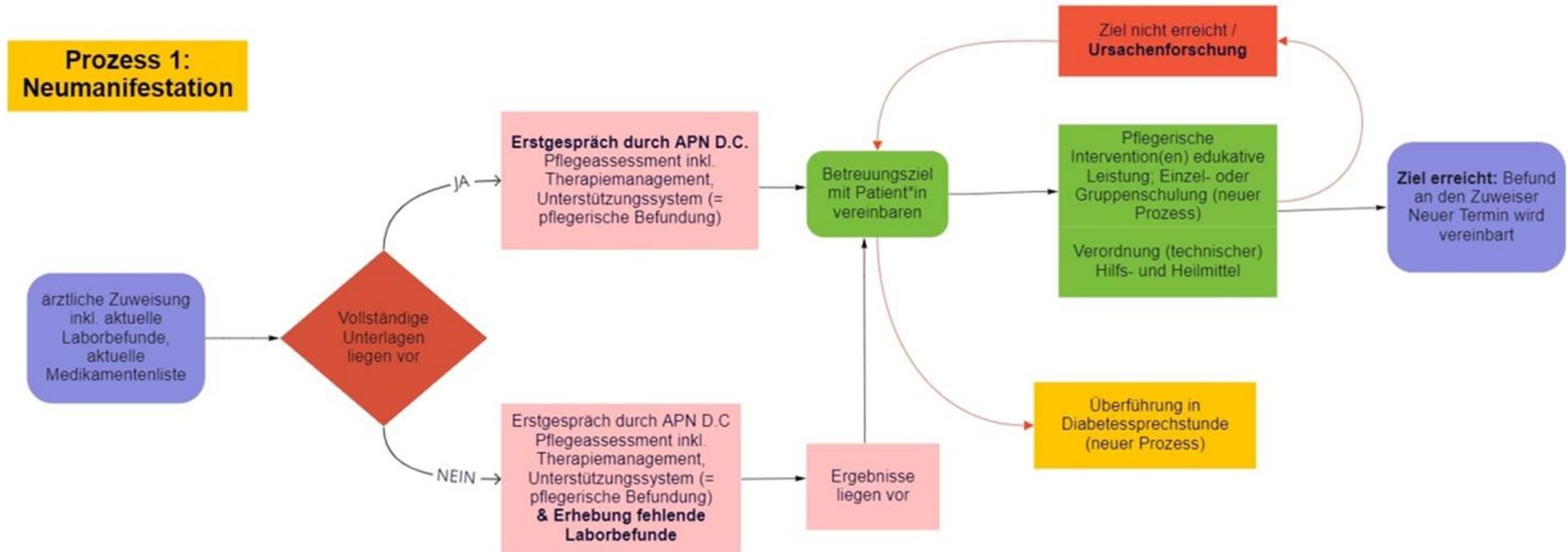


Abbildung: Prozess zum Leistungspaket 1: Neumanifestation. Eigene Darstellung

## 4.4. Identifikation Kooperationspartner



- Kooperationspartner extramural
- Kooperationspartner intramural
- Erweiterte Kooperationspartner

## 4.5. Theoretischer Bezugsrahmen

- Traject Modell Corbin & Strauss (Corbin & Strauss, 2010)
- Modell der Pflege chronisch Kranker von Mieke Grypdonck (Austerer & Radinger, 2018 / Grypdonck, 2005)
- Chronic Care Modell (ACT Center, 2021 / Bodenheimer, et al., 2002)
- Guided Care Modell (Boult, et al., 2006)

## 4.6. Rolle und Kompetenzen der APN Diabetes Care

Erweiterte, vertiefte, spezialisiertere Pflegepraxis

- Spezialisierte klinische Pflegepraxis
- Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz
- Konsultation
- Fachliches Leadership
- Forschung
- Zusammenarbeit
- Ethische Entscheidungsfindung

(Neumann-Ponesch et al., 2014)

## 4.6. Rolle und Kompetenzen der APN Diabetes Care

- Spezialisierte klinische Pflegepraxis
  - Erstgespräch, klinisches Assessment, Erarbeitung eines Betreuungsplanes, Schlüsselposition
- Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz
  - Gesundheits- und Pflegeberatung, Schulung- Beratung und Befähigung Betroffener und deren Umfeld, Stärkung der Gesundheitskompetenz

## 4.6. Rolle und Kompetenzen der APN Diabetes Care

- Konsultation
  - APN D.C. werden von Pflegepersonen zu Rate gezogen (beispielsweise Langzeitpflege)
- Fachliches Leadership
  - APN agieren innovativ, fachliche Leitungs- und Steuerungsfunktion, initiieren von dringend notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen
- Forschung
  - Unterstützung wissenschaftlicher Evaluierung von Projekten, liefert Daten, vorhandene Daten und Forschungsergebnisse als Grundlage für klinische Entscheidungsprozesse

## 4.6. Rolle und Kompetenzen der APN Diabetes Care

- Zusammenarbeit
  - Multiprofessionelle Betreuung Betroffener, Team rund um die Patient\*in
- Ethische Entscheidungsfindung
  - Fürsprecher für Patient\*innen, führende Rolle in der Entwicklung von Leitlinien und Etablierung von Strukturen für ethische Entscheidungsfindung



## 4.7. Best Practice Beispiele

- Großbritannien (Stigler, 2019)
- Niederlande (Van der Biezen, 2017)
- Irland (Clinical Management Guidelines 2013 – 2016 / Harkins, 2016)
- Schweiz (Projekt CASE, 2020)

## 4.8. Umsetzungsvorschläge

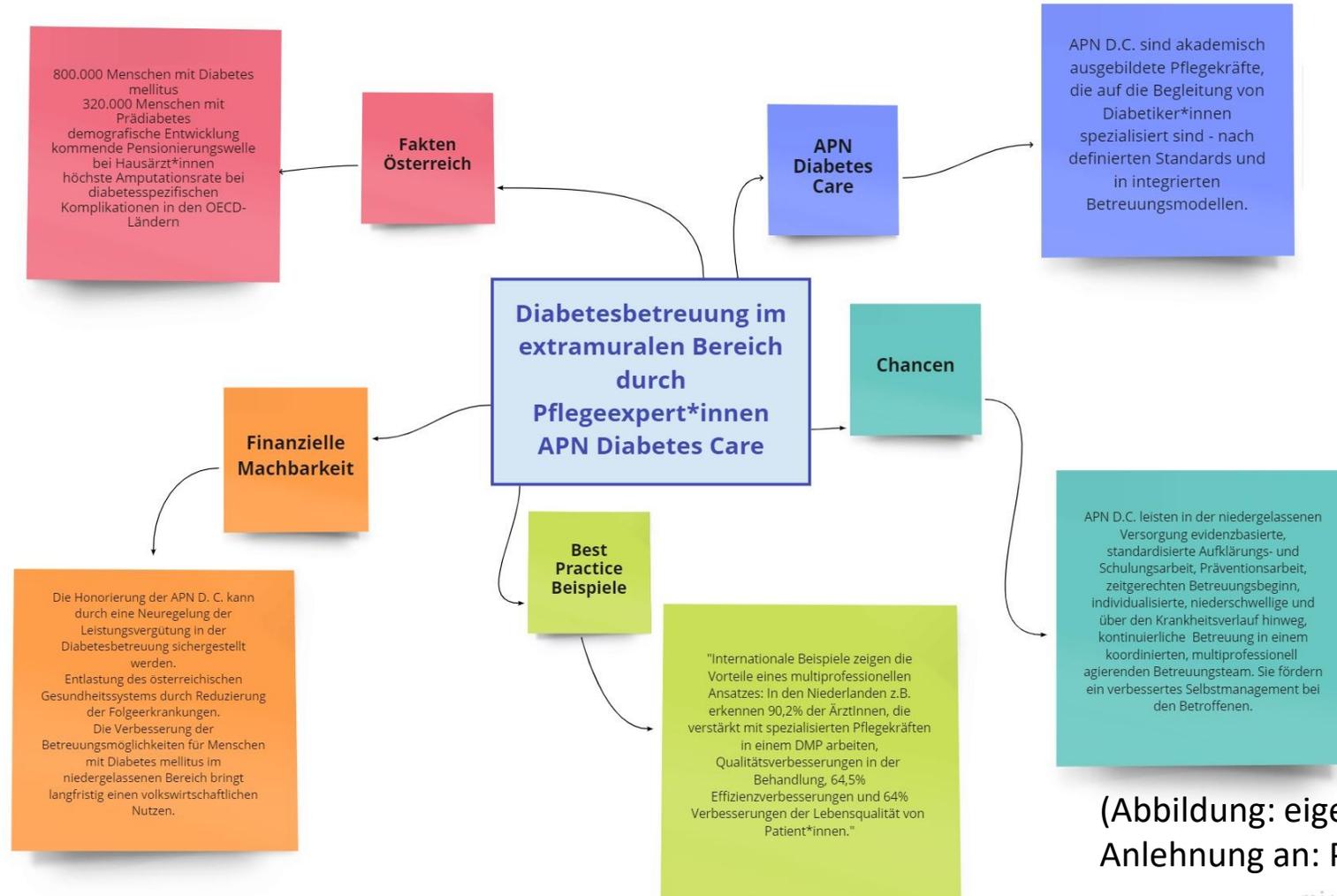


- Rahmenbedingungen
- Kommunikation: Prozesse und Schnittstellen
- Kooperationspartner
- Zuweisende Einrichtungen
- Leistungsangebote
- Exemplarische Darstellung: Prozesse und Schnittstellen

# Rahmenbedingungen

- Zuweisung:
  - Hausärzt\*innen, Fachärzt\*innen und Gesundheitsberufe → Multiprofessionalität
  - Patient\*innen
  - Einheitliche Dokumente sind erstellt
- Setting:
  - Räumlichkeiten, niederschwellige Erreichbarkeit, dezentral
- Beratung und Informationsweitergabe
  - auch via Telefon und Videokonferenz möglich
- Qualitätssicherung:
  - Dokumentation einheitlich / Einspielen der Ergebnisse in das Elga System
  - Fallbesprechungen
  - EBN/EBM

# 4.9. One-Sheet-Paper



(Abbildung: eigene Darstellung in Anlehnung an: Positionspapier VÖD, 2019)

miro

# 5. Conclusio

Mit dem Angebot der definierten Leistungen kann die APN D.C. einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 allgemein, und insbesondere im ländlichen Raum leisten.

Wesentliche Säulen der Betreuung durch APN D.C.:

- Patient\*innenedukation
- Befähigung zum Selbstmanagement
- Förderung der Gesundheitskompetenz

# 6. Literatur

ACT Center (Accelerating Care Transformation). [Online] Available at: <https://www.act-center.org/resources> [Zugriff am: 2.12.2021].

Austerer, A. & Radinger, O., 2018. Leben mit chronischer Krankheit. Wien: Facultas.

Bachner, F., Bobek, J., Lepuschütz, L., Rainer, L., Zuber, M., 2018. Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K., 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002 Oct 9; 288(14): 1775-9

Boult, C., Karm, L., Groves, C., 2008. Improving Chronic Care: The “Guided Care” Model. The Permanente Journal, Vol 12 No. 1, 2008, S. 50-54.

Clinical Management Guidelines, 2013 – 2016. Model of Integrated Care for Patients with Type 2 Diabetes. A Guide for Health Care Professionals (Clinical Management Guidelines) S. 57.

Corbin, J. M., Strauss A. L., 2010. Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3. Überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.

Grypdonck, M., 2005. Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker. (Texte ausgewählt und übersetzt von E. Seidl, I. Walter und S. Ruppert; redigiert von W. Schnepf). [Online] Available at: [https://www.anil.lu/resources/pdf/EXTERN/Mme\\_Lair/Grypdonck2005\\_Ein\\_Modell\\_zur\\_Pflege\\_chronisch\\_Kranker.pdf](https://www.anil.lu/resources/pdf/EXTERN/Mme_Lair/Grypdonck2005_Ein_Modell_zur_Pflege_chronisch_Kranker.pdf) [Zugriff am 19.12.2021].

# 6. Literatur

Harkins, V., 2016. A Practical Guide to Integrated Type 2 Diabetes Care. Irish College of General Practitioners.

Neumann-Ponesch, S., et al., 2014. Positionspapier Advanced Nursing Practice in Österreich, 2. Auflage. Wien: Facultas.

Österreichische Diabetesgesellschaft (ÖDG), 2021. [Online] Available at: <https://www.facediabetes.at/> und: <https://www.oedg.at/aktuelles.html>. [Zugriff am 14.11.21].

Projekt CASE – Advanced Practice Nurses (APN) im Auftrag der Spitex [Online] Available at: <https://www.age-stiftung.ch/foerderprojekt/projekt-case-advanced-practice-nurses-apn-im-auftrag-der-spitex/> [Zugriff am 05.11.2021]. Rechnungshof (RH) Österreich, 2019. RH-Bericht: Reihe Bund 2019/43 „Diabetes-Prävention und –versorgung“. Bericht des Rechnungshofes. Wien.

Stigler, F., 2019. Die Qualität der Diabetesversorgung in Österreich und England, GÖG Colloquium. Wien.

Van der Biezen, M., 2017. The Impact of Nurse Practitioners in Primary Care. Proefschrift. Nijmegen.

Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen (VÖD), 2019. Positionspapier: Etablierung der spezialisierten Pflegeperson / APN Diabetes Care in der umfassenden Diabetesbetreuung im niedergelassenen Bereich.

# Fragen?

# Kontakt



- Bettina Gschaider  
gschaiderbettina@gmail.com
- Gabriele Schreib  
gabriele.j.schreib@gmail.com
- Sigrid Winklehner  
sigridwinklehner@gmx.at