

# Grundlagen der Pflegequalität

- 1.1 Merkmale der Pflegequalität und Qualitätsebenen – 4**
- 1.2 Qualitätshandbuch – 6**
  - 1.2.1 Ebene der Strukturqualität (Beispiele) – 6
  - 1.2.2 Ebene der Prozessqualität (Beispiele) – 7
  - 1.2.3 Ebene der Ergebnisqualität (Beispiele) – 8
- 1.3 Pflegeorganisationssysteme – 8**
  - 1.3.1 Funktionspflegesystem – 9
  - 1.3.2 Gruppenpflegesystem oder Bezugspflege – 9
- 1.4 Strukturierungsmodell der ABEDL (nach M. Krohwinkel) – 10**

## 1.1 Merkmale der Pflegequalität und Qualitätsebenen

---

Die »Pflegequalität« stellt ein äußerst komplexes und schwierig zu behandelndes Gebilde dar. Durch die Frage, was Pflegequalität auszeichnet, können wir uns einer genaueren Beschreibung nähern.

Eine Grundvoraussetzung von Pflegequalität ist entsprechendes Fachwissen der Pflegefachpersonen. In der Altenpflegeausbildung wird das Basiswissen einer professionellen Altenpflege vermittelt. Mit dem Bestehen der Examensprüfung und der fachlichen Anerkennung durch das Regierungspräsidium wird die Befähigung erworben, den Altenpflegeberuf auszuüben. Im beruflichen Alltag können die während der Ausbildung angeeigneten Fachkenntnisse ausgebaut, vertieft und weitere Berufserfahrungen gesammelt werden. Das Lesen von Fachzeitschriften und -literatur sowie das Besuchen von Fortbildungen hält das Fachwissen auf einem aktuellen Stand.

Pflegequalität ist heute eng mit Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft (► Abschn. 4.3) verknüpft. Der Pflegeprozess (► Kap. 2) und seine Beschreibung entwickelte sich aus solchen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Zu den grundlegenden Aufgaben der Altenpflege gehört die Pflegeprozessplanung als Teil des Pflegeprozesses. Pflegeprozessstandards und Qualitätsstandards (nationale Expertenstandards) sind richtungsweisend und qualitätsbestimmend. Pflegequalität ist daher auch das Ergebnis von bedarfsgerecht erbrachten Pflegeleistungen d. h. ein Ergebnis des Pflegeprozesses.

Um eine entsprechende Pflegequalität erreichen zu können, müssen einige Rahmenbedingungen bzw. Voraussetzungen auf der Ebene der Strukturqualität erfüllt sein:

- eine vorgegebene Anzahl und ein entsprechend zahlenmäßiges Verhältnis von Pflegefachpersonen und Pflegepersonen,
- die soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter,
- die klare Abgrenzung pflegerischer von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (insbesondere bei knappen personellen Ressourcen).

Die von Avedis Donabedian (1966) definierte Strukturqualitätsebene (die Rahmenbedingungen der Pflege) geht von personellen und materiellen Ressourcen aus, d. h. optimalen bis ausreichenden Voraussetzungen. Dennoch bin ich der Meinung, dass allein eine entsprechende Anzahl von Pflege- und Pflegefachpersonen noch kein Qualitätsmerkmal ist. Persönliche und fachliche Kompetenz, Motivation, Offenheit für Innovationen, das Einbringen

eigener Ideen und die Identifikation mit der Altenpflegeeinrichtung – das »Wir-Gefühl« – unterstützen die Entwicklung einer Pflegequalität.

Auf die Pflege kommen derzeit große strukturelle und inhaltliche Veränderungen zu. Die Leistungsempfänger und Kostenträger fragen immer häufiger: »Welche Pflegeleistungen in welcher Pflegequalität bietet eine Pflegeeinrichtung, und welche Pflegeleistungen können und möchten wir uns leisten bzw. bezahlen?«

Die Qualität der Pflegeleistungen wird durch die Heimaufsicht, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Sozialhilfeträger überprüft. Die Anforderungen sind im 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) explizit beschrieben. So heißt es in § 11 Abs. 1 und § 28 Abs. 3: »Die Leistungen sollen nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden«, weiter in § 12 SGB V und § 29 SGB XI heißt es: »Die Pflegeleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen«. § 112 besagt: »Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen«.

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) vom 01.01.2002 sind die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung (PflegeVG) im SGB XI neu geregelt:

- § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
- § 113a Verpflichtung, die nationalen Expertenstandards anzuwenden (neue nationale Expertenstandards müssen zukünftig im Bundesanzeiger veröffentlicht werden)
- § 114 Qualitätsprüfungen
- § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Das setzt voraus, dass die Pflegefachpersonen

- fachliches Wissen besitzen,
- Erfahrungen in der Gesprächsführung haben,
- den Pflegeprozess kennen und umsetzen,
- die gesamte Pflegedokumentation als Aufgabe der Pflege verstehen,
- Fähigkeiten und Erfahrungen in Einschätzung, Wahrnehmung und Entscheidung haben
- Interesse an Fort- und Weiterbildung mitbringen.

Inzwischen existieren eine ganze Reihe von Gesetzen und Institutionen, die von uns Pflegefachpersonen fachkompetentes Handeln und somit Pflegequalität und Qualitätssicherung einfordern. Die Qualität unserer Arbeit wird dabei auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene überprüft und muss von uns genau nachgewiesen werden. Dieses Buch soll dabei ein Hilfsmittel sein; es wird hier kontinuierlich aufgezeigt, wie die geforderte Qualität der Pflegeleistungen erreicht werden kann.

## 1.2 Qualitätshandbuch

---

Um bei der Organisation des Pflegebereichs einer Altenpflegeeinrichtung die ständig wachsenden Anforderungen an die Komplexität der Pflegeleistungen, die Pflegequalität und die Qualitätssicherung (gemäß § 112 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [PfWG] und Heimgesetz für Baden-Württemberg, Landesheimgesetz [LHeimG] vom 01.07.2008, § 11 Abs. 3: »Eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohner ..., einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.«) zu erfüllen, ist die Anwendung und die Einhaltung von Mikrostandards zwingend erforderlich. Diese Standards sind in einem sog. Qualitätshandbuch gesammelt. In solch einem Handbuch wird die Aufbau- und Ablauforganisation im Pflegebereich in standardisierter Weise erfasst. Dieses Qualitätshandbuch muss wie die Pflegeprozessionsstandards regelmäßig überprüft, aktualisiert und komplettiert werden, weshalb es meist und sinnvollerweise als Ordner angelegt ist. Außerdem muss es für alle Pflegemitarbeiter zur schnellen Information jederzeit einsehbar sein.

Das Qualitätshandbuch muss alle organisatorisch und konzeptionell relevanten Qualitätsrichtlinien, gesetzlichen Bestimmungen und Verfahrensanweisungen beinhalten. Bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen ist dieses Handbuch vorzulegen. Der Aufbau eines solchen Qualitätshandbuchs orientiert sich an den 3 Qualitätsebenen (► Kap. 3).

### 1.2.1 Ebene der Strukturqualität (Beispiele)

---

- Beschreibung der Altenpflegeeinrichtung
- Leitbild des Einrichtungsträgers

- Pflegeleitbild
- Pflegekonzeption nach einem bestimmten Pflegemodell
- Organigramm der Altenpflegeeinrichtung
- Stellenbeschreibungen
- Qualitätsrichtlinien, Qualitätsstandards und diverse Checklisten
- Pflegeprozessstandards, Verfahrensanweisungen und prospektiver Fortbildungsplan
- Liste der erforderlichen Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen
- Diverse Gesetze und Unfallverhütungsvorschriften
- Hygiene- und Arbeitssicherheitspläne (nach IfSG, HACCP, RKI, PQsG und MDK-Qualitätsprüfung)
- Einheitliche Prüfkriterien für die Heimaufsicht des Landes Baden-Württemberg vom Mai 2010
- Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Muster-Pflegeprozessdokumentation als Nachschlagewerk
- Informationsmappe für neue Klienten
- Rahmenplan für die praktische Ausbildung in der Altenpflege in Baden-Württemberg, Stand: Oktober 2010
- Weiterhin die Anzahl und Qualifikation der Pflege(fach)personen, die Qualifikation der Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachperson), die Bestimmung von Hygienebeauftragten, Sicherheitsbeauftragten, Medizinproduktebeauftragten und Qualitätsbeauftragten, das MPG/MPBetreibV-Handbuch und Dienstanweisungen
- Informationsordner für neue Pflegemitarbeiter und Altenpflegeschüler

### 1.2.2 Ebene der Prozessqualität (Beispiele)

---

- Pflege nach dem Pflegeprozess und die Pflegeprozessdokumentation
- Ablauforganisation im Pflegedienst in allen 3 Schichten
- Klientenorientierte bzw. den Anforderungen entsprechende Dienstplangestaltung
- Dienstübergaben, Fallbesprechungen, Pflegeprozessbegleitung (Pflegevisite), Teambesprechungen, Qualitätszirkel und das Erstellen von Protokollen
- Umsetzung von Träger- und Pflegezielen
- Umsetzung der nationalen Expertenstandards

- Umsetzung des Ausbildungsplans
- Informations-, Beratungs- und Veranstaltungsangebote für Klienten und Angehörige
- Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz nach außen
- Angehörigentreffen
- Zusammenarbeit mit dem Heimbeirat

### 1.2.3 Ebene der Ergebnisqualität (Beispiele)

---

- Beurteilung und Empfehlung des MDK oder der Heimaufsicht. Die Qualität der geprüften Pflegeeinrichtungen wird seit dem 01.07.2009 im Internet veröffentlicht
- Entsprechende Umsetzung bezüglich Struktur- und Prozessqualität: z. B.:
  - Ergebniskontrolle (Evaluation) der Pflegeprozessplanung und der Pflegeprozessdokumentation (Soll-Ist-Vergleich) oder
  - Auswertung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen anhand von Beschwerdemanagement und Fragebogenkatalogen für Pflegenden und Klienten sowie deren Angehörige bezüglich des Zufriedenheitsgrades

#### Zu Beachten

Ergebnisqualität bedeutet Überprüfung und ständige Verbesserung der bestehenden Strukturen und Normen. Die Überprüfung und Sicherung der Pflegequalität gehört in den Aufgabenbereich der Wohnbereichsleitung (WBL). Die Gesamtverantwortung obliegt der Pflegedienstleitung (PDL) bzw. der verantwortlichen Pflegefachperson (VPFP). Der entscheidende Faktor für die Pflegequalität ist die Definition der Pflege und die Einstellung aller in der Pflege tätigen Personen. Das Unternehmens- und Pflegeleitbild sowie die Pflegekonzeption geben den Pflegenden die Möglichkeit der Identifikation.

## 1.3 Pflegeorganisationssysteme

---

Mit der Funktionspflege bzw. der konsequenten Arbeitsaufteilung auf der einen Seite und der Gruppenpflege bzw. der Zusammenfassung von Pflege-

leistungen auf der anderen Seite stehen sich zwei grundlegend verschiedene Ablauforganisationssysteme gegenüber.

### 1.3.1 Funktionspflegesystem

---

Diese Pflegeorganisationsform ergibt sich hauptsächlich aus Wirtschaftlichkeitsgründen, durch bestimmte Arbeitszeitmodelle oder durch einen hohen Spezialisierungsgrad von Pflegemitarbeitern. Beim Funktionspflegesystem werden die am Klienten zu erbringenden Pflegeleistungen auf mehrere Pflegepersonen verteilt. Ganz bestimmte Pflegeleistungen werden regelmäßig von immer derselben Pflegeperson erbracht (es werden immer nur bestimmte »Funktionen« übernommen). Bedürfnisse des Klienten werden dabei kaum berücksichtigt. Der Klient hat zwar im Tagesablauf mehr zwischenmenschliche (kurze) Kontakte, eine feste Pflegebezugsperson, die ihn »ganzheitlicher« wahrnimmt, fehlt ihm jedoch.

Dieses System erfüllt nur den Mindeststandard, beachtet den Pflegeprozess und die ganzheitliche Betrachtungsweise und Individualität des Klienten aber nicht. Die Pflegepersonen empfinden u. a. das monotone und nicht eigenverantwortliche Arbeiten als nachteilig. Ein großes Problem stellt der erhöhte Bedarf an Informationsaustausch zwischen allen Prozessbeteiligten dar.

### 1.3.2 Gruppenpflegesystem oder Bezugspflege

---

Beim Gruppenpflegesystem übernimmt ein kleines Pflegeteam eine bestimmte Anzahl von Klienten. Um mit diesem System arbeiten zu können, müssen bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sein:

- Die Verantwortlichkeit muss klar geregelt sein.
- Ein Verständnis für Zusammenhänge muss vorhanden sein.
- Die Wichtigkeit des Pflegeprozesses muss von allen Pflegemitarbeitern erkannt worden sein.
- Eine klientenorientierte Betreuung und Pflege muss nach dem ganzheitlich fördernden Pflegeprinzip (► Abschn. 2.1) erfolgen.

Beim Gruppenpflegesystem wird die fachliche Verantwortung von 1–2 Pflegefachpersonen getragen. Diese koordinieren, beraten und unterstützen die

restlichen Pflegepersonen. Für die Überprüfung der Pflegeprozessplanung ist die gesamte Pflegegruppe zuständig. Mit diesem Pflegesystem ist eine individuelle und ganzheitliche Betreuung im Sinne des Pflegeprozesses möglich.

**Bezugspflege** ist eine klientenorientierte, aktivierende und ganzheitliche Pflegeorganisationsform. Der Klient hat seine »persönliche Bezugsperson« in allen entscheidenden Fragen. Das schafft Kontinuität, Sicherheit und Vertrauen.

## 1.4 Strukturierungsmodell der ABEDL (nach M. Krohwinkel)

---

Die ersten Pflegemodelle wurden schon in den 1950er Jahren in den USA entwickelt (Hildegard Peplau 1952 und Virginia Henderson 1955). Inzwischen gibt es, u. a. aufgrund der zunehmenden Etablierung der Pflegewissenschaften, insgesamt mehr als 30 pflegewissenschaftliche Pflegemodelle. Monika Krohwinkel ist bisher die einzige deutsche Pflegewissenschaftlerin, die ein konzeptuelles System ganzheitlich fördernder Prozesspflege entwickelte. Die von ihr formulierten Teilkonzepte sind:

1. ABEDL-Strukturierungsmodell und Kategorien fördernder Prozesspflege
2. Konzeptuelles Rahmenmodell (primäre pflegerische Interessen, Zielsetzung und Handlung)
3. Pflegeprozessmodell (Pflegeprozessplanung)
4. Managementmodell (Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege)
5. Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen (theoretische und praktische Reflexion des Pflegeprozesses d. h. Evaluation des eigenen Tuns)

Bei ihrem Strukturierungsmodell ABEDL (A = Aktivitäten, B = Beziehungen, E = Existentielle Erfahrungen, DL = des Lebens) orientierte sich Krohwinkel an den pflegewissenschaftlichen Arbeiten von Nancy Roper, Dorothea Orem, Martha Rogers und an dem humanistisch geprägten Psychologen Abraham Maslow. Neben der Beschreibung der Lebensaktivitäten (Gesundheits- und Lebensprozesse) formulierte sie, dass die existenziellen Erfahrungen, die jeder Mensch in seinem Leben macht, im Zusammenhang mit den Lebensaktivitäten und im Umgang mit ihnen eine entscheidende Rolle spielen.



### Kategorien fördernder Prozesspflege im direkten Durchführungsprozess nach Krohwinkel

- **Sichtbarkeit:** Die Pflegefachperson kann die Fähigkeiten und Ressourcen, Bedürfnisse und Defizite des Klienten erkennen und benennen. Die Transparenz für Klienten und Pflegende ist gegeben.
- **Ganzheitlichkeit:** Ein Zusammenhang und Wechselwirkungen der ABEDL existieren in allen Prozessphasen. Schwerpunktmäßig werden Fähigkeiten, Ressourcen und individuelle Bedürfnisse herausgefunden und in das Verhältnis zur Abhängigkeit gestellt.
- **Kongruenz** (Deckungsgleichheit): Es besteht ein Gleichgewicht zwischen physisch-funktionalen und psychisch-emotionalen Verhaltensmustern.
- **Kontinuität:** Von der Pflegebezugsperson werden alle Abläufe im Beziehungs-, Problemlösungs- und Entwicklungsprozess gewährleistet.
- **Unabhängigkeit** und **Wohlbefinden:** Dies sind Qualitätsgrößen, die durch Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität das Ausmaß der Förderung aufzeigen.

Die Kernaussage der »fördernden Prozesspflege« beschreibt Krohwinkel in ihrem Buch *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken*:

» Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse, unter Umständen das Leben selbst, hängen ab von Fähigkeiten und Ressourcen des Menschen, die es ihm ermöglichen:

- Lebensaktivitäten zu realisieren,
- soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten,
- mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umzugehen und sich dabei entwickeln zu können. « (Krohwinkel 2007, S. 220)

Somit orientiert sich die Pflege nicht primär an Defiziten und Abhängigkeiten des Klienten. Im Vordergrund stehen vielmehr ganzheitlich gesundheitsfördernde Maßnahmen d. h. wiederum Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Die Fähigkeiten und Ressourcen, die teilweise oder ganz zur Wiedererlangung von Unabhängigkeit führen können, werden

dabei besonders bewertet, da sie das Selbstwertgefühl und die Achtung des Klienten aufrecht erhalten. Mit dieser Schwerpunktbildung ist das Modell von Krohwinkel gut in der Altenpflege anwendbar. Gerade die Einbeziehung der sozialen Bereiche und der existenziellen Erfahrungen kann oftmals kritische Situationen älterer Menschen (z. B. im Krankheitsfall) mildern, wenn die Pflegebezugsperson mögliche Reaktionen und Entwicklungen frühzeitig einzuschätzen weiß und entsprechende Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) anbieten kann. Fortschritte und positive Erfahrungen werden wiederum als Ressourcen genutzt, aus denen Mut und Zuversicht geschöpft werden.

In den Jahren 1984 bis 1988 überarbeitete Krohwinkel die AEDL-Konzepte bzw. -Kategorien (»Aktivitäten und Existentiellen Erfahrungen des Lebens«) und beschrieb sie unter der Überschrift »Aktivitäten des Lebens realisieren können«. Bei den ersten 11 AEDL-Bereichen orientierte sie sich an Roper et al. (1987).

Die 12. Kategorie »Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können« unterteilte sie folgendermaßen (Krohwinkel 2006):

- Fördernde Beziehungen erhalten, erlangen bzw. wiedererlangen.
- Mit belastenden Beziehungen umgehen.
- Im Kontakt sein und bleiben mit sich und mit anderen.

Die 13. Kategorie »Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können« gliederte sie folgendermaßen (Krohwinkel 2006):

- Existenzfördernde Erfahrungen machen können.
- Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können.
- Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, unterscheiden und sich daran entwickeln können.
- Fördernde und belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen in die Lebensaktivitäten einbeziehen.

### Das ABEDL-Strukturierungsmodell nach Krohwinkel

1. Kommunizieren zu können: verbale, nonverbale und schriftliche Signale unter Einsatz von Hilfsmitteln senden und empfangen können, Beziehungen herstellen, aufbauen und pflegen, Erinnerungs- und Wahrnehmungsvermögen mitteilen können.

2. Sich bewegen zu können: innerhalb und außerhalb des Bettes, Gleichgewicht zwischen Bewegung und Ruhe herstellen können als Voraussetzung für geistige Beweglichkeit; Bewegungen im Bett (Lagewechsel) selbstständig oder mit Unterstützung und unter Einsatz von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen durchführen können.
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten zu können: Aufrechterhaltung von Kreislauf- und Wärmeregulation, selbstständig oder mit Förderung, Beratung und Unterstützung der Funktionen.
4. Essen und trinken zu können: abhängig von Lebens- und Umgebungsgewohnheiten, Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen, ausgewogene und altersentsprechende Nahrung unter Achtung von Mund- und Zahnstatus, Schluckfähigkeit, Hautinspektion, Gewichtskontrolle und Menge von Flüssigkeit.
5. Ausscheiden zu können: bedarfsgerechte Versorgung und Kleidung unter Berücksichtigung der Intimsphäre, Infektions-, Intertrigo-, Obstipations- und Sturzprophylaxe, spezielle Krankenbeobachtung von Urin und Stuhl.
6. Sich pflegen zu können: Förderung und Unterstützung von Lebensgewohnheiten, der Individualität und prophylaktische Maßnahmen.
7. Sich kleiden zu können: Kleidung auswählen können, sich selbst verwirklichen können, die erforderliche Unterstützung bekommen können.
8. Ruhen, schlafen und sich entspannen zu können: elementare Bedürfnisse befriedigen können, Entspannung und Schlaf nach eigenen Gewohnheiten gestalten können, adäquate Hilfen bei Bewältigung von Schlafstörungen annehmen, sich einer Organisation nicht anpassen müssen.
9. Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln zu können: Wohn- und Lebensumfeld gestalten können, Tagesgestaltung und Interessen verwirklichen können.
10. Die eigene Sexualität leben zu können: pflegen, kleiden, in Beziehung mit sich stehen, Nähe und Distanz herstellen können, sich und seinen Körper akzeptieren.
11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können: in seiner Umgebung sich wohl und sicher fühlen, den Lebensraum nach Wunsch gestalten können; Förderung selbstständiger Lebensführung, Sturz- und Verletzungsprophylaxe durchführen, Orientierungshilfen anbringen.

12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten zu können: bestehende Beziehungen aufrechterhalten, intakte Interaktion (Beziehungspflege und Wertschätzung) mit der pflegerischen Bezugsperson und den Angehörigen.
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können: sich auseinandersetzen mit existenzfördernden und -gefährdenden Lebenserfahrungen, die von lebensgeschichtlichen Erfahrungen, Biografie, Glaube, Religionsausübung und kulturgebundener Weltanschauung abhängig sind. Beispiele für existenzfördernde gegenüber existenzgefährdenden Lebenserfahrungen:
  - Vertrauen – Misstrauen,
  - Selbstständigkeit – Abhängigkeit,
  - Zuversicht – Ungewissheit,
  - Integration – Isolation,
  - Werden – Vergehen,
  - Sinn finden – Sinnverlust, Abschied nehmen, Sterben.

Pflegestandards Altenpflege

Korečić, J.

2012, XIV, 306 S. 14 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-20960-4