

**Professionelle Pflege und
Präventionsmaßnahmen beim Diabetischen
Fußsyndrom**

**AUTORIN:
DGKS GABRIELA HÖSL WDM**

2009

1 Kurzfassung

Diese Arbeit beschreibt einen interdisziplinären Behandlungspfad bei Diabetischen Fußsyndrom (DFS). Die Erkrankung Diabetes mit der Begleiterkrankung Diabetischer Fuß ist sehr komplex.

Obwohl Menschen mit Diabetes Mellitus sehr oft ihren Hausarzt aufsuchen, wird es noch immer toleriert, dass Menschen mit DFS sehr lange an chronischen Ulcera laborieren. Die Ätiologie liegt vor allem daran, dass diese Menschen ein verändertes Gefühlsempfinden bezüglich Druckbelastung an ihren Beinen haben. Gleichzeitig besteht sehr oft eine Veränderung der Blutgefäße. Die exogenen Faktoren sind minimale Verletzungen durch Fremdkörper, enges Schuhwerk, unsachgemäße Pediküre, denen von den PatientInnen kaum, oder keine Beachtung geschenkt wird. Dazu kann noch eine Veränderung der knöchernen Strukturen des Fußes mit einer starken Deformierung des knöchernen Aufbaues kommen. Durch strukturierte Schulung und gezielte Prophylaxe kann die Amputationsrate um 60% bis 70% reduziert werden (Stiegler H. 2004 S 104) Viel zu oft wird eine Majoramputation durchgeführt, obwohl bewiesen ist, dass es Behandlungskonzepte gibt, mit denen Amputationen sicher vermieden werden können. Kommt es zu Amputationen, steigt die Mortalität rasant an. Majoramputationen sind als schlimmste Komplikation beim DFS zu betrachten (Hochlenert D. et al 2006 A1682)

Immer wieder fordern betreuende Personen ein „Kochrezept“. Das ist durch die Komplexität des Krankheitsbildes nicht möglich. In dieser Arbeit habe ich die Kompetenzen von Pflegepersonen mit Zusatzkompetenzen aufgezeigt. Im nachfolgenden Behandlungspfad habe ich aufgezeichnet, welche Aspekte, je nach Krankheitssituation relevant sind. Weder eine Vorgangsweise nach Evidence - Based Nursing (EBN) noch Evidence - Based Medicine (EBM) können im Alleingang ausreichende Maßnahmen für betroffene Menschen gewährleisten. Der Symptomenkomplex „Diabetischen Fuß“ erfordert multidisziplinäre Zusammenarbeit. Mit einer Vorgangsweise nach Evidence – Based Practice (EBP). Erkenntnissen können Lücken in der Betreuung betroffener Menschen minimiert werden. Um eine phasengerechte Betreuung

betroffener Menschen auch graphisch darzustellen, habe ich einen Algorithmus erstellt. Dieser Behandlungspfad soll eine Unterstützung in der Zusammenarbeit für Pflegepersonal und medizinisches Personal sein. Außerdem habe ich einen Informationsfolder für Menschen mit einem diabetischen Fußsyndrom ausgearbeitet.

Inhaltsverzeichnis

1 Kurzfassung.....	Seite 2
2 Das diabetische Fußsyndrom (DFS)	Seite 5
2.1 Erforderliche Maßnahmen bei Diagnose Diabetes Mellitus.....	Seite 6
3 Gesundheitsberatung durch Pflegepersonen.....	Seite 7
3.1 Strategische Handlungsfelder der Pflege.....	Seite 7
3.1.1 Public Health.....	Seite 8
3.1.2 Disease – Management.....	Seite 8
3.1.3 Empowerment.....	Seite 9
4 Gesundheitszentren mit Wundkompetenz.....	Seite 9
4.1 Die Bedeutung eines Gesundheitszentrums mit Wundkompetenz.....	Seite 9
4.2 Algorithmus für den Versorgungsablauf bei DFS.....	Seite 10
4.3 Ziele in der Struktur für das behandelnde Personal.....	Seite 11
4.4 Ziele in der Struktur für die Organisationseinheit.....	Seite 11
5 Handout für Menschen Mit Diabetischen Fuß Syndrom DFS.....	Seite 12
6 Literaturnachweis.....	Seite 16
7 Tabellennachweis.....	Seite 17
8 Literaturliste.....	Seite 17

2 Das diabetische Fußsyndrom (DFS)

Infektionen, Ulzerationen und / oder Destruktionen tiefen Gewebes beim Diabetiker, die mit neurologischen Auffälligkeiten und verschiedenen Graden einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) in den unteren Extremitäten einhergehen (Burgmann H. AKH consilium)

Durch Neuropathien verlieren die PatientInnen zunehmend ihr sensorisches Wahrnehmungsvermögen. Durch die veränderte Tiefensensibilität ist die biomechanische Belastung im Gewebe nicht mehr physiologisch. Nach derzeitigem Wissensstand spielt eine Mikroangiopathie, obwohl immer wieder diskutiert, keine Rolle bei der Bildung eines DFS. Geringfügige Verletzungen unterschiedlichster Genese, wie Steinchen im Schuh, zu heißes Fußbad, schlechtes Schuhwerk und vieles andere mehr, werden bei einer bestehenden Neuropathie kaum wahrgenommen. Durch bereits bestehende Läsionen passiert es dann sehr rasch, dass sich Infektionen durch diese Eintrittspforten ausbreiten. Dabei spielt auch das sozio – ökonomische Umfeld eine wesentliche Rolle. Das DFS ist sehr facettenreich und kann von einer banalen oberflächlichen Läsion bis zu einer totalen Phlegmone des gesamten Vorfußes, ja sogar bis zum Unterschenkel, führen. Die Läsionen beim DFS werden in Stadien eingeteilt:

Einteilung nach Wagner:

Stadium	Läsion
0	Risikofuß, keine offene Läsion
I	Oberflächliche Läsion
II	Ulkus bis zur Gelenkkapsel, Sehnen oder Knochen
III	Ulkus mit Abszess, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
IV	Begrenzte Vorfuß – oder Fersennekrose
V	Nekrose des gesamten Fußes

Quelle: AKH Konsilium

Durch eine gestörte Biomechanik kann eine Deformierung des Fußes auftreten. Bei Diabetes Mellitus ist das DFS eine sehr schwerwiegende Diagnose. Nicht rechtzeitig diagnostiziert oder unzureichend behandelt, kann DFS den Verlust des Fußes durch eine Majoramputation erforderlich machen. Daraus resultiert extrem hohes menschliches Leid, gleichzeitig steigen die Kosten für das Gesundheitswesen exorbitant.

2.1 Erforderliche Maßnahmen bei Diagnose Diabetes Mellitus

Schon bei Diagnosestellung „Diabetes Mellitus“ ist es dringend erforderlich, nicht nur den Blutzuckerwert zu kontrollieren, sondern auch Vorkehrungen und Untersuchungen in regelmäßigen Abständen durchzuführen. Ich habe eine Tabelle erstellt, darin ist genau aufgelistet, wann PatientInnen mit Diabetes Mellitus einen Arzttermin haben sollen. An Hand dieser Tabelle ist sehr genau zu erkennen, dass zwischen den erforderlichen Arztterminen lange Spannen liegen, in denen Public Health einen ganz besonderen Stellenwert einnehmen soll.

Diese Tabelle von Dr. Berger zeigt, in welchen Abständen medizinische Kontrollen nötig sind.

Kontrolle	jährlich	¼ jährlich	monatlich
Gewicht	+	+	+
Blutdruck	+	+	+
Nüchternblutzucker	+	+	+
Blutzucker 2 h postbrandial	+	+	o
HbA1c	+	+	o
Microalbinurie	+	o	o
Serumkreatinin	+	o	o
Lipidstatus	+	o	o
EKG	+	o	o
Augenarzt	+	o	o
Gefäßstatus	+	o	o
Fußinspektion	+	+	o

Legende: + obligate Kontrolle, o fakultativ bei pathologischen Werten

Sehr schnell, als letzter Ausweg betrachtet, kommt es sonst zu einer Neueinweisung in ein Klinikum. Dass die Betroffenen dabei in die gleiche Einrichtung kommen, wie beim vorherigen Klinikaufenthalt ist eher die Ausnahme. Es entstehen Schnittstellen im Informationsfluss für alle involvierten BetreuerInnen der pflegerischen und medizinischen Berufsgruppen. Doppeluntersuchungen, Anwendungen, welche schon im Vorfeld nicht vertragen wurden und Komplikationen bargen, werden wieder angewandt, viele weitere Noxen entstehen, weil keine kontinuierliche Informationsform bis in den extramuralen Bereich verfügbar ist. Aus diesen Schilderungen ist klar zu erkennen, dass diese Vorgangsweise eklatante Kosten für das Gesundheitswesen verursachen. Menschen mit chronischen Krankheitsbildern brauchen ProfessionistInnen aus verschiedensten Berufsgruppen, damit den Anforderungen der Ottawa Charta 1986 entsprochen werden kann. Mit Gesundheitszentren, in denen auch entsprechende Pflegekompetenz geboten wird, kann diesen Anforderungen entsprochen werden. Diese Zentren sind regional anzubieten, damit ohne langer Transportwege, vor Ort erforderliche Maßnahmen geboten werden können.

3 Gesundheitsberatung durch Pflegepersonen

Mit dem GuKG aus dem Jahre 1997 ist die Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich berechtigt, gesundheitsfördernde Beratungen eigenverantwortlich durchzuführen (GuKG § 14).

3.1 Strategische Handlungsfelder der Pflege

Die Gesundheits- und Krankenpflege kann beratend fungieren, dabei geht es darum, individuelle Strategien für die Betroffenen zu entwickeln, damit diese selbst bestimmt und selbst kontrolliert weiter ihren Alltag meistern können. Mit Schulung und Anleitung können Kompetenzen der PatientInnen wesentlich gesteigert werden. Schon in der Ottawa Charta aus 1986 ist dabei besonders das soziale Lernen hervorgehoben. ExpertInnenwissen wird mit TeilnehmerInnen konfrontiert. Es ist also sinnvoll, eine gesteigerte Mündigkeit bezüglich Gesundheitsbewusstsein als Ziel in der Gesellschaft anzustreben.

Über Schulungen hinaus sollte sich die Pflege als Profession für InteressentInnen anbieten und profilieren. (Brisekorn – Zinke M. S 71). Auf psychosozialer, psychisch - emotionaler und kognitiver Ebene sollen die Menschen lernen, besser mit ihrer Krankheit umzugehen, sich damit auseinanderzusetzen, und bessere Fertigkeiten erlangen. Durch Vermittlung von Körpergefühl kann auch die Körperwahrnehmung gesteigert werden.

3.1.1 Public Health

Public Health hat zum Ziel vorzeitige Todesfälle und Krankheiten durch Erhaltung der Bevölkerungsgesundheit, zu reduzieren. Dabei geht es um Verbesserung der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens. Gesundheitserziehung, Prävention und frühdiagnostische Maßnahmen sind Eckpfeiler von Public Health. Alle Berufsgruppen, die mit PatientInnenbetreuung zu tun haben, sind in Planungen und Strategien einzubinden (Kolip P. 2002 S 7 – 22). Ein ganz besonders wichtiger Eckpfeiler von Public Health ist die Gesundheitsförderung im Sinne von Beratung. Das hat eine sehr große Bedeutung für Menschen mit DFS. Die Menschen erhalten Hilfe zur Selbsthilfe. EBP in Beratung und Betreuung sichert sowohl das ökonomische Interesse des Gesundheitswesens, gleichzeitig wird die Qualität gesteigert und gesichert. Im Vordergrund steht also eine Vermeidung von Erkrankungen. Im Krankheitsfall wird eine ehest mögliche Heilung und Reintegration in den Routinealltag angestrebt. Pflegepersonen können (GuKG § 14) Lernprozesse initiieren. Beginnend bei der Lebensplanung und Lebensgestaltung mit Diabetes Mellitus, bis hin zu einer verbesserten Körperwahrnehmung und Beobachtung zur Prävention von Läsionen und daraus resultierenden chronischen Wunden. Durch individuelle Anleitung und Förderung gesundheitserhaltender Maßnahmen kann die Kompetenz der PatientInnen zur eigenen Gesunderhaltung wesentlich gefördert werden.

3.1.2 Disease – Management

Ein Disease - Management – Programm (DMP) stellt ein evidenzbasiertes Behandlungsprogramm dar und ist durch die Anwendung von Pflegediagnosen

im Pflegeprozess möglich. Sehr wichtig ist auch eine Behandlungsanamnese, da damit schon im Vorfeld Doppeluntersuchungen und Anwendungen, welche schon früher nicht vertragen wurden, vermieden werden können.

3.1.3 Empowerment

Von der WHO wird Empowerment als wesentlicher Grundpfeiler der Gesundheitsförderung bezeichnet. Mit Empowerment ist gemeint, dass PatientInnen die verbesserte Möglichkeit zur aktiven und eigenverantwortlichen Mitarbeit von gesund erhaltenden Maßnahmen erhalten (Trummer u. et al BMGFJ S 7)

4 Gesundheitszentren mit Wundkompetenz

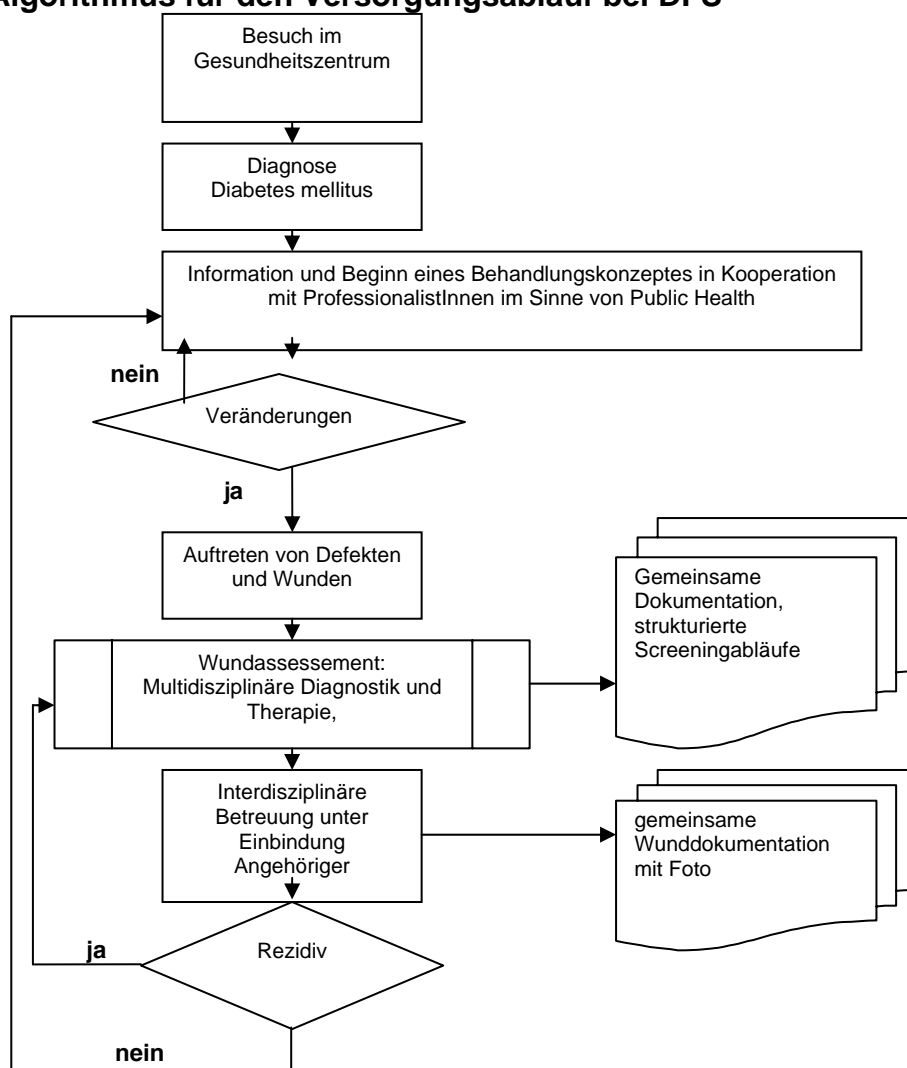
Durch demographische Veränderungen und einer gesteigerten Wettbewerbssituation unter den einzelnen Kliniken können Menschen mit langwierigen Krankheitsbildern nicht mehr bis zur Genesung in Kliniken gehalten werden. Diese Tatsache stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Es sind Einrichtungen erforderlich, welche den noch nicht genesenen Menschen auch außerhalb von Kliniken die Möglichkeit geben, ihren Heilungsprozess positiv zu beeinflussen. Nur so können lange Krankenstände, frühzeitige Pensionierungen und, damit einhergehend, eine Verringerung des persönlichen Einkommens vermieden werden. Stehen solche Einrichtungen für betroffene Menschen nicht zur Verfügung, entsteht sehr oft ein so genannter „Drehtüreffekt“ – damit ist gemeint, dass die Person noch nicht geheilt aus einem Klinikum entlassen wird. Zuhause entsteht sehr rasch eine Überforderung aller Betroffenen im persönlichen Umfeld.

4.1 Die Bedeutung eines Gesundheitszentrums mit Wundkompetenz

Die Errichtung eines Gesundheitszentrums mit Wundkompetenz bedeutet einen Strukturwandel im Gesundheitswesen. Das Pflegepersonal hat erweiterte Kompetenzen und hat das auch in einer dienstrechtlichen Beschreibung definiert. ANP bedeutet, dass die Pflegepersonen durch zusätzlich erworbenes Wissen professionell selbständig in einem definierten Rahmen agieren können.

Durch diese Vorgangsweise ist nicht mehr bei jedem Verbandswechsel ein/e anwesende/r Arzt / Ärztin erforderlich. (GuKG § 15) Trotzdem muss aber jederzeit ein/e Arzt/Ärztin verfügbar sein. (ÄrzteG i § 49 Abs. 3) Diese/r hat eine Zusatzkompetenz für Wundversorgung und entscheidet im Rahmen der Evaluierung, wie der Behandlungsplan weitergeführt wird. Auch alle neuen Entscheidungen werden in der gemeinsamen Dokumentation schriftlich festgelegt. Bei Verschlechterung des Zustandsbildes ist jederzeit eine Evaluierung erforderlich. (GuKG §16) Außerdem muss ein/e Arzt/Ärztin anwesend sein, damit betroffene Personen, nach deren ausdrücklichem Wunsch, jederzeit Auskunft oder zum - pflegerischen Informationsgespräch - auch ein medizinisches Gespräch bezüglich ihrer Situation erhalten können.

4.2 Algorithmus für den Versorgungsablauf bei DFS



An Hand dieses Algorithmus habe ich versucht aufzuzeigen, wann Präventionsmaßnahmen und Beratungstätigkeit für die Betreuung von Menschen mit DFS genügt. Dabei ist die Vorgangsweise immer Personenindividuell zu entscheiden. Es wird ersichtlich, dass bei erforderlichen Interventionen bezüglich Wundversorgung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist. Außerdem ist aufgezeigt, dass nur mit einer einheitlichen Dokumentation ein Vorgehen nach EBP möglich ist.

4.3 Ziele in der Struktur für das behandelnde Personal

Das Team ist speziell geschult und arbeitet Evidence Based Practice (EBP). Es gibt PflegeexpertInnen, damit kann das Prinzip von Advanced Nurse Practice (ANP) im Routinealltag gelebt werden. Das Team weiß über zeitgemäße Wundversorgungsstandards und Positionspapiere Bescheid und wendet diese Erkenntnisse in der täglichen Praxis an. Das Pflegepersonal kann und darf zur Wundpflege, im Rahmen der Eigenverantwortung, ausgewählte Medizinprodukte frei wählen. Die Behandlung erfolgt nach dem gesetzlich vorgegebenen Prozess. Regelgleich dem GuKG und dem ÄrzteG wird ein Behandlungsplan erstellt. Der Arzt legt alle therapeutischen Maßnahmen mit einer schriftlichen Verordnung fest. Ein Evaluierungszeitraum wird festgelegt. Dabei wird auch definiert, wann und mit welchem Assessment fotodokumentiert wird. (Regina Ertl, Ursula Kratzer S 145 – 146) . Durch erweiterte Kompetenz der Pflegekräfte brauchen weniger ÄrztInnen ständig vor Ort sein.

4.5 Ziele in der Struktur für die Organisationseinheit

Es bestehen Verfahrensregelungen für das multiprofessionelle Team (DNQP 2008 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden), dass Anwendungen und Entscheidungen nach EBP zu treffen sind. Es ist ausreichend Personal verfügbar, damit sowohl Leistungen, aber auch die Dokumentation zur Qualitätssicherung optimal erbracht werden können. Für alle betreuenden Personen gibt es eine gemeinsame Dokumentation. (Regina Ertl, Ursula Gratzner 2007 S 143) Jede betreuende Person kann jederzeit in die Dokumentation einsehen und mit eigenem Zugangscode in seinem

Verantwortungsbereich dokumentieren. Materialien für Beratung, Schulung und Anleitung der betroffenen Personen stehen zur Verfügung.

5 Handout für Menschen mit Diabetischen Fuß Syndrom DFS

Um das Vorsorgeverhalten und das Gesundheitsbewusstsein von DiabetikerInnen bezüglich DFS zu verbessern werden Informationsblätter ausgegeben. Diese sind auf einen doppelseitigen Folder A5 beschränkt, da zu lange Texte nicht gelesen werden. Diese Informationsblätter dienen zur Information und Anstoß, damit sich die betroffenen Personen mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Außerdem können vorgesehene Termine auf den Foldern eingetragen werden. Auch für kleine Notizen wurde Platz geschaffen.

Der nachfolgende Informationsfolder kann im Format von A5 als faltbare Version Verwendung finden

Damit Sie beschwerdefrei bleiben

**Vorsorgeempfehlung
für Menschen mit
Diabetischem Fuß Syndrom**



Pflegen Sie Ihre Füße richtig!

**Beim Diabetischen Fuß können sehr rasch Infektionen
entstehen.
Die schlimmste Komplikation kann eine Amputation erforderlich
machen**

Symptome und Begleiterscheinungen beim Diabetischen Fuß

- ❖ Oft besteht ein Kribbeln in den Beinen
- ❖ Das Schmerzempfinden ist verändert
- ❖ Falsches Schuhwerk, Fremdkörper im Schuh, Falten von Socken werden nicht richtig gespürt
- ❖ Das Kälte - und Wärmeempfinden ist verändert
- ❖ Die Haut schuppt sehr stark
- ❖ Dicke Hornhautschwielen können entstehen
- ❖ Die Durchblutung kann verändert sein
- ❖ Ihre Füße sind empfindlicher, bei kleinsten Verletzungen können Bakterien eindringen
- ❖ Die Infektionsgefahr ist groß

Damit Sie beschwerdefrei bleiben

- ❖ Bewegen Sie sich mindestens eine halbe Stunde täglich in der frischen Luft
- ❖ Gehen Sie niemals barfuß – Sie können sich durch kleine Fremdkörper minimale Verletzungen holen
- ❖ Vermeiden Sie einschnürende Bekleidungsstücke, damit Ihre Füße gut durchblutet werden
- ❖ Waschen Sie sich täglich die Füße und tragen Sie täglich eine dünne Schicht Pflegecreme auf.
- ❖ Schauen Sie die Füße dabei genau an, auch zwischen den Zehen.
- ❖ Verwenden Sie ein Badethermometer, damit Sie Verbrennungen durch zu heißes Badewasser vermeiden
- ❖ Machen Sie regelmäßig Fußpflege, wenn es zu beschwerlich für Sie ist, lassen Sie die Fußpflege von einer Fachperson machen
- ❖ Halten Sie Ihre Arzttermine ein
- ❖ Achten Sie auf Ihren Blutzuckerspiegel

Geplante Termine

Datum	In der Ordination von:

Notizen

6 Literaturnachweis

Brisekorn – Zinke M. 2003 Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung; in Pflege 2003 16:66 – 74; © Verlag Hans Huber Bern

Burgmann H. AKH consilium Diabetisches Fußsyndrom DFS (Diabetischer Fuß) Definition

http://www.akh-consilium.at/daten/diabetischer_fuss.htm 28. 12. 2008 23:11

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück Postfach 19 40, 49009 Osnabrück; Fax: (0541)969-2971; E-Mail: dnqp@fh.osnabrueck.de; Internet: <http://www.dnqp.de>
Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse; Wissenschaftliche Leitung: Eva - Maria Panfil

Ertl R. Kratzer U. 2007 Hauskrankenpflege; wissen – planen – umsetzen; Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

GuKG i.d.g.F.

Hochlenert D. et al 2006 Integrierte Versorgung: Ergebnisse des Netzwerkes Diabetischer Fuß Köln und Umgebung; in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 24, 16. Juni 2006; A1680 – A 1683 <http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/103/24/a1680.pdf> 28. 12. 2008 20:30

Kolip, P.: Textauszug aus: Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien. In: : Kolip, P(Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften.

Eine Einführung. Weinheim München: Juventa Verlag. S./22.
http://www.sgw.hsmagdeburg.de/kurmat/goepel/hoge/ggf/grundlagen/yhtml/pdf/def_prinzip_public_health.pdf 28. 12. 2008 21:45

Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro Europa, aus dem Moodle für den Lehrgang BM 05 an der Donau
Universität Krems

Stiegler H. 2004 Das Diabetische Fußsyndrom; in Zeitschrift Herz, Volume 29,
Number 1 / Februar 2004; Originalarbeit; Stronger Link Date Mittwoch, 25.
Februar 2004 <http://www.springerlink.com/content/k5ewb9ee1un67epr/> 28.12. 2008
20:15

Trummer U. et al 2003 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT FAMILIE
UND JUGEND (BMGFJ) Koproduktion durch Empowerment; Herausgegeben
vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV
Radetzkystraße 2, 1030 Wien; Druck: Hausdruckerei des BMGFJ
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

7 Tabellennachweis

Burgmann H. AKH consilium Diabetisches Fußsyndrom DFS (Diabetischer Fuß)
Definition

http://www.akh-consilium.at/daten/diabetischer_fuss.htm 28. 12. 2008 23:11

8 Literaturliste

Brandenbrug H. 2005 Wie gelangt neues Wissen in die Praxis der Pflege?¹ in
angewandte Pflegeforschung; PRINTERNET 09/05 S 468

Ertl R. Kratzer U. 2007 Hauskrankenpflege; wissen – planen – umsetzen;
Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Haslinger – Baumann E., Lang A. 2005 Die praktische Anwendung des Evidence – Based Nursing Konzepts zur Überprüfung einer adaptierten Pflegediagnose in der Hauskrankenpflege; in angewandte Pflegeforschung; PRINTERNET 04/05 S 246 – 249

Hinterhuber H. 2005; Leadership – mehr als Management; Was Führungskräfte nicht delegieren dürfen. 4. Auflage; © Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Pflegediagnose in der Hauskrankenpflege; in angewandte Pflegeforschung; PRINTERNET 04/05 Seite 247