



## 4. Newsletter Advanced Nursing Practice (ANP)

### Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

der 4. Newsletter setzt sich in seinem Fachbeitrag mit dem besonders wichtigen, aber mühevollen Transfers von Wissen in die Praxis auseinander. Längst schon ist uns bewusst, dass bspw. ein Vorhandensein von Standards und der Hinweis auf dessen Berücksichtigung in der täglichen Arbeit nicht ausreichen um nachhaltig neue Erkenntnisse zu implementieren. Das Thema des Wissenstransfers setzt sich auch im 5. Newsletter fort.

Im Weiteren erfolgt in der Rubrik Praxisbeispiel die Darstellung der Demenzservicestelle in Bad Ischl. Dieses Beispiel möge die Leserinnen und Leser anregen, neue, erweiterte Einsatzmöglichkeiten einer Advanced Practice Nurse zu denken: ein erster Schritt zur Umsetzung. Viel zu selten ergreifen Pflegende aktiv die Möglichkeit moderne Versorgungsformen mitzugestalten. Das muss nicht und soll nicht so bleiben!

Ich darf Sie herzlich auf den **6. ANP-Kongress** von 26.-27.4.2016 in Linz hinweisen. Wir haben für Sie auch dieses Mal wieder spannende Beiträge für Sie vorbereitet! Der Kongress steht unter dem Motto: „Herausforderung Beratung“. Anmeldung und Info unter [www.fh-ooe.at/anp2016](http://www.fh-ooe.at/anp2016).

Lesen Sie dieses Mal im 4. Newsletter

1. einen aktuellen Fachbeitrag
2. ein Praxisbeispiel
3. einen Auszug aus dem Positionspapier Advanced Nursing Practice in Österreich sowie
4. Aktuelles/News

Die Beiträge kommen diesmal von

- » Mag. Dr. Berta Schrems: Die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) zur nachhaltigen Pflege der Ressource Wissen
- » Univ.- Prof. Dr. Stefanie Auer et al: Das Modell der Demenzservicestelle: Psychosoziale Langzeitbehandlung für Personen mit Demenz und deren Familien
- » Auszug aus dem Positionspapier: Konsultation

Wir wünschen eine interessante Lektüre und freuen uns über Ihre Beiträge und Rückmeldungen!

Silvia Neumann-Ponesch und das Redaktionsteam

Wollen Sie uns weiter empfehlen, lassen Sie uns die Mailadresse der anzuschreibenden Person über [afw@fh-linz.at](mailto:afw@fh-linz.at) wissen. Sollten Sie unseren Newsletter nicht mehr erhalten wollen, so bitten wir ebenso um eine kurze Rückmeldung an [afw@fh-linz.at](mailto:afw@fh-linz.at).

4. Newsletter ANP  
Ausgabe: 1-2/2016

Themen:

- » Fachbeitrag
- » Praxisbeitrag
- » Auszug aus dem Positionspapier
- » News und Aktuelles

#### Impressum:

FH Oberösterreich  
Fakultät für Gesundheit und Soziales  
Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria  
Tel.: +43 (0)50804-54210  
Fax: +43 (0)50804-59000  
E-Mail: [afw@fh-linz.at](mailto:afw@fh-linz.at)  
Web: [www.fh-ooe.at/campus-linz](http://www.fh-ooe.at/campus-linz)

Fotos: FH OÖ

### Die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) zur nachhaltigen Pflege der Ressource Wissen

Eine zentrale Aufgabe einer Advanced Practice Nurse APN liegt in der Begleitung der Übersetzung von Wissen in Handeln, indem auf Basis der Kenntnis beider Felder Wissenschaft und Praxis zusammengeführt werden. Übersetzungsprozesse vom Wissen zum Handeln sind komplexe und dynamische Prozesse, die auf Systemebene innerhalb der sich wechselseitig beeinflussenden Ebenen Individuen, Organisation und relevante Umwelten stattfinden. In diesen Prozessen stellen Advanced Practice Nurses relevantes Wissen zur Verfügung und nehmen eine zentrale Vermittlungsrolle zwischen den drei Ebenen sowie zwischen verschiedenen Wissensformen ein. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht werden zu können, ist es notwendig, die Eigenheiten der Ressource Wissen und die Anforderungen zu deren nachhaltigen Pflege zu kennen.

#### Die Eigenheiten der Ressource Wissen

Wissen ist ein Produkt und eine Kompetenz und somit eine Ressource, auf die in unterschiedlicher Weise zugegriffen werden kann (Schnädelbach, 2002). Wissen als Produkt ist das Resultat einer kollektiv kognitiven Aktivität, wie z.B. ein entwickelter Pflegestandard. Wissen als Kompetenz ist ein immaterieller Besitz, ein Vermögen und ein Befähigtsein, wie z.B. die fachliche, ethische und persönliche Kompetenz einer Pflegeperson. Im Hinblick auf die Entwicklung des Wissens können zwei Grundformen unterschieden werden, das erfahrungsbezogene und das verstandesbezogene Wissen. Beim erfahrungsbezogenen Wissen erfolgt die Wissensgenerierung in der Reflexion, d.h. im rückschauenden Denken auf ein vollzogenes Handeln. Das Setting hierzu könnte die Fallarbeit sein (Schrems, 2013). Eine Sonderform davon ist die Intuition als ein auf erfahrungsbezogenes Wissen, für das es keine rationale Begründung gibt. Das verstandesbezogene oder rational begründete Wissen basiert auf Denken als „[...] aktive, verstandesmäßige und ordnungsstiftende Verarbeitung gegebener Informationen, mit dem Ziel, Begriffe zu bilden, Bedeutungen zu verstehen, Sinnzusammenhänge offenzulegen, Schlussfolgerungen zu ziehen, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen“ (Enzyklo, o.D.), wie es z.B. in der Pflegediagnostik der Fall ist. Eine Sonderform des verstandesbezogenen oder rational begründeten Wissens ist das wissenschaftliche Wissen, als ein von einer Gemeinschaft anerkanntes und nach Regeln gesichertes Wissen einer bestimmten Zeit (Mittelstraß, 2004). Beispiele dazu sind die Entwicklung und Testung von Assessmentinstrumenten oder die Erkenntnisse der Interventionsforschung. Sowohl das erfahrungs- als auch das verstandesbezogene Wissen zeichnet sich durch besondere Merkmale aus:

- » Es kennt verschiedene Möglichkeiten der Produktion und vermehrt sich, wenn es verteilt oder angewandt wird.
- » Es kann nicht übernutzt, verbraucht oder abgenutzt werden, es kann nur veralten, jedoch bestehen unzählige Möglichkeiten der Erneuerung.
- » Es ist kein statisches Etwas, sondern ein dynamisches Element, das seine Gültigkeit durch eine ständige Veränderung und Erneuerung rechtfertigt (Ott, 2002).



Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der besonderen Ressource Wissen sind ein auf das Wissen angepasster Nachhaltigkeitsbegriff und besondere Maßnahmen nötig.

### Nachhaltigkeit des Wissens und deren nachhaltige Pflege

Nachhaltigkeit in seiner ursprünglichen ökologischen Bedeutung heißt, dass eine optimale langfristige Nutzung von Ressourcen nur dann gewährleistet ist, wenn ihr Bestand gegen kurzfristige Interessen normativ abgeschirmt wird (Ott, 2002). Wenn Wissen im Unterschied zu anderen Ressourcen nur im Gebrauch vermehrt werden kann, könnte eine Definition von Nachhaltigkeit folgendermaßen lauten:

*Nachhaltiges Wissen ist sicheres Wissen einer Zeit,  
das in Handeln übersetzt und kontinuierlich evaluiert  
die Praxis dauerhaft zum Besseren verändert.*

Die Sicherung der Nachhaltigkeit der Ressource Wissen erfordert Maßnahmen, die sich aus dem Zweck (für wen) und dem Ziel (wozu) der Übersetzung von Wissen in Handeln ergeben. Die Antworten auf die Fragen, für wen und wozu Wissen in Handeln übersetzt werden soll, umfassen KlientInnen und MitarbeiterInnen gleichermaßen wie Organisationen und das gesamte Gesundheitssystem (Balfour & Clarke, 2001; Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston & Pitts, 2005). Werden Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz der Pflege ignoriert, handelt ein System wider besseres Wissen. KlientInnen wird eine qualitätsvolle Pflege vorenthalten (Eccles et al., 2005) und es werden Steuergelder vergeudet. Die Folgen einer nicht am neuesten Wissensstand orientierten Pflege haben darüber hinaus Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit jener, die um die neuen Erkenntnisse wissen. Können neue Erkenntnisse nicht angewandt werden, sind ethische Dilemmata, Demotivation und Rückzug bis zum Ausstieg die Folgen (Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell & Robinson, 2006). Im Zuge der steigenden Evidence-based-Orientierung wird vermehrt auf wissenschaftliches Wissen zurückgegriffen. Die Funktion dieser Wissensform für die Praxis liegt in der Beschreibung, Erklärung oder Vorhersage eines Phänomens, nicht aber in der Antwort oder in der Problemlösung selbst. Wissen zur Entscheidungsfindung und Problemlösung setzt damit einen Transformationsprozess von wissenschaftlichen Erkenntnissen in handlungsleitendes Wissen voraus (Lapaige, 2010). Im Sinne der Patient(inn)enorientierung muss damit festgehalten werden, dass wissenschaftliche Erkenntnis keine Pflegequalität schafft, wenn sich die Zuwendung zum Menschen darin erschöpft. Es bedarf der erweiterten Sichtweise im wissenschaftlichen Paradigma. Die Übersetzung und Anwendung von verallgemeinerten und kontextunabhängigen Erkenntnissen auf den individuellen Fall bedeutet, ein bestehendes Wissen in eine andere Form zu transformieren, ohne dass der Inhalt verloren geht und dass dieser gleichzeitig sprachlich und konzeptionell an der Praxis der Pflegenden anschließt und Sinn macht. Aufbauend auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, auf klinischem Erfahrungswissen, auf dem Wissen über Modelle zur Gestaltung und Umsetzung von Wissenstransfers (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010) sowie auf Erfahrungen mit Veränderungsprozessen in der Praxis nehmen Advanced Practice Nurses eine prozessbegleitende und prozessberatende Funktion ein. Durch Evaluationen liefern sie die Grundlagen für Managemententscheidungen und schaffen Orientierung im Sinne von „best practice“ Beispielen zur nachhaltigen Verbesserung und ständigen Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Dass dies keine einfache Aufgabe ist, zeigen Studien zum nur langsam voranschreitenden Wissenstransfer (Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Funk, Tornquist & Champagne, 1995; Köpke, Koch, Behncke & Balzer, 2013; Loke, Laurenson & Lee, 2014; Sitzia, 2002). Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass in der klassischen Tradition der Wissenschaft und der Pflegepraxis diese Übersetzungsfunktion nicht angelegt war. Das Konzept *Advanced Nursing Practice* hingegen ist auf diese Anforderungen zugeschnitten.



## Literatur

- BALFOUR, M. & CLARKE, C. (2001): Searching for sustainable change. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1): 4-50.
- BREIMAIER, H. E., HALFENS, R. J. G. & LOHRMANN, C. (2011): Nurses' wishes, knowledge, attitudes, and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12): 1744-1756.
- ECCLES, M., GRIMSHAW, J., WALKER, A., JOHNSTON, M. & PITTS, N. (2005): Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(2): 107-112.
- ENZYKLO (o.D.): Denken. <http://www.enzyklo.de/Begriff/Denken> (16.12.2015).
- FUNK, S. G., TORNUST, E. M. & CHAMPAGNE, M. T. (1995): Barriers and Facilitators of research utilization: An integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30(1): 395-407.
- GRAHAM, I. D., LOGAN, J., HARRISON, M. B., STRAUS, S. E., TETROE, J., CASWELL, W. & ROBINSON, N. (2006): Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1): 13-24.
- KÖPKE, S., KOCH, F., BEHNCKE, A. & BALZER, K. (2013): Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege*, 26(3): 163-175.
- LAPAIGE, V. (2010): Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1(3): 33-47.
- LOKE, J. C. F., LAURENSEN, M. C. & LEE, K. W. (2014): Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse Education Today*, 34(1): 132-137.
- MITTELSTRAß, J. (2004): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. J.B. Metzler: Stuttgart, Weimar.
- OTT, K. (2002): Nachhaltigkeit des Wissens - was könnte das sein? <http://www.wissensgesellschaft.org/themen/wissensoekonomie/nachhaltigkeit.html> (16.12.2015).
- RYCROFT-MALONE, J. & BUCKNALL, T. (Hrsg.) (2010): *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to action*. Wiley Blackwell / Sigma Theta Tau International: Oxford, Malden.
- SCHNÄDELBACH, H. (2002): *Erkenntnistheorie zur Einführung*. Junius: Dresden.
- SCHREMS, B. (2013): *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. facultas: Wien.
- SITZIA, J. (2002): Barriers to research utilization: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(4): 230-243.

## 4. Newsletter ANP Ausgabe: 1-2/2016



Im Folgenden wird ein Modell einer psychosozialen Langzeitbehandlung für Personen mit Demenz und deren Familien im Salzkammergut dargestellt. Dieses Beispiel liefert, auch im Hinblick auf die österreichische Demenzstrategie, **Anregungen** für die künftige Implementierung multiprofessioneller und interdisziplinärer Netzwerke. Die Rolle der Advanced Practice Nurse findet im folgenden Praxisbeispiel einer Demenzservicesstelle wenig bis keine Berücksichtigung, auch wenn MAS TrainerInnen (Morbus Alzheimer Syndrom TrainerInnen) durchaus aus der Pflege kommen. Es mangelt nicht an möglichen Aufgaben, die in diesem Rahmen künftig von Advanced Practice Nurses übernommen werden können:

- » Moderation von Selbsthilfegruppen, insbesondere bei spezifischen Fragestellungen
- » Schulung und Beratung von Angehörigen, insbesondere bzgl. Kommunikation
- » Übernahme des Case Managements der Familien
- » Erstellung des gesamten Betreuungs- und Behandlungsplans der betroffenen Person, deren Familien und sozialen Umfeld ggf. weiteren Betreuungs- und Behandlungspartnern
- » Übernahme von komplexen Pflegehandlungen sowie Evaluierung deren Wirkung

Reflektieren Sie die Vielfältigkeit und das Wertvolle einer solchen möglichen professionellen Pflege!

<sup>1</sup> MAS Alzheimerhilfe, Lindaustraße 28, 4820 Bad Ischl, AUSTRIA

<sup>2</sup> Donau Universität Krems, Department für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin, Dr.-Karl Dorrek-Strasse 30, 3500 Krems, AUSTRIA

publiziert im Tagungsband zum 2. ANP-Kongress in Linz, 16.4.2012

## Das Modell der Demenzservicestelle: Psychosoziale Langzeitbehandlung für Personen mit Demenz und deren Familien

### EINLEITUNG

Weltweit sind derzeit über 46 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. Bis 2030 wird die Inzidenz auf 74,7 Millionen Menschen ansteigen, bis 2050 auf 131,5 Millionen Betroffene (Alzheimer's Disease International, 2015). Alzheimer Europe hat 2012 für Österreich 145.431 Menschen mit Demenz errechnet (Alzheimer Europe, 2013). Die international tätigen Dachverbände Alzheimer Europe und Alzheimer's Disease International sprechen weltweit von einer Epidemie und sehen einen dringenden Handlungsbedarf von Seiten der nationalen Gesundheitssysteme. Nationale Arbeitspläne und Strategien zur Bewältigung dieser Herausforderung und zur Koordination aller Angebote wurden bereits in verschiedenen Ländern entwickelt (Alzheimer's Disease International, 2012). In Österreich hat das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam 2015 die Entwicklung einer Demenzstrategie begonnen und dazu im Dezember 2015 ein Arbeitspapier „Gut leben mit Demenz“ vorgelegt. (Jurazovich, Sax, Rappold, Pfabigan, & Stewig, 2015)

Demenz bezeichnet eine Gruppe von Krankheiten, die vorwiegend aber nicht ausschließlich in einem höheren Lebensalter auftreten und einen Menschen über Jahre hinweg graduell all seiner erworbenen Fähigkeiten beraubt. Für die betroffene Person und ihre Umgebung stellen der lange Krankheitsverlauf von bis zu 15 Jahren (Reisberg et al., 2011) und die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Krankheitsphasen spezielle psychologische Herausforderungen dar. Ein betroffener Mensch spürt oft selbst schon Anzeichen einer kognitiven Verschlechterung, noch bevor die Umgebung eine Veränderung wahrnimmt und die Kriterien für eine Demenz erfüllt sind. Der subjektiv empfundene Leidensdruck kann in dieser Vor- Krankheitsphase bereits sehr groß sein, und im Idealfall wird Hilfe aufgesucht. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Symptome ernst genommen werden und die Person professionelle Unterstützung bekommt. Sobald die Defizite auch von der Umgebung wahrnehmbar werden, beginnt die Krankheit auch Auswirkungen auf das Leben einzelner Familienmitglieder zu haben. Ein ganzer Familienverband kann durch diese Krankheit beeinträchtigt sein. Ehepartner verlieren ihre Bezugsperson, erwachsene Kinder ihre berufliche und private Freiheit und Enkel ihre Großeltern. Am stärksten ist das Leben jener Person betroffen, die die Hauptverantwortung der Begleitung trägt und nun in die Rolle des Betreuers „wächst“ (Auer, Donabauer, Zehetner, & Span, 2007). Die Aufgabe der Betreuung von Personen mit Demenz ausschließlich der Familie zu übertragen, wird auch in Zukunft aus vielen Gründen nicht möglich sein und muss von der Gesellschaft mitgetragen werden.

Zeitgemäße Behandlungskonzepte können zu einer wesentlichen Linderung der Symptomatik beitragen, die Krankheitsverarbeitung fördern und ein positives Lebenskonzept zusammen mit allen Betroffenen erarbeiten.



In diesen Konzepten spielt die Früherkennung der Erkrankung, die medizinische Therapie sowie die individuell angepassten psychosozialen Behandlungen für die Person mit Demenz und ihre Familienmitglieder eine zentrale Rolle. Die Frage, welche Strukturen zur Früherkennung, zur Förderung und zur langzeitlichen psychosozialen Begleitung von Personen mit Demenz am besten geeignet sind, ist heute noch nicht ausreichend beantwortet.

In Oberösterreich wurde seit 2001 das Modell der Demenzservicestelle (Auer et al., 2007; Auer, Span, & Reisberg, 2015) entwickelt. Bisher wurden 6 Demenzservicestellen (Liste der Servicestellen siehe Anhang) eröffnet. In einem Projekt „aktion demenz leben“, das gemeinsam von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Land Oberösterreich durchgeführt wird, wird das Modell der Demenzservicestelle seit 2013 für den flächendeckenden „roll-out“ vorbereitet.

## DAS MODELL DER DEMENZSERVICESTELLE

### 1. Theoretische Grundlagen

Eine Demenzservicestelle ist eine Anlaufstelle für Betroffene und deren Familienmitglieder. Personen mit Gedächtnisproblemen und Personen mit Demenz in den verschiedenen Stadien sowie deren Angehörige werden mit psychosozialen Methoden durch den Krankheitsverlauf begleitet. Die nicht-pharmakologischen Behandlungsmethoden, die zur Unterstützung der Familien angewandt werden, sind nach wissenschaftlichen Kriterien teilweise Evidenz basiert. (Olazarán et al., 2010)

Das Modell der Demenzservicestelle basiert auf folgenden Grundprinzipien:

- 1) Niederschwelligkeit (Beratung vor der Diagnose)
- 2) Frühe Erkennung der Krankheit (psychologische Leistungsdiagnostik, Überweisung zu einer medizinischen Diagnostik)
- 3) Langfristigkeit der Betreuung (sowohl für Angehörige wie auch für Betroffene) und
- 4) Entwicklung eines positiven Lebenskonzeptes.

#### 1.1. Das Prinzip der Niederschwelligkeit

Viele Familien sind durch die ersten Symptome einer Demenzerkrankung stark verunsichert und wissen nicht, wohin sie sich wenden sollen, um die Würde ihres Angehörigen zu bewahren. Die medizinischen Strukturen erscheinen als zu hohe Barrieren, um den ersten Schritt von der Befürchtung in Richtung Gewissheit zu wagen. Viele Betroffene sind auch verunsichert, ob eine Diagnose bereits notwendig ist und wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist. In diesem Zustand der Verunsicherung vergehen viele wichtige Lebensmonate und -jahre, in denen Klarheit und Zukunftsplanung wesentlich zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen können. Hier ist ein leicht erreichbarer und verständnisvoller Ansprechpartner nötig, der bei Bedarf anonym spezialisierte Informationen zur Verfügung stellt und individuell auf die Bedürfnisse der Familie eingehen kann. Krisen können in einem Krankheitsverlauf immer auftreten. Meist treten sie an der Schwelle zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes auf. In einer derartigen Krise einen kompetenten Ansprechpartner zur Verfügung zu haben, ist von größter Bedeutung. Nicht nur können solche Krisen zu großem Leidensdruck bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen führen, im schlimmsten Fall kann es zu einer frühzeitigen Institutionalisierung der Person mit Demenz kommen. Auch in dieser Situation ist Niederschwelligkeit und unkomplizierte spezialisierte Auskunft nötig.



## 1.2. Das Prinzip der Frühdiagnose

Bei der Konzeption des Modells der Demenzservicestelle wurde als theoretische Grundlage die international anerkannte 7 stufige „Global Deterioration Scale“ (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982) verwendet. Dieses medizinische Konzept beschreibt die Phasen (oder Stadien) einer demenziellen Erkrankung. In Bezug auf die Früherkennung entwickelt sich nach diesem Konzept eine demenzielle Erkrankung aus der normalen Leistungsfähigkeit (GDS Stadium 1) eines Erwachsenen. Der erste Leistungsabfall ist zunächst eine subjektiv empfundene Leistungsminderung (GDS Stadium 2), dies kann sich zu einer sogenannten *leichten kognitiven Störung* (GDS Stadium 3) weiterentwickeln. Zu signifikanten, vom Umfeld wahrnehmbaren Einschränkungen der Alltagsfunktionen kommt es erstmals im GDS Stadium 4. Nach diesem Konzept ist dies der frühestmögliche Zeitpunkt, an dem von medizinischen Experten eine Diagnose 'Demenz' gestellt und eine medikamentöse Therapie initiiert werden kann. Im Modell der Demenzservicestelle wurde als optimaler Zeitpunkt für eine Früherkennung das Stadium 3 definiert. Auch Personen, die sich Sorgen um ihr Gedächtnis machen (GDS Stadium 2), werden im Modell der Demenzservicestelle ernst genommen und bereits langfristig unterstützt. Des Weiteren werden Bemühungen unternommen, jede Person, die in einer Demenzservicestelle vorstellig wird, medizinisch abklären zu lassen, damit die Möglichkeit einer frühzeitigen medikamentösen Behandlung gegeben ist und andere medizinische Ursachen frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Derzeit ist in den Demenzservicestellen keine direkte Erstellung medizinischer Diagnosen vorgesehen, jedoch wird diese Option nun in dem Projekt „aktion demenz leben“ mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse erprobt. Die Personen werden mit standardisierten, psychologischen Tests von klinischen Psychologen untersucht und bei Verdacht auf eine kognitive Verschlechterung wird der betroffenen Person die weitere Abklärung in einer medizinischen Struktur empfohlen. Die Bereitschaft, eine medizinische Diagnose zu akzeptieren, hat in den letzten Jahren zugenommen und erreichte in einer Analyse, die 2013 durchgeführt wurde 80% (Auer et al, 2015).

## 1.3. Das Prinzip der langfristigen Unterstützung und Förderung

### 1.3.1. Die Unterstützung der Angehörigen

Im Rahmen der Demenzservicestelle werden Selbsthilfegruppen und Ausbildungsmodule für Angehörige angeboten. Ein Ansprechpartner in der Demenzservicestelle steht jedem Angehörigen in Krisen oder für Fragen zur Verfügung. Angehörige sind im Verlauf der Krankheit mit vielen neuen Aufgaben und Anforderungen konfrontiert, für die sie nicht vorbereitet wurden. Mit Hilfe des Stadienkonzeptes (Reisberg et al., 1982) lassen sich auch die Veränderungen im Betreuungsprozess (Mittelman, Epstein, & Pierzchala, 2003) gut darstellen. Bereits in den Vorstadien einer medizinisch-diagnostizierbaren Alzheimer Demenz (GDS 2 und 3) ist eine Person mit einem substanziellen Funktionsverlust konfrontiert. So vergisst eine Person in diesen Stadien häufig Namen, sie verlegt wichtige Dinge und sie kann Probleme entwickeln, ihrer Arbeit nachzugehen. Eine Person kann als Konsequenz dieser Symptomatik mit depressiver Verstimmung reagieren. Eine Depression kann die Beziehung zu Familienmitgliedern verändern, zu Kommunikationsproblemen und zu ernststen Konflikten führen. In dieser Phase sieht sich ein Familienmitglied noch nicht in einer betreuenden Rolle. Erst durch eine medizinische Diagnose wird sich ein Familienmitglied zunehmend ihrer Betreuerrollen bewusst. (Boss, Caron, Horbal, & Mortimer, 1990). Per definitionem ist der früheste Zeitpunkt einer medizinischen Diagnose durch einen Facharzt das GDS Stadium 4. Dieser Zeitpunkt ist häufig von einer psychischen Krise begleitet. Hier brauchen Menschen mit Demenz z.B. erstmals Unterstützung bei der Bewältigung finanzieller Familienangelegenheiten. Aus diesem Grund kann eine professionelle Hilfe hier Linderung verschaffen.



Einige Familien sind durch die Diagnose erleichtert und können nun endlich die beobachteten Symptome einer Ursache zuordnen und dadurch sachlicher und konstruktiver handeln. Im weiteren Krankheitsverlauf (GDS Stadium 5) treten Symptome auf, die weitere Interventionen durch den Angehörigen nötig machen. Ohne diese Hilfe wären die Personen nicht in der Lage, weiterhin zu Hause zu leben. In diesem Stadium muss sich der Angehörige seiner Schutzfunktion sehr klar bewusst werden, da die Person mit Demenz Schwierigkeiten haben wird, den Alltag alleine bewältigen zu können und nicht mit dem Gefühl der Angst und Hilflosigkeit alleine gelassen werden kann. Im GDS Stadium 6 beginnen Personen Hilfe beim Anziehen, beim Baden und beim Toilettengang zu benötigen. Am Ende dieses Stadiums steht die Entwicklung einer Harn- und Stuhl-Inkontinenz. Ab diesem Zeitpunkt, der den Übergang zum letzten Stadium (GDS Stadium 7) markiert, wird körperliche Pflege benötigt. Es ist wichtig, betroffenen Personen stadienspezifisches Training und kognitive Stimulation zur Verfügung zu stellen, um die vorhandenen Funktionen so lange wie möglich aufrechterhalten zu können. (Auer & Reisberg, 2006; Auer, 2007; Auer, Gamsjäger, Donabauer, & Span, 2010).

Angehörige müssen vor allem für die Krankheitsstadien 6 und 7 lernen, ihren Kommunikationsstil auf die Bedürfnisse der Person mit Demenz einzustellen, um Verhaltensauffälligkeiten (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1998) zu verhindern. Personen im 7. Stadium der Krankheit verlieren die Fähigkeit verbal zu kommunizieren und sie verlieren graduell die Fähigkeit, sich koordiniert zu bewegen. Am Ende der Krankheit steht die Immobilität. Es gibt Angehörige, die ihre Lieben auch in diesem Stadium noch zu Hause betreuen wollen und dies ist mit kompetenter und professioneller Unterstützung möglich. Angehörige können im Krankheitsverlauf sehr stark von fachlichem Input und emotionaler Unterstützung profitieren. (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg, & Levin, 1996).

### 1.3.2. Förderung der Person mit Demenz: das stadienspezifische, retrogenetisch orientierte Training

Kognitive Funktionen sollen der Person mit Demenz durch das Training so lange wie möglich zur Verfügung stehen. Im Modell der Demenzservicestelle wird den betroffenen Personen ein stadienspezifisches Training nach retrogenetischen Prinzipien angeboten (Auer, Gamsjäger, Donabauer, & Span, 2010). Ein Training sollte stadienspezifisch sein, da die Bedürfnisse und die Fähigkeiten von Personen mit Demenz in den verschiedenen Stadien der Krankheit unterschiedlich sind. Die theoretische Grundlage hierfür bilden die klinischen Stadien der Alzheimer Demenz und die Theorie der Retrogenese. (Reisberg et al., 2002; Reisberg et al., 1982) In der Theorie der Retrogenese wird die Person mit Demenz als ein Individuum mit Kompetenzen angesehen, trotz bestehender Einschränkungen der ursprünglichen Leistungsfähigkeit. Die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten von Personen mit Demenz sollen durch das Training auf vielfältige Weise erhalten und gefördert werden. In erster Linie sollen die Fördermethoden von den Personen mit Demenz als sinnvoll empfunden werden - und der Spaß beim Bewältigen der Aufgaben soll im Vordergrund stehen. In diesem Sinne ist es als "globales Stimulationstraining" zu definieren, das die vielfältigen und grundlegenden Bedürfnisse in den verschiedenen Stadien respektiert. Durch die körperliche Aktivierung soll auch die Gefahr des Sturzrisikos minimiert und die vollständige Immobilität solange wie möglich verhindert werden. Diese Trainingsmethode kann im Einzel- oder Gruppentraining durchgeführt werden und sollte bis in die letzten Phasen der Krankheit aufrechterhalten werden (Auer & Reisberg, 2006). Im Modell der Demenzservicestelle führen speziell ausgebildete MAS Trainer das Training durch. (Schulz et al., 2012).



#### 1.4. Das Prinzip des positiven Lebenskonzeptes

Der Verlauf einer Alzheimer Demenz kann bis zu 15 Jahre dauern (Reisberg et al., 2011). Dies ist eine lange Zeit, die nicht ungenutzt verstreichen sollte. Auch wenn ein Mensch an einer Demenz erkrankt, kann er Lebensqualität empfinden, in seiner Krankheit als Persönlichkeit reifen und seine Umgebung in vielfältiger Weise bereichern. Um einer Person mit Demenz diese Möglichkeit zu geben, sollte möglichst früh eine Diagnose gestellt werden, sofern, und nur wenn die Person es selbst wünscht und zulassen kann. Eine frühzeitige Diagnose kann bewirken, dass eine betroffene Person lernt, die neue Situation zu akzeptieren, eine konstruktive Krankheitsverarbeitung zu entwickeln und frühzeitig Lebenskorrekturen (z.B. Versöhnung mit Familienmitgliedern) vorzunehmen. Eine frühe Diagnose ist auch für den Familienverband von größter Bedeutung, da gemeinsame Zukunftspläne erstellt werden können und der notwendige Lernprozess rechtzeitig einsetzen kann.

### 2. Praktische Umsetzung des Modells der Demenzservicestelle

#### 2.1. Die Mitarbeiter einer Demenzservicestelle

Das Team einer Demenzservicestelle besteht aus SozialarbeiterInnen, klinischen PsychologInnen und ca. 8-10 MAS TrainerInnen. Ein Team betreut Familien einer definierten geografischen Region, derzeit vorwiegend in den ländlichen Gebieten Oberösterreichs. Den drei speziell ausgebildeten Berufsgruppen sind spezifische Aufgabenbereiche zugeordnet, die in regelmäßigen Teamsitzungen und berufsübergreifenden Klausuren koordiniert und weiterentwickelt werden. Sozialarbeiter und Psychologen unterhalten darüber hinaus berufsspezifische Teamtreffen und Klausuren. Die Rollen der einzelnen Teammitglieder sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Die Rollen der einzelnen Teammitglieder einer Demenzservicestelle

Sozialarbeiter	Klinischer Psychologe	MAS-Trainer
Telefonische und persönliche Beratung	Psychologische Testungen	Erstellung eines Trainingsplans unter Supervision des klinischen Psychologen
Termine mit Familie koordinieren	Telefonische und persönliche Beratung	Organisation der Gruppentrainings in der praktischen Umsetzung
Organisation / Vortrag Ausbildungsmodul für Angehörige	Supervision der Trainingsinhalte des Betroffenen	Erste Ansprechperson für den Angehörigen / betroffene Person während des Trainings
Abhaltung Selbsthilfegruppe Angehörige	Vortrag Angehörigen Module	Erstellung des Trainingsprotokolls
Organisation Training für Betroffene	Teilnahme an Selbsthilfegruppen nach Bedarf und Thema	
Organisation gemeinde-naher Aktivitäten Koordination anderer Angebote		

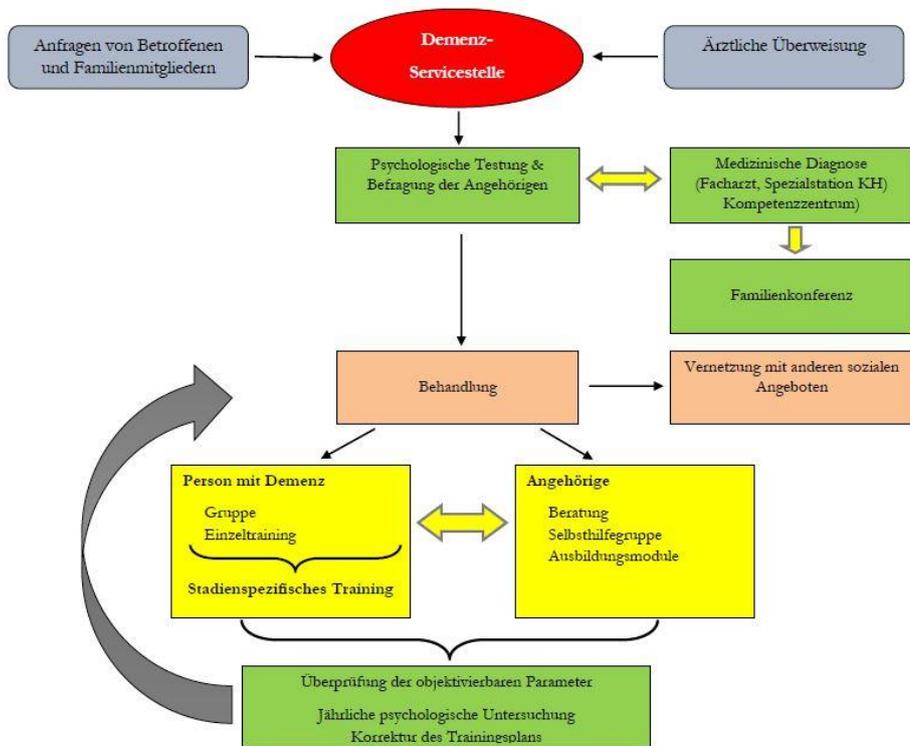
Die SozialarbeiterInnen sind verantwortlich für die Organisation der Demenzservicestelle, sie nehmen die Familien bei Erstkontakt auf und halten den Kontakt mit den Familien langfristig aufrecht. SozialarbeiterInnen sind auch die direkten Ansprechpersonen für die MAS-Trainer in organisatorischen Belangen. Die klinischen PsychologInnen führen die Eingangs- und Folgetestungen durch. Des Weiteren sind sie wesentlich für den Kontakt zu medizinischen Einrichtungen verantwortlich und fördern indirekt somit die zeitgerechte medizinische Diagnosestellung und die medikamentöse Therapie. Sie sind auch die fachlichen Ansprechpartner für die Inhalte des Trainings der Betroffenen.



Die MAS-Trainer führen die Trainings mit den Betroffenen regelmäßig in Gruppen-oder Einzelsetting durch. Derzeit ist in der Pilotregion des Projektes „aktion demenz leben“ ein Arzt Teil des Teams.

## 2.2. Die praktische Organisation einer Demenzservicestelle

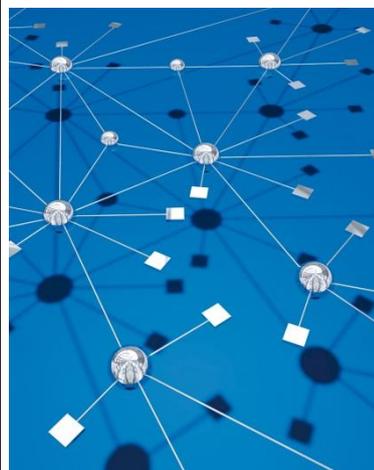
Abbildung 1 zeigt die praktische Organisation einer Demenzservicestelle.



Der Erstkontakt in der Demenzservicestelle erfolgt meist telefonisch. Der Sozialarbeiter informiert über die Angebote der Demenzservicestelle und über die Möglichkeit einer test-psychologischen Untersuchung. Auf Wunsch wird ein Termin vereinbart, zu welchem der Betroffene alleine oder in Begleitung eines oder mehrerer Familienmitglieder kommen kann. Bei dieser Untersuchung führt der klinische Psychologe ein Testgespräch durch, bei dem die kognitiven und funktionalen Fähigkeiten erhoben werden, auch die Verhaltenssymptomatik wird beurteilt. Dies geschieht im Rahmen eines stadienspezifischen wertschätzenden Klimas (Auer, Strotzka, Weber, Donabauer, & Psota, 2008). Ist eine signifikante Leistungsminderung erfassbar und liegt noch kein medizinischer Befund vor, so wird die Person in eine medizinische Einrichtung zur Abklärung der medizinischen Ursachen der Minderleistung überwiesen. Im Anschluss an die Untersuchung wird den Angehörigen die Teilnahme an Ausbildungsmodulen und an einer Selbsthilfegruppe angeboten. Betroffene selbst haben im Anschluss an die Untersuchung die Möglichkeit, an einem stadienspezifischen Training teilzunehmen. Die psychologischen Untersuchungen werden jährlich wiederholt und das Training wird entsprechend den Fähigkeiten im Krankheitsverlauf angepasst.

## 2.3 Die Akzeptanz des Angebotes der Demenzservicestelle

Im Rahmen praktisch-wissenschaftlicher Projekte wurde 2001 eine Demenz-Datenbank angelegt. In dieser Datenbank sind aktuell etwa 2600 Personen mit einer Ersttestung registriert (Stichtag: 28.12.2015). 48% dieser Personen sind in den beginnenden Stadien (Stadium 3 und 4) eines kognitiven Abbaus. Viele dieser Personen haben die Demenzservicestelle selbst als passendes Angebot für sich identifiziert, über die Jahre nahmen jedoch die Zuweisungen aus den Krankenhaus-Spezialambulanzen (psychiatrische Ambulanzen, neurologische Ambulanzen) sowie aus Privatpraxen stetig zu.



### 3. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das Modell der Demenzservicestelle hat sich in den letzten Jahren stetig weiter entwickelt und aufgrund der hohen Akzeptanz des Modells konnten bereits 6 Demenzservicestellen im ländlichen Raum Oberösterreichs etabliert werden. Damit hat in Oberösterreich potentiell jede Familie im ländlichen Raum Zugang zu einem spezifischen Hilfsangebot. Dies ist derzeit einzigartig in Österreich. Die Angebote werden sehr gut angenommen, sowohl von den Betroffenen, ihren Familien als auch von niedergelassenen Ärzten und nahversorgenden Krankenhäusern, die zunehmend Überweisungen vornehmen. Somit hat sich das Modell als zusätzliches Angebot zum medizinischen Angebot gut etabliert. Ein weiterer Ausbau dieses Modells könnte zu einer signifikanten Entlastung der medizinischen Strukturen beitragen, Menschen mit Demenz länger im häuslichen Umfeld belassen und somit in der Zukunft ökonomische Vorteile einbringen.

### LITERATUR

- Alzheimer Europe. (2013). *Dementia in Europe Yearbook 2013*.
- Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An Analysis of prevalence, incidence, cost & trends. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Alzheimer's Disease International (2012). National Alzheimer and Dementia Plans Planned Policies and Activities <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/national-alzheimer-and-dementia-plans.pdf>
- Auer, S., Donabauer, Y., Zehetner, F., & Span, E. (2007). Entlastung pflegender Angehöriger: Ein Programm der M. A. S Alzheimerhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20(2-3), 169–174. <http://doi.org/10.1024/1011-6877.20.23.169>
- Auer, S., Gamsjäger, M., Donabauer, Y., & Span, E. (2010). Stadienspezifisches retrogenetisches Training für Personen mit Demenz: Wichtigkeit der psychologischen Merkmale der einzelnen Stadien. In *Gedächtnistraining: Theoretische und praktische Grundlagen*. Springer Medizin Verlag Heidelberg, S.181-187. (pp. 181–187). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Auer, S., & Reisberg, B. (2006). Retrogenesis and Communication with persons in the severe stages of dementia. *Les Cahiers de La Fondation Médéric Alzheimer*, 2, 126–135.
- Auer, S. R., Span, E., & Reisberg, B. (2015). Dementia service centres in Austria: A comprehensive support and early detection model for persons with dementia and their caregivers - theoretical foundations and model description. *Dementia*, 14(4), 513–527. <http://doi.org/10.1177/1471301213502214>
- Auer, S., Strotzka, S., Weber, S., Donabauer, Y., & Psota, G. (2008). Leistungstestung von Menschen mit Demenz. *Psychopraxis*, 2, 16–21.
- Boss, P., Caron, W., Horbal, J., & Mortimer, J. (1990). Predictors of depression in caregivers of dementia patients: boundary ambiguity and mastery. *Family Process*, 29(3), 245–254.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G. D., Miller, S., & Sartorius, N. (1998). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Consensus Statement on Current Knowledge and Implications for Research and Treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(2), 97–100. <http://doi.org/10.1097/00019442-199805000-00002>
- Juraszovich, B., Sax, G., Rappold, E., Pfabigan, D., & Stewig, F. (2015). Demenzstrategie 'Gut Leben mit Demenz'. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Gesundheit Österreich GmbH.
- Mittelman, M. S., Epstein, C., & Pierzchala, A. (2003). *Counseling the Alzheimer's caregiver: a resource for health care professionals*. [Chicago, Ill.]: AMA Press.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA*, 276(21), 1725–1731.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178. <http://doi.org/10.1159/000316119>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.



- Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Auer, S. R., Akram, I., & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(4), 202–212.
- Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Kenowsky, S., Jamil, I. A., Anwar, S., & Auer, S. (2011). Alzheimer's Disease. In *Medical Aspects of Disability* (4th Edition, pp. 25–64). New York: Springer.
- Schulz, H., Auer, S., Span, E., Adler, C., Donabauer, Y., Weber, S., ... Meyer, M. (2012). Ausbildungsmodell für M.A.S-Trainer: Eine Praxisevaluierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(7), 637–641. <http://doi.org/10.1007/s00391-012-0297-3>

## ANHANG

### Demenzservicestellen in Oberösterreich

Demenzservicestelle Bad Ischl

Tel. +43 (0) 6132 21410-16

[demenzservicestelle-bad-ischl@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-bad-ischl@mas.or.at)

Demenzservicestelle Regau

Tel. +43 (0) 664 85 894 85

[demenzservicestelle-regau@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-regau@mas.or.at)

Demenzservicestelle Ottensheim

Tel. +43 (0) 664 85 466 99

[demenzservicestelle-ottensheim@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-ottensheim@mas.or.at)

Demenzservicestelle Micheldorf

Tel. +43 (0) 664 85 466 94

[demenzservicestelle-micheldorf@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-micheldorf@mas.or.at)

Demenzservicestelle Ried/Innkreis

Tel. +43 (0) 664 85 466 92

[demenzservicestelle-ried-im-innkreis@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-ried-im-innkreis@mas.or.at)

Demenzservicestelle Pregarten

Tel. +43 (0) 664 85 466 95

[demenzservicestelle-pregarten@mas.or.at](mailto:demenzservicestelle-pregarten@mas.or.at)

\* Mag. Patrick Pascher<sup>1</sup>, DSA Maria Reitner<sup>1</sup>, Mag. Elisabeth Linsmayer<sup>1</sup>, Mag. (FH) Roland Sperling<sup>1</sup>, Mag. Carmen Viereckl<sup>1</sup>, DSA Karin Laschalt<sup>1</sup>, Mag. Doris Prieschl<sup>1</sup>, Rosa Handlbauer<sup>1</sup>, DSA Ing. Gabriela Rathje<sup>1</sup>, Mag. Stefanie Plötzeneder<sup>1</sup>, Mag. (FH) Nicole Moser<sup>1</sup>, Mag. (FH) Edith Span<sup>1</sup>

(Hinweis: Lesen Sie im nächsten Newsletter über den Tätigkeitsbereich einer APN für Demenzerkrankte und deren Angehörigen im Universitätsklinikum Graz)

4. Newsletter ANP  
Ausgabe: 1-2/2016



## Auszug aus dem Positionspapier

Die sieben Kompetenzen der Advanced Practice Nurse (APN) wie von Hamric et al. (2009) beschrieben sind für Österreich als anzustrebende Ziele zu betrachten, an denen sich die Rollenentwicklung der APN in Österreich orientiert. Die dritte Kompetenz im österreichischen Positionspapier (2014, 2. Auflage, S. 9) lautet:

### Konsultation

Die Konsultation ist die fallbezogene kollegiale Beratung. Die/der Advanced Practice Nurse bringt zu Fragen der Behandlung und Betreuung ihre/seine fachliche Expertise in das multiprofessionelle Team ein. Die Beziehung zu anderen Gesundheitsberufen ist partnerschaftlich ausgerichtet. Die Expertise fließt ebenso in die Entwicklung und Umsetzung neuer pflegerischer Konzepte und in die Organisationsentwicklung ein.

## News und Aktuelles

### Kongressankündigung



6. ANP-Kongress, Thema: Herausforderung Beratung  
26. - 27. April 2016, FH OÖ Campus Linz & Schlossmuseum Linz

### ReferentInnen und ModeratorInnen ANP Kongress 2016

Sonja Freyer	Claudia Leoni Scheiber, MSc MScN
Anneke de Jong, MScN	Juliane Lippoldt, BSc
Mag.aDr.in Christina Dietscher	Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS
Monica Fliedner, MSN	Christine Ottinger
Franziska Geese (MScN)	Maria Röthlin
Herbert Herbst	Ingrid Rottenhofer
Michaela Herzog, BSc	Dr. med. Peter Tekal
Mag. <sup>a</sup> (FH) Sabine Katzmaier	Harald Titzer, BSc
Dr. Andrea Kdolsky	Elisabeth Tschachler
Mag. Dr. Eleonore Kemmetmüller	Peter Ullmann, MSc
Univ.-Prof. Dr. Vlastimil Kozon, PhD.	Brigitte Wanggo, MSc

Weitere Informationen und Anmeldung unter [www.fh-ooe.at/anp2016](http://www.fh-ooe.at/anp2016).

**Key Note am 26. April 2016 von 17 – 18 Uhr im Hörsaal 1**  
**Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS, FH OÖ, Linz**

Das (Un)vermögen von Kommunikation oder wie es gelingt, den Patienten zum aktiven Partner und Selbstproduzent seiner Gesundheit zu machen

**Eintritt frei!**

Anmeldung unter [anja.adami-irreiter@fh-linz.at](mailto:anja.adami-irreiter@fh-linz.at)

## Neues Wahlmodul im Lehrgang „Academic Advanced Nursing Practice“

Die Akademie für Weiterbildung der FH OÖ hat gemeinsam mit der AHOP (Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich) eine weitere Vertiefung im Lehrgang „Academic Advanced Nursing Practice“ entwickelt die:

**Cancer Nurse**  
(Pflege von Menschen mit Krebserkrankungen  
und deren Umfeld)

Start wird März 2017 sein!

Ebenso ist neben dem Lehrgang mit 90 ECTS der Besuch des Zertifikatsangebots (lediglich Vertiefung Cancer Nurse) im Ausmaß von 40 ECTS möglich.

Nähere Informationen auf [www.fh-ooe.at/anp](http://www.fh-ooe.at/anp)



## 4. Newsletter ANP

Ausgabe: 1-2/2016



## Public Lecture im Lehrgang „Academic Advanced Nursing Practice“

Im Lehrgang „Academic Advanced Nursing Practice“ werden zukünftig diverse Lehrveranstaltungen **öffentlich zugänglich** sein.

Am **11.3.2016** laden wir Sie zur Public Lecture „Familiensoziologie“ mit **Assoz. Prof. Mag. Dr. Sabine A. Haring** von der Universität Graz an den **Campus Linz** ein.

Die Teilnahme ist **kostenlos**.

Wir bitten um verbindliche Anmeldung unter [anp@fh-linz.at](mailto:anp@fh-linz.at).

## Wir sind an Ihren Ideen interessiert

Schreiben Sie uns: [afw@fh-linz.at](mailto:afw@fh-linz.at)

### Redaktionsteam:

Mag. Beate Czegka, MAS  
Pflegemanagement

Herbert Herbst  
Pflegepraxis

Daniela Kolar, BSc., MSc.  
Pflegepraxis

Juliane Lippoldt, BSc.  
ANP-Berufsentwicklung

Natalie Lottersberger  
Schnittstellenmanagement

Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS  
Hochschulbildung

Mag. Mag. Dr. Elisabeth Rappold  
Pflegeentwicklung

Mag. Paul Resetarics, MSc.  
Gesundheitspolitik

Reinhard Schmidt, MAS, MSc.  
Gesundheits- und Sozialmanagement

Mag. Dr. Berta Schrems  
Pflegewissenschaft

Harald Titzer, BSc.  
Pflegepraxis