

# FALLGESCHICHTEN



## HINTERGRUND UND INHALT

Im Rahmen der Evaluierung von Community Nursing Österreich ist in Austausch mit Community Nurses die Idee geboren worden, dass es für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit und der Politik hilfreich wäre, Fallgeschichten aus den Aufgabenbereichen der Community Nurses heraus zu sammeln. Ein Booklet mit steckbriefartigen Darstellungen der Fälle kann dazu dienen, die Aufgaben, Rollen und Aktivitäten der Community Nurses für politische Entscheidungsträger:innen sowie Bürger:innen darzustellen.

Mit diesem Hintergrund wurde die vorliegende Sammlung von Fallgeschichten erstellt. Ein großes DANKE an alle Community Nurses, die über den Sommer 2023 Fallgeschichten via Limesurvey mit dem Evaluationsteam geteilt haben. In dieses Booklet aufgenommen wurden alle Fallgeschichten, die möglichst vollständige Informationen zu den einzelnen Fällen beinhalten. Die Fallgeschichten sind vollkommen anonym, es ist kein Rückschluss auf Regionen, Klient:innen/Kund:innen oder Community Nurses möglich.

Wir hoffen mit dieser Übersicht dazu beitragen zu können, einen Einblick in das breite Aufgabenfeld von Community Nursing geben zu können.

Das Evaluationsteam der FH Kärnten

---

FH-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christine Pichler, Bakk. MA

Leitung / Head of: IARA-[Department ISAC – Intergenerational Solidarity, Activity and Civil Society](#)

Professur für Soziologie der / Professor for Sociology of Disability and Diversity Studies

Studienbereich Gesundheit und Soziales / study area Health Sciences and Social Work

Fachhochschule Kärnten / Carinthia University of Applied Sciences

Primoschgasse 10

9020 Klagenfurt am Wörthersee

Tel.: +43 5 90500 3326 / +43 676 3589778

E-Mail: [c.pichler@fh-kaernten.at](mailto:c.pichler@fh-kaernten.at)

## FALLGESCHICHTE 1

Fallbeschreibung	Die Klientin möchte die Unterstützung von CN in Anspruch nehmen, da sie durch eine feuchte Makuladegeneration bereits stark sehbeeinträchtigt ist. Da die Prognose sehr schlecht ist und ihr von ärztlicher Seite gesagt wurde, dass sie irgendwann erblinden wird, hat sie große Zukunftsängste und Panikattacken sind aufgetreten.
Alter	76
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Zukunftsängste bezüglich weiterer Versorgung zu Hause
Gesundheitsgefährdende Faktoren	psychische Situation
Gesundheitsfördernde Faktoren	Ressourcen bezüglich sportlicher Aktivitäten
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Beratungsgespräch bezüglich psychischer Situation und den Umgang damit</b> Es wurden mehrere Gespräche im Rahmen eines Hausbesuches geführt, bei denen der Klientin ihre Ressourcen im Umgang mit ihrer Situation und der Erkrankung aufgezeigt wurden.
	<b>Wohnraumadaptierung zur Sturzprophylaxe</b> Es wurde gemeinsam das Wohnumfeld bezüglich Sturzrisiken analysiert und die Klientin hat daraufhin diverse Adaptionen vorgenommen
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin zeigte sich sehr zufrieden mit der Betreuung und Beratung. Sie kann nun mit ihrer Lebenssituation besser umgehen. Sie nimmt wieder regelmäßig an sportlichen Aktivitäten teil und hat das Benzodiazepin-Präparat für die auftretenden Panikattacken absetzen können. Sie berichtet über mehr Sicherheit bezüglich Sturzrisiko im Wohnumfeld und hat nun ein Ruhfhilfe-Armband.

## FALLGESCHICHTE 2

Fallbeschreibung	Die Klientin hat seit 2018 multiple Insulte. Dadurch hat sie eine leichte Mobilitätseinschränkung, Wesensveränderung und einen Gesichtsfelddefekt. Sie hat Pflegestufe 3 und lebt mit ihrem Gatten in einem Bauernhaus, Landwirtschaft wird aber nicht mehr geführt. Ergotherapie wird durchgeführt. Einmal wöchentlich nimmt sie Tagesbetreuung und mobile Betreuung zur Körperpflege in Anspruch. Der Gatte und die Kinder sind überfordert.
Alter	66
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Die Klientin wird vom Gatten wenig unterstützt. Die Kinder sind berufstätig, disloziert und überfordert. Die Klientin benötigt im Alltag und zur Mobilisation Unterstützung und Motivation. Sie braucht diesbezüglich Informationen und Beratung, auch über etwaige Förderungen.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Einsamkeit und wenig Motivation. Bewegung und Übungen der Ergotherapeut:innen zu Hause.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Die Klientin ist kommunikativ und hat eine Tagesbetreuung. Mobile Pflege und Ergotherapeut:innen sind schon organisiert.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Anleitung der Angehörigen zur Kommunikation und gezielte Informationsvermittlung</b> Motivationsgespräche, Erstellung und Koordination einer individuellen Versorgungslandkarte sowie Erhöhung der Tagesbetreuung und mobiler Betreuung auf zweimal wöchentlich. Besuchsdienste zur Mobilisation und für Gespräche eingeleitet.
	<b>Beratung, Anleitung und gezielte Informationsvermittlung zur Mobilisation.</b> Besuchsdienste zur Mobilisation und für Gespräche. Hilfsmittel und Wohnraumadaptierung vorgenommen.
	<b>Gezielte Informationsvermittlung</b> Anleitung und Unterstützung beim Ansuchen um Pflegegeldhöhung und Förderungen. Beratung zur Kurzzeitpflege und Erwachsenenschutzvertretung.
Ergebnisse der Intervention	Die Familie zeigt eine gesteigerte Motivation und Antrieb, um etwas an der derzeitigen Situation zu ändern. Die unterstützende Kontaktperson bringt Sicherheit. Zukünftig finden vermehrte Kontakte über Tagesbetreuung und Besuchsdienste statt. Anleitung zur Mobilisation wurden organisiert und durchgeführt. Es wird um Förderungen angesucht.

### FALLGESCHICHTE 3

Fallbeschreibung	CN wird gerufen, um einzuschätzen, ob die Klientin zu Hause ohne mobile Dienste leben kann. Nach einem ersten Basisassessment kann Hilfe durch externe Dienste ausgeschlossen werden. Es wird gemeinsam mit der Klientin eine Pflegeplanung zu den bestehenden Risiken erstellt und ein Maßnahmenpaket aus den Bereichen, Sturzprophylaxe, Dehydratationsprophylaxe und Malnutritionsprophylaxe erstellt.
Alter	86
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Einschätzung, ob mobile Dienste nötig sind oder die Klientin weiter alleine in den eigenen vier Wänden zurechtkommt.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Wissensdefizit zu Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten, Physiologie der Ausscheidungsorgane, gesundem Ess- und Trinkverhalten und Hautpflege. Daraus resultiert eine geringe Selbstwertschätzung.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Klientin ist bemüht sich Wissen anzueignen, ist körperlich aktiv und führt Übungen bzw. gesetzte Maßnahmen durch.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Wissen über sturzauslösende Faktoren wird anhand von Bildern, Geschichten, Broschüren vermittelt.</b> 1x pro Woche werden Balance-/Kräftigungs- und Koordinationsübungen im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt bzw. wiederholt und ggf. korrigiert.
	<b>Wissensvermittlung zur Physiologie des Beckenbodens hat anhand von Videos und Broschüren stattgefunden</b> Ph-neutrale Pflegeprodukte zur Intimreinigung wurden mit der Klientin ausgesucht, Beckenbodentraining wurde anhand von Video gezeigt und erklärt. Die Klientin führt Übungen 1x am Tag alleine durch. Beckenbodenentlastende Stellungen beim Lachen, Husten und Niesen wurden auch gezeigt.
	<b>Kommunikationstechniken, wie das Senden von Ich-Botschaften und aktivem Zuhören werden angewandt, um den Selbstwert der Klientin zu stärken</b> Bei jeder Interaktion wird auf die Anwendung der oben genannten Methoden geachtet. Weiters wird die Klientin ermutigt über Erfolge zu sprechen. Seitens der CN werden positive Rückmeldungen gegeben z.B. über das Aufzeigen bereits erreichter Ziele.
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin äußert, dass sie sich innerhalb und außerhalb des Wohnraumes sicherer bewegen kann. Die Klientin spricht über ihre Stärken. Intakter Hautzustand durch entsprechende Pflege bleibt erhalten. Die Klientin trinkt mehr Wasser.

## FALLGESCHICHTE 4

Fallbeschreibung	Eine 55-jährige Klientin nahm Kontakt auf und bat um Hilfe, da sie die Diagnose primäre Lateralsklerose bekam, mit der nicht nur sie maßlos überfordert war, sondern auch die ganze Familie. CN unterstützt mit Fachwissen über Hilfsmittel, Wohnungsadaptierung, Förderungen, Rehabilitation, Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige usw.
Alter	55
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Diagnose primäre Lateralsklerose
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Die Patientin kann den linken Vorfuß nicht mehr heben und der gesamte linke Fuß ist spastisch. Die Teppiche aus dem Wohnraum wurden entfernt. Pflegediagnose: beeinträchtigte körperliche Mobilität und Sturzgefahr.
Gesundheitsfördernde Faktoren	3-wöchige Rehabilitation beantragt und auch angetreten
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Prophylaxe, Informationsvermittlung, Beratung</b> Sitzfahrrad besorgt und Übungen gezeigt. Informationsvermittlung zu Förderungen, Aufklärung über die Krankheit, Pflegegeld und Berufsunfähigkeitspension beantragt, Rehabilitation in die Wege geleitet und Rehabilitationsservice beauftragt. Zudem Aufklärung der Familie über hilfreiche Veränderungen im Haus auf z.B. über die Montage eines Handlaufs.
	<b>Informationsvermittlung über Diagnose, Therapie, Behandlung der Klientin in Anwesenheit des Ehemannes sowie der vier Kinder</b> Erklärung der Krankheit und Beantwortung von Fragen der Familie; Aufklärung zu Hilfsmitteln und Einholung von Kostenvoranschlägen. Eine Rehabilitation wurde ebenfalls beantragt, die die Klientin auch angetreten hat. Der Ehemann wurde zum pflegenden Angehörigen.
	<b>Beratung</b> Beratung und Aufklärung über Förderungsanträge, z.B. Pflegegeld, Berufsunfähigkeitspension und Umbauförderungen. Dauer der Intervention 3 Stunden.
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin hat durch die regelmäßigen Übungen einer Verschlechterung des Krankheitsbildes erfolgreich entgegengewirkt. Die Rehabilitation wurde als sehr bereichernd empfunden. Die Familie ist dankbar für die Begleitung durch die CN.

## FALLGESCHICHTE 5

Fallbeschreibung	Eine Familie mit Migrationshintergrund hat drei Kinder im Alter von 10, 12 und 15 Jahren, die alle in Österreich geboren sind. Das mittlere Kind ist an Knochenkrebs erkrankt. Zu Beginn der Betreuung ging es um Pflegegeld, Schulassistenz, Entlastung der Mutter und Unterstützung in der Kommunikation mit Behörden. Mittlerweile ist es eine palliative Situation. Case Management im multiprofessionellen Team notwendig.
Alter	12
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Pflegegeld Neueinstufung; Physiotherapie; finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten; Mobilitätshilfsmittel. Die Situation inzwischen: Entlastung, Begleitung, Koordination der unterschiedlichen Professionist:innen.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Mittlerweile finanzielle Lage angespannt, Schmerzen, Obstipation und viel Verdrängung. Gefahr: Atemvorgang unwirksam
Gesundheitsfördernde Faktoren	Stabiles familiäres Umfeld, resiliente und lösungsorientierte Eltern, Hoffnung, bisher finanziell abgesichert.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Dekubitusprophylaxe - Edukation zu Mikrolagerungen; Atemvorgang - Edukation von Sauerstoff und Positionierung</b> Bei Hausbesuchen ca. dreimal gemeinsam mit Mutter und Vater Positionierungstechniken zur Dekubitusprophylaxe besprochen und ausprobiert. Sicheres Handling mit Sauerstoff/-tank und zur Nasenschleimhautpflege erläutert. Beruhigendes Einwirken, um wirksame Atmung zu ermöglichen. Oberkörper erhöhte Lagerung und Dauerkatheterspülung.
	<b>Diarrhoe: Inkontinenzmaterial, das die Kasse bezahlt zum Testen bereitgestellt und Analtampon erklärt.</b> Stuhlregulierende Maßnahmen 2 x mit Klientin besprochen z.B. Flohsamenschalen, getrocknete Heidelbeeren. Hautpflege im Intimbereich besprochen.
	<b>Entlastung pflegender Angehöriger</b> Zuhören; ressourcenorientierte Gesprächsführung und Anerkennung. Aufzeigen von Entlastungsmöglichkeiten durch weitere Hilfs- und Betreuungsdienste. Finanzierbarkeit geklärt.
Ergebnisse der Intervention	Entlastung der pflegenden Angehörigen und der Klientin wurde durch Aufzeigen bislang nicht bekannter Angebote und durch Hilfsmittel sowie durch Pflegetechniken und Gefahrenhinweise erreicht. Kompakte und umfassende Informationen aus einer Hand, keine Wartezeiten. Unerwartete Verschlechterung des Allgemeinzustandes und palliative Situation als Herausforderung;

## FALLGESCHICHTE 6

Fallbeschreibung	Klient ist 79 Jahre alt und hatte einen 27-tägigen Krankenhausaufenthalt im Oktober 2022. Er wurde von der Übergangspflege übernommen. Seine medizinischen Hauptdiagnosen bei der Entlassung waren: Polyneuropathie Gangstörung aufgrund multipler Spinalkanalstenosen und Zustand nach Delir. Seine Mobilität war bei der Übernahme massiv eingeschränkt und sein Ziel war die Erhöhung seines Bewegungsradius.
Alter	79
Geschlecht	männlich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Der:Die Kolleg:in aus der Übergangspflege hatte das Gefühl, dass der Klient zu Hause noch weitere Betreuung braucht. Zwar keine Hauskrankenpflege, aber jemanden an den er sich wenden kann und der ihn weiter begleitet z.B. eine Community Nurse. Der Klient fand den Vorschlag gut und meldete sich.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Risiko der Vereinsamung; unsicheres Gangbild mit Sturzgefahr und damit verbundene Herausforderungen im Wohnraum, Frailty Syndrom im Alter;
Gesundheitsfördernde Faktoren	Kommunikationsfähigkeit, Organisationstalent, Motivation zu Veränderungen.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Umfassende Erhebung des Gesundheitszustandes und der Ressourcen</b> Erster Hausbesuch mit der Dauer von 2 Stunden durchgeführt. Weitere Ergänzungen bei den Hausbesuchen jeweils 1,5 Stunden alle drei bis vier Wochen für 6 Monate mit u. a. Zusammenarbeit der Hausärzt:innen.
	<b>Individuelle gesundheitsfördernde Beratung und Informationsvermittlung bezüglich Hilfsangebote/-mittel.</b> Weitergabe von Kontakten zu z.B. mobiler Fußpflege, Unterstützung bei der Organisation von Anträgen, Terminen usw.
	<b>Psychosoziale Begleitung in Zuge der Gesundheitspflege</b> Aufzeigen von Uni 55-plus Angebot und soziale Kontakte pflegen
Ergebnisse der Intervention	Sein Bewegungsradius hat sich stark erweitert. Er fährt mit dem E-Scooter mit Sitz oder mit dem Rad in der Gemeinde herum. Er macht regelmäßig Gymnastikübungen und geht wieder zu Treffen seines Vereins. Das Wohlbefinden des Klienten hat sich im Betreuungsverlauf deutlich gebessert.



## FALLGESCHICHTE 7

Fallbeschreibung	Eine 83-jährige Dame lebt mit ihrer Tochter in einem gemeinsamen Haus mit 2 Wohneinheiten. Die Dame ist mobil, orientiert und selbstständig. Die Enkelkinder besuchen die beiden Damen sporadisch.
Alter	83
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Die 83-jährige Dame erlitt einen Oberschenkelhalsbruch und wurde nach der OP ohne Informationen nach Hause entlassen. Die Mobilität war sehr eingeschränkt. Die Tochter (pflegende Angehörige) hatte kurz zuvor eine Operation aufgrund eines Bandscheibenvorfalles.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Mangelndes Wissen, Keine Hilfsmittel vorhanden, Sturzgefährdende Umgebung
Gesundheitsfördernde Faktoren	Denkprozesse nicht beeinträchtigt, Motivation zum Handeln vorhanden, Hilfe durch die Tochter
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Begutachtung der Wohnsituation, Sturzprophylaxe und Wissensvermittlung zur Mobilisationsunterstützung</b> Telefonischer Erstkontakt, dann 1 Hausbesuch von 1 Stunde mit Tochter und Klientin. Weiterleitung an Bandagist:in und mobile Physiotherapeut:innen. Pflegegeldantrag gestellt und telefonisches Nachfragen, ob Handlungen umgesetzt wurden
	<b>Wissensvermittlung an Tochter und Klientin bezüglich Mobilisation</b> Wissensvermittlung wurde im Rahmen des Hausbesuchs durchgeführt. Information über rückschonenden Transfer. Unterstützung im Umgang mit Hilfsmittel
Ergebnisse der Intervention	Wissenserweiterung und Durchführung von Prophylaxen. Die Gewissheit, dass beide Damen Hilfe durch die CN erhalten. Aufgrund der Remobilisation durch die:den Physiotherapeut:in ist keine Hauskrankenpflege erforderlich. Es wurde eine sichere häusliche Umgebung geschaffen um weitere Stürze zu vermeiden

## FALLGESCHICHTE 8

Fallbeschreibung	Die Kontaktaufnahme erfolgte durch die Tochter, da eine belastende Situation mit der Mutter auftrat und sie nicht mehr weiter wusste. Ihre Mutter ist alleinstehend. Die Tochter wohnt rund 60 km entfernt, kommt jedoch ca. 1mal die Woche auf Besuch. Das Setting ist nicht akut, aber Handlungsbedarf ist vorhanden.
Alter	84
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Hilflosigkeit der Tochter, da sie Angst hat, dass ihre Mutter unterversorgt ist.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Einsamkeit, Mangelernährung (Appetitlosigkeit), Sturzgefahr
Gesundheitsfördernde Faktoren	Klientin misst täglich Blutzucker und 2 x täglich Blutdruck. Sicherheitsgefühl durch eine bemühte Tochter.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	Vermittlung zur:zum Gerontolog:in zur Optimierung der Medikation und zur:zum Physiotherapeut:in zum Muskeltraining. Hausbesuche und Beratung von Mutter und Tochter
	Beratung und Edukation zum Thema Mangelernährung und Information bezüglich der Möglichkeit von Trinknahrung.
	Information und Hilfestellung zu Pflegegeld, Behindertenausweis, Vorsorgevollmacht, Erwachsenenschutzvertretung und Patient:innen-Verfügung. Informationsweitergabe an und Beratung von Tochter
Ergebnisse der Intervention	Weitere Begleitung durch Community Nurse. Mutter: wertvolle Informationsvermittlung, Begleitung, Zuhören. Tochter: Verbesserung der Lebensqualität. Die Klientinnen sind sehr interessiert und bemüht in der Umsetzung.

## FALLGESCHICHTE 9

Fallbeschreibung	Zuvor häusliche Versorgung bei einer Klientin 83 Jahre mit Alzheimer Demenz. Es kam zum Sturz über die Treppe mit Schädelbasisbruch und Rippenfrakturen. Nach 3-wöchiger kompletter Immobilität aufgrund starker Sedierung und nachfolgender 1-wöchiger Re-mobilisation erfolgte die Entlassung in den häuslichen Bereich. Klientin ist ansprechbar und kann mit Unterstützung aufstehen. Gehstrecke 3 Meter mit Begleitung möglich.
Alter	83
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Ein Pflegeheimplatz ist nicht verfügbar. Eine Überbrückung der häuslichen Versorgung bis zur Aufnahme in die stationäre Langzeitpflege notwendig.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Sturzgefahr; Beeinträchtigte körperliche Mobilität; Mangelernährung; Selbstversorgungsdefizit (Waschen, Kleiden, Essen und Trinken, Ausscheidung), Beeinträchtigte Gedächtnisleistung und soziale Interaktion; Unwirksames familiäres Gesundheitsmanagement
Gesundheitsfördernde Faktoren	Bereitschaft für eine verbesserte Selbstbestimmung.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Wohnraumgestaltung, Hilfsmittelbeschaffung</b> Intensiver Kontakt mit CN; Beratung und Begleitung von Klientin, Gatten, Betreuungspersonen, Töchter, Schwiegersöhne, Enkel und der Schwägerin
	<b>Intensive Einschulung zur fördernden Pflege und Aktivierung der Ressourcen</b>
	<b>Förderung der Selbstbestimmung, Motivation, Beziehungsaufbau</b>
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin ist aktuell selbständig und ohne Hilfsmittel mobil, inklusive Treppen steigen. Sie ist kontinent und gibt deutliche Besserung des subjektiven Wohlbefindens an. Die Angehörigen geben eine deutliche Entlastung an. Unerwartet: Massive Steigerung der Selbständigkeit und der Übernahme von Eigenverantwortung. Lt. Angehörigen deutliche Verbesserung der dementiellen Symptomatik.

## FALLGESCHICHTE 10

Fallbeschreibung	Der Klient war vorher mobil und hatte eine selbständige Lebensführung. Akutaufnahme durch rapide Verschlechterung des Zustandes. Er war 4 Monate stationär im Krankenhaus. Der Gesundheitszustand ist teilweise sehr schlecht und er hat starke Schmerzen. Hoffnungslosigkeit beim Klienten ersichtlich. Familie möchte Klient unbedingt zu Hause betreuen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus meldeten sie sich frühzeitig bei CNs zur Unterstützung und Organisation der Pflege zu Hause.
Alter	86
Geschlecht	männlich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Organisation von Pflege- und Betreuungsleistungen, Informationsbedarf der pflegenden Angehörigen.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Der Urgroßvater wird zum Pflegefall. Die häusliche Pflege ist neu für die Familie und verändert den Familienprozess. Hoffnungslosigkeit beim Klienten, starke Schmerzen und Verzweiflung
Gesundheitsfördernde Faktoren	Große Familie mit gutem Zusammenhalt und gegenseitiger Unterstützung. Klient spricht über Sorgen. Es gibt viel Besuch durch Familie
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<p><b>Überlastung pflegender Angehöriger vermeiden; Zusammenhalt stärken, gezielte Informationsvermittlung.</b></p> <p>2 persönliche Gespräche und mehrere Telefonate mit der Schwiegertochter. Informationen bezüglich mobiler Dienste, Selbstversicherung pflegender Angehörige, Pflegegeld, Hilfsmittel und bauliche Maßnahmen. Offene und ehrliche Kommunikation zwischen allen Familienmitgliedern. Es erfolgt regelmäßiger Austausch.</p> <p><b>Lebenswille stärken, Gespräche mit Familie und Pflegepersonal der Station, Beschäftigungen finden</b></p> <p>Besuch vom Pfarrer im Krankenhaus. Abwechselnder Besuch von Familienangehörigen und Videotelefonate mit Enkeln und Urenkeln. Selbstständigkeit wahren und fördern, Alltagsgestaltung im Krankenhaus umsetzen. Zeitungen werden von zu Hause mitgebracht. Informationen über Neuigkeiten im Wohnort; Familie;</p>
Ergebnisse der Intervention	Der Patient kann nach 4 Monaten im Krankenhaus wieder ins eigene Haus zurück und kann sich tagsüber gut beschäftigen. Die Schmerzsituation hat sich gebessert. Die Selbständigkeit wird täglich besser. Er ist zufrieden mit der Betreuung und Pflege durch die Angehörigen und der mobilen Dienste. Der Klient hat wieder mehr Lebenswillen und Frohsinn. Telefonate und Gespräche nach dem Krankenhausaufenthalt mit den Angehörigen und dem Patient sowie 2 Follow-up Besuche nach Entlassung aus dem Krankenhaus..

## FALLGESCHICHTE 11

Fallbeschreibung	Der Großneffe hat Erstkontakt hergestellt. Der Klient ist männlich, 92 Jahre alt und verwitwet. Er lebt alleine in einer Wohnung im 3. Stock ohne Lift. Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes hatte er keine Unterstützung durch einen mobilen Dienst. Die Familie besteht aus einem Neffen, einen Großneffen und einer Großnichte. Der Klient hat keine eigenen Kinder. Er lebt eher zurückgezogen, wegen seiner körperlichen Einschränkungen durch Ödeme und Schwindel.
Alter	92
Geschlecht	männlich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Der Großneffe hat Erstkontakt hergestellt aufgrund des zunehmenden Alters und der zunehmenden körperlichen Beschwerden seines Großonkels. Dieser ist nicht mehr in der Lage den Alltag selbstständig zu bewältigen. Er bittet um eine Einschätzung vor Ort.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	terminale Niereninsuffizienz, massive Unterschenkel-Ödeme, fehlende Gesundheitskompetenz vor allem im Bereich des Medikamentenmanagements, aber auch bei alltagsrelevanter Bürokratie, wie Rechnungen begleichen, Versicherungen etc. Auch der Lebensmitteleinkauf ist eintönig.
Gesundheitsfördernde Faktoren	altersentsprechend gute Kognition
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Sturzprophylaxe: Anleitung zum Tragen von festem Schuhwerk im häuslichen und außerhäuslichen Bereich</b> Beim ersten Hausbesuch wurde die Sturzgefahr identifiziert. Dann Involvierung der Nachbarin zum Kauf von festem Schuhwerk. Bei jedem Hausbesuch wurde die Wichtigkeit des Tragens fester Schuhe vermittelt. Es folgten ca. 10 Hausbesuche.
	<b>Informationsvermittlung und -koordination zu mobilen Dienst</b> Organisation von Haushaltshilfe und Hilfe beim Einkauf. Annahme der Unterstützung nach ca. 5 Hausbesuchen und Informationsgesprächen.
	<b>Edukation: Notruf-Armband tragen</b> Der Klient hatte bereits ein Notrufarmband, dieses trug er jedoch nicht. Bei jedem Hausbesuch erneut auf die Wichtigkeit des Notrufarmbandes aufmerksam gemacht.
Ergebnisse der Intervention	Die Situation zu Hause verbessert sich deutlich. Eine Haushaltshilfe wurde implementiert. Zu einem späteren Zeitpunkt und nach vielen Gesprächen mit dem Klienten konnte CN auch noch die Hauskrankenpflege involvieren. Das Essen wurde nun regelmäßig telefonisch vom Klienten als Tiefkühlkost für eine Woche bestellt. Soziale Teilhabe: durch mobilen Dienst gab es Senior:innentreffen. CN motivierte den Klienten zum Essen gehen ins Stammgasthaus

## FALLGESCHICHTE 12

Fallbeschreibung	Eine alleinlebende Dame, 75 Jahre alt, wohnt in einer ländlichen Gegend in einem Einfamilienhaus. Die Dame hat eine diagnostizierte Multiple Sklerose. Seit einer Borreliose-Erkrankung vor 5 Jahren sowie mehreren Schüben der Multiplen Sklerose ist die Dame auf Hilfsmittel für die Bewegung angewiesen. Die Dame wird informell von ihrer Schwester und teils ihrer Tochter betreut, jedoch nicht in dem Ausmaß des tatsächlichen Pflegebedarfes.
Alter	75
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Inanspruchnahme formeller Betreuungsmöglichkeiten und Hilfestellung bei bürokratischen Angelegenheiten (Pflegegeldklage)
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Klientin trifft zu ihrer Gesundheit kaum selbst Entscheidungen (Überforderung); Mobilität beeinträchtigt; Wissensdefizit
Gesundheitsfördernde Faktoren	Klientin geht regelmäßig zur Physiotherapie, verwendet Hilfsmittel und kennt Stolperfallen
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Informationsvermittlung bezüglich des Pflegegeldes und Klage</b> Beratung und Information
	<b>barrierefreier Badezimmerumbau</b> Beratung und Information
Ergebnisse der Intervention	Die Pflegegeldklage war erfolgreich und fiel zu Gunsten der Klientin aus. Die Klientin gibt an, dies ohne Unterstützung der CN nicht geschafft zu haben. Ein barrierefreier Umbau ist noch in der Überlegung.

## FALLGESCHICHTE 13

Fallbeschreibung	Klientin lebt in einer kleinen barrierefreien Wohnung. Ihr Heim ist voll von Dingen unterschiedlicher Art, die sich im Lauf ihres Lebens angesammelt haben und von denen sie sich nicht trennen kann (vergleichbar mit „Messie-Haushalt“). Klientin wendet sich telefonisch an die Community Nurse: "Das Chaos wächst mir über den Kopf. Ich benötige Hilfe."
Alter	75
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	"Messie" Haushalt, Überforderung im Haushalt
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Schwierigkeiten beim Wahren der häuslichen Sauberkeit, unordentliche Umgebung, eingeschränkte Mobilität, unzureichende finanzielle Mittel.
Gesundheitsfördernde Faktoren	kann um Unterstützung bitten, Problemwahrnehmung vorhanden
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Hausbesuch durch Community Nurse, Durchführung der Anamnese und gemeinsames Ziel festlegen, Vermittlung zum "Aufräum Coach"</b> Suche nach „Aufräum Coach“ durch CN und mit Klientin gemeinsam den "Aufräum Coach" angerufen. Weitervermittlung an Sozialberatung bezüglich finanzieller Unterstützung. Klientin an Bewegungsprogramm "Sturzprophylaxe" vermittelt, um Mobilität zu fördern.
	<b>Angehörigengespräch aufgrund Überlastung pflegender Angehöriger.</b> Einmalige Hilfe bei Aufgabenverteilung innerhalb der Familie durch CN. Beratung Pflegehilfsmittel durch CN: Einholung, Verordnung und Anschaffung durch Familie. Vermittlung eines stundenweisen Betreuungsdienstes durch CN.
	<b>Informationsvermittlung zum Krankheitsbild Demenz, Beratung Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten</b> Terminvereinbarung zur psychologischen Austestung und Begleitung durch CN aufgrund fehlenden sozialen Netzwerks. Vermittlung eines wöchentlichen Gedächtnistrainings mit Kooperationspartner:innen der Volkshilfe. Aktivierung der Nachbarschaftshilfe zur Verlaufsbeobachtung.
Ergebnisse der Intervention	Bsp. 1: Verwahrlosung verhindert. Mobilität verbessert. Anbindung an soziales Netzwerk. Bsp. 2: Entlastung pflegender Angehöriger. Gestärkter Zusammenhalt im Familiensystem. Akzeptanz der Intervention. Häusliche Pflege weiterhin möglich. Bsp. 3: Bewusstwerdung und Verständnis für das Krankheitsbild. Das Wissen selbst etwas für die eigene Gesundheit und Merkfähigkeit leisten zu können.

## FALLGESCHICHTE 14

Fallbeschreibung	Eine alleinerziehende Mutter von 3 minderjährigen Kindern wird vom Ex-Partner seit Jahren gestalkt. Es gibt häusliche Gewalt und Drohungen. Sie sucht Hilfe beim Gewaltschutz und bei der Gemeinde, da es auch finanzielle Schwierigkeiten gibt. Eine massive Angststörung liegt vor. Sie verlässt die Wohnung so gut wie gar nicht mehr und die Einkäufe erledigen die Kinder. Psychiatrisch nicht vorgestellt, in psychotherapeutischer Behandlung.
Alter	33
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Zielgruppe "Young Carers", Organisation psychosozialer Begleitung der Familie, Ansprechperson und Koordination des Falles
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Schlafstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit, Nervosität, Panikattacken, Vermeidungsverhalten; Furcht/Angst
Gesundheitsfördernde Faktoren	Lässt Hilfe zu, arbeitet aktiv mit, Optimismus, Wille zur Veränderung vorhanden; Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping
Interventionen und Durchgeführte Maßnahmen	<b>Informationsgespräch und Beratung über diverse Hilfsorganisationen vor Ort</b> Aufsuchende Leistung mit Klientin erfolgte wöchentlich für 3 Wochen à 1,5 Stunden
	<b>Kontaktaufnahme diverser Ärzt:innen (Hausärzt:in, Psychiater:in) und Koordination mit dem AMS</b> 1x Begleitung zum:zur Hausärzt:in, 1x Begleitung zum:zur Psychiater:in, da Klientin durch ihre Angst sehr verunsichert war und eine Begleitperson benötigt. Organisation von Krankmeldungen, da die Klientin nicht arbeitsfähig ist
	<b>Kontaktaufnahme und Organisation psychosozialer Dienste</b> Telefonische Kontaktaufnahme zu psychosozialem Dienst und Organisation eines Hausbesuches. CN beim Hausbesuch anwesend.
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin ist in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Zusätzlich wurde eine Sozialarbeiterin involviert, die auch die Kinder betreut. Leichte Fortschritte hinsichtlich psychischer Gesundheit bemerkbar. Die Klientin fühlt sich durch zentrale Ansprechperson sicher. Dadurch ist eine sehr gute Mitarbeit möglich. Ziel: Stabilisierung der Situation und Entlastung der Kinder



## FALLGESCHICHTE 15

Fallbeschreibung	Die Tochter der Klientin hat angerufen, um für die Mutter einen präventiven Hausbesuch auszumachen. Der Grund der Kontaktaufnahme war die Versorgung der Mutter, die in ihrem betagten Alter von 93 Jahren lt. Aussage der Tochter zusehends vergesslich wird. Es wurde mit Beiden ein Entlastungsgespräch bzw. ein Informationsgespräch geführt.
Alter	93
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Versorgungsangebot für die Klientin, um weiter alleine zu Hause bleiben zu können. Wohnungsbegehung, um optimale Verhältnisse zu schaffen. Informationen und Broschüren von den Stakeholdern aus der Umgebung anbieten. Über Freizeitangebot "Aktiv Altern" informieren
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Klientin im betagten Alter mit der Pflegediagnose Sturzgefahr.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Offenheit der Klientin für Unterstützung; Tochter, die Hilfe und Unterstützung bietet
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<p><b>Verwendung eines Leibstuhls in der Nacht und dadurch Sturzgefahr reduziert</b>  Besorgung eines Leibstuhles durch die Tochter über die Hilfsmittelbörse und Installierung eines Nachtlichtes. Die Einschulung dieser Hilfsmittel erfolgte durch eine Community Nurse. Die Tochter der Klientin wurde in sämtliche Vorgänge involviert. Die Durchführung erfolgte im Zuge eines präventiven Hausbesuches.</p> <p><b>Sturzprophylaxe im Badezimmer mit Anbringung eines Haltegriffes und einem Badebrett für die Badewanne</b>  Die Halterung wurde durch eine Firma angebracht Es wurde von einer Community Nurse gezeigt, wo die effektivste Position für diesen ist und erklärt, wie greife ich am besten an.  Das Badebrett von Orthopädischen Händler wurde von Tochter besorgt und die Handhabung durch eine Community Nurse gezeigt. Dies wurde im Zuge eines Hausbesuches durchgeführt und dauerte 1 Stunde durch eine Community Nurse.</p>
Ergebnisse der Intervention	Durch den präventiven Hausbesuch ist es zu einer Verbesserung der Lebensqualität zu Hause gekommen, da die Sturzgefahr für die Klientin reduziert wurde. Bisher sind noch keine zusätzlichen unerwarteten Ereignisse aufgetreten.

## FALLGESCHICHTE 16

Fallbeschreibung	Da die Klientin für eine geplante Operation stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde und nach ca. einer Woche wieder nach Hause entlassen werden sollte, möchte Sie sich vorab über mögliche Versorgungsangebote informieren. Sie lebt alleine in einem Haus und möchte gut vorbereitet sein, falls sie nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr selbständig ihren Alltag meistern kann.
Alter	83
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Information und Beratung bezüglich individuell angepasster Versorgungs- und Unterstützungsangebote.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Sturzgefahr. Sturzprävention im Rahmen der Beratung und präventiven Hausbesuches
Gesundheitsfördernde Faktoren	Physiotherapie als Sturzprävention, "Trittsicher und Mobil" Kursreihe, Hilfsmittel und Hausbegehung für Hinweise auf Sturzgefährdung.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<p><b>Sturzprophylaxe: Entfernung von Teppichen, Beschaffung von Hilfsmittel und Hocker für Dusche sowie Handgriffe.</b></p> <p>Hausbegehung erfolgte einmalig mit dem Hinweis auf Hindernisse und Stolpersteine z.B. Teppich etc. Hilfsmittelbeschaffung und Montage sowie Anleitung. Nachbarin kontaktiert Klientin einmal täglich, um sich nach ihrem Befinden zu erkundigen und mögliche Unterstützung anzubieten.</p> <p><b>Angebote und Information über Gesundheitsdienstleister:innen in der Region.</b></p> <p>Kontaktaufnahme zur Personenbetreuung um Versorgung und Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt sicher stellen zu können. Beratungstermin wurde organisiert. Kontaktaufnahme bezüglich Übergangspflege. Essen auf Rädern wurde organisiert.</p>
Ergebnisse der Intervention	Die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt war durch die Personenbetreuung gewährleistet, Essen auf Rädern und die mobile Physiotherapie wurden organisiert. Sämtliche Hilfsmittel wurden organisiert und montiert. Die Klientin war sehr zufrieden mit der Unterstützung zu Hause. Da alles vorab durch präventiven Ansatz organisiert und geplant werden konnte, kam es zu keiner Stresssituation.

## FALLGESCHICHTE 17

Fallbeschreibung	Pflegende Angehörige meldet sich verzweifelt per Telefon. Diagnose Pankreas Karzinom – Palliative Situation. Der Allgemeinzustand ihrer Mutter hat sich rapide verschlechtert und sie benötigt Hilfe bei der Körperpflege. Es ist kein Pflegegeld vorhanden und kein mobiler Dienst hat Kapazitäten.
Alter	88
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im städtischen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	nicht berufstätig
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Entlastung, Begleitung, Beratung und Angebote über Unterstützungsangebote.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Flüssigkeitsdefizit, Sturzrisiko, Familienprozess verändert,
Gesundheitsfördernde Faktoren	Guter Familienzusammenhalt, Klientin kooperativ.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<p>Prophylaxen und Delegation zu Hausärzt:innen zur subkutanen Flüssigkeitszufuhr. Körperpflege, Beratung, Unterstützungen. Körperpflege einmalig von Community Nurse und mit Unterstützung der Angehörigen durchgeführt. Organisation der subkutanen Infusionstherapie über Hausärzt:innen und Planung einer mobilen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege über das Wochenende. Schulung zur Mundpflege und Sturzprävention durchgeführt</p> <p>Klientin wohnt alleine, COPD, Allgemeinzustand ist reduziert und eine Beantragung von Pflegegeld wurde abgelehnt; Beratung, Begleitung, Unterstützungsangebote in finanzieller Hinsicht. Unterstützung bei der PflegegeldEinstufung und Organisieren einer Heimhilfe</p>
Ergebnisse der Intervention	Entlastung der Angehörigen, Dankbarkeit. Versorgung ist gewährleistet. Finanzielle Unterstützung durch Pflegegeld vorhanden.

## FALLGESCHICHTE 18

Fallbeschreibung	Klientin nimmt Kontakt mit CN auf, weil sie nach einer Hüftoperation zur Rehabilitation geschickt wurde, diese aber nicht wahrnehmen konnte, weil nun auch die zweite Hüfte operiert werden sollte. Die Klientin lebt mit dem Sohn in getrennten Wohnungen in einem landwirtschaftlichen Betrieb und ist mit einem Rollator mobil.
Alter	82
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Absage der geplanten Rehabilitation nach einer Hüftoperation
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Ein geplanter OP Termin wurde vom Krankenhaus verschoben. Die Klientin konnte auf Grund starker Schmerzen nicht mehr so viel gehen und die Muskelmasse baute sich schnell ab.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Die Klientin ist trotz schwerer Einschränkungen des Bewegungsapparates noch sehr mobil.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<p><b>Erklären und Durchführen von Muskeltraining und Evaluierung von Sturz-Gefahrenquellen im Haushalt.</b> Durchführung der Trainings jeweils nach Vereinbarung. Intervention um einen vorgezogenen Hüft-OP-Termin zu bekommen. Bereitstellung von Probematerial zur gelegentlichen Inkontinenzversorgung. Termine mit Angehörigen und Sturzprophylaxe durch Wegräumen von Teppichen ect wurden von der Klientin abgelehnt.</p> <p><b>Intervention zum OP-Termin und Beratung zu alternativen Hilfsmitteln.</b> Die Klientin bekam Stützstrümpfe verordnet, die sie nicht anziehen konnte und wollte. Gemeinsam mit dem:der Ärzt:in besorgten wir Thrombosestrümpfe, die sie annahm. Gehtraining, Versorgung mit Mahlzeiten.</p>
Ergebnisse der Intervention	Die Klientin konnte ihre Beweglichkeit durch Vorverlegung des Hüft-OP-Termins behalten. Sie war allerdings nicht bereit, zusätzliche Hilfestellungen anzunehmen. Ein Kompromiss von Thrombosestrümpfen anstelle von Stützstrümpfen gelang. Inkontinenzmaterial wurde von ihr getestet und als "gut" befunden. Jegliche andere Unterstützung und Interventionen wurden abgelehnt.

## FALLGESCHICHTE 19

Fallbeschreibung	Die pflegende Angehörige meldet sich: Ihr Gatte hatte erneut einen Insult und ist mittlerweile bettlägerig. Sie möchte ihn gerne zu Hause betreuen, weiß aber nicht, wie und ob sie es schafft. Gemeinsam mit CN wurde Situation zu Hause so gut wie möglich angepasst. Hilfsmittel und Heilbehelfe werden besorgt. Die pflegende Angehörige wurde geschult und begleitet, damit sie gut alleine zu Recht kommt.
Alter	80
Geschlecht	männlich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Gattin meldet sich, möchte Unterstützung bei der Pflege ihres Mannes mit Zustand nach Insult.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Bettlägerigkeit, Inkontinenz, Schluckstörung: Risiko für Dekubitus, Risiko für Pneumonie,
Gesundheitsfördernde Faktoren	Motivierte pflegende Angehörige, motivierter Patient, intaktes Familienumfeld
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Anleitung und Schulung zur Hautpflege, Wechsel der Inkontinenzversorgung, Essen eingeben und Verwendung der Hilfsmittel</b> Pflegende Angehörige wurde geschult und offene Fragen zur Hautpflege und Lagerung (Dekubitusprophylaxe) und Inkontinenzprodukten beantwortet, Oberkörper hoch beim Essen eingeben, Verwendung von Leibstuhl, Hebelift, Dekubitus-Matratze
	<b>Organisation und Beratung zu den notwendigen Hilfsmitteln</b> Beratung von Gattin und Sohn sowie Organisation von Hilfsmitteln
	<b>Edukation und Schulung in Bereich der Selbstpflege: Richtige Durchführung der Körperpflege</b> Schulung der Gattin zu Pflegeprodukten, Organisation der Hilfsmittel, tägliche Hautkontrolle, Intertrigoprophyllaxe
Ergebnisse der Intervention	Die Familie konnte für sich selbst sorgen. Es wurde kein zusätzlicher Dienst in Anspruch genommen. Die pflegende Angehörige fühlt sich sicher in ihrer Tätigkeit, erkennt Risikofaktoren für Dekubitus, Intertrigo und Infektionen; Hilfe zur Selbsthilfe und Vermeidung von Komplikationen. Sie meldet sich immer wieder für bestimmte Fragestellungen z.B. Veränderung der Haut, Appetitlosigkeit etc..

## FALLGESCHICHTE 20

Fallbeschreibung	Eine Nachbarin meldet sich für die Klientin bei den Community Nurses. Ein gemeinsamer Hausbesuch mit Nachbarin und Klientin wird vereinbart. Die Klientin wohnt sehr abgelegen in einem alten, unsanierten Bauernhaus ohne Zentralheizung. Es gibt einen kleinen Holzofen für zwei bewohnte Zimmer. Das WC und eine Waschgelegenheit sind im hinteren Bereich des Hauses, dort gibt es aber keine Wärmequelle. Es besteht kein Kontakt zu Angehörigen
Alter	83
Geschlecht	weiblich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt alleine
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Verschlechterung des Allgemeinzustands der Klientin nach Sturz und Wadenbeinbruch. Es besteht kein Kontakt zu Angehörigen und sie bekommt bisher keine professionellen Hilfen. Es herrschen schwierige Wohnverhältnisse.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Die Wohnsituation ist ungünstig und gesundheitsgefährdend. Die Klientin hat Diabetes Mellitus Typ 2, nimmt orale Medikamente ein, misst aber nicht den Blutzucker und hält keine Diät ein. Es besteht eine erhöhte Sturzgefahr. Die Klientin lebt allein und sehr isoliert.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Klientin hat Brieffreundinnen und schreibt häufig Briefe; Nachbarin kümmert sich
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Information und Beratung zur Wohnsituation (Altersgerechtes Wohnen, Betreutes Wohnen, Altenwohnheim)</b> Klientin ist bereits bei "Altersgerechtem Wohnen" angemeldet. Telefonat mit Gemeinde mit der Bitte um Vorreihung. Anmeldung im Altenwohnheim erfolgt.
	<b>Information und Beratung zu Mobilen Diensten für Unterstützung bei Körperpflege, Blutzucker-Messung und Medikamentenmanagement</b> Kontaktaufnahme zu und Organisation von Mobile Dienste für Körperpflege, Medikamentenmanagement und Blutzucker-Messung
	<b>Information und Beratung zu Notrufuhr vom Roten Kreuz und Sturzprophylaxe</b> Ausfüllen und Übermitteln des Antrags auf Notrufuhr; Gespräch über Sturzprävention mit Klientin
Ergebnisse der Intervention	Wohnraum wird Pflegebedarf angepasst (Krankenbett, Leibstuhl usw.) Mobile Dienste kommen 3x am Tag. Essen auf Räder). Vorübergehende Versorgung, bis Altenwohnheimplatz gewährt wurde. Die Klientin ist im Altenwohnheim zufrieden.

## FALLGESCHICHTE 21

Fallbeschreibung	Pflegende Angehörige ist die Ehegattin. Der Klient erkrankte an Parkinson. Keine Hauskrankenpflege und keine Heimhilfe vorhanden. Die Angehörige ist neben der Pflege selbstständig. Die Pflege wird alleine von der Ehegattin durchgeführt. Es ist eine stark belastende Situation für die Angehörige und den Klienten.
Alter	58
Geschlecht	männlich
Wohnhaft	im ländlichen Bereich
Wohnsituation	wohnt mit anderen Personen im Haushalt
Erwerbstatus	in Pension
Hauptgrund der Kontaktaufnahme	Die pflegende Angehörige ist stark belastet, weil sie ihren Ehegatten mit fortschreitender Parkinson Erkrankung pflegt.
Gesundheitsgefährdende Faktoren	Die Angehörige ist überlastet und somit nicht mehr in der Lage sich adäquat um den Klienten zu kümmern.
Gesundheitsfördernde Faktoren	Die Angehörige hat Kontakt aufgenommen und ist nun an verschiedenen Veranstaltungen und entlastenden Maßnahmen eingebunden.
Interventionen und durchgeführte Maßnahmen	<b>Selbstfürsorgefähigkeiten stärken</b> Selbstfürsorge Maßnahme für die Angehörige (Selbstfürsorge Tagebuch sowie Veranstaltungen)
	<b>Edukation durch Informationsvermittlung: Über die Erkrankung des Angehörigen weiter Informiert.</b> Dauer von einer Stunde. Bezüglich Parkinsonerkrankung und Speichelfluss aufgeklärt. Des Weiteren über Cystofix aufgeklärt, da dies im Raum steht.
	<b>Initiierung der Angehörigenentlastung</b> Angehörigenentlastung wird mit Dezember initiiert. Der Antrag wurde gemeinsam ausgefüllt und der soziale Hilfsträger informiert.
Ergebnisse der Intervention	Outcome ist, dass die Angehörige entlastet wird und somit ist die adäquate Pflege zu Hause weiterhin gewährleistet. Die Angehörige sowie der Klient bleiben in Kontakt und Interventionen sind frühzeitig möglich.