

Notfallsituation: Sicher handeln im Pflegeheim

Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Studie Mangelnde Kenntnisse können bei Pflegefachpersonen Handlungsunsicherheiten auslösen und zu Gefahrensituationen für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen führen. Was brauchen Pflegende, um mehr Sicherheit zu erlangen? Im Forschungsprojekt NOVELLE wird dieser Frage nachgegangen. ✍ Giovanni Rubeis, Martina Hasseler, Nadia Primc

ZUSAMMENFASSUNG

*Eine beträchtliche Anzahl an Notfalleinsätzen und Krankenhauszweisungen bei Pflegeheimbewohner*innen wird als vermeidbar eingestuft und stellt eine unnötige Belastung oder Gefährdung für die Bewohner*innen dar. Ein Grund für diese unnötigen Einsätze liegt häufig in Handlungsunsicherheiten der verantwortlichen Pflegefachpersonen. Im Projekt NOVELLE sollen Handlungsempfehlungen für ausgewählte Notfallsituationen entwickelt werden, die den Pflegefachpersonen eine operationalisierte Entscheidung ermöglichen und so deren Handlungssicherheit stärken. Hierfür wurden Herausforderungen für die Handlungssicherheit von Pflegefachpersonen mittels einer qualitativen Interviewstudie erhoben und ausgewertet.*

Schlüsselwörter: Notfallmedizin, Rettungsdienst, Handlungsempfehlung, stationäre Langzeitpflege, Pflegeethik

In Deutschland leben 24% der 3,4 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege (Statista 2019). Bewohner*innen von Pflegeheimen sind häufig multimorbide und werden polypharmakologisch behandelt (Bleckwenn et al. 2019, Fassmer & Hoffmann 2020). Im Vergleich zu Personen derselben Alterskohorte, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, weisen Pflegeheimbewohner*innen eine höhere Prävalenz von Notfalleinsätzen auf (Hullick et al. 2016). Pro Pflegeplatz erfolgt eine Notfallrettung jährlich, was eine erhöhte Häufigkeit im Vergleich zur Gesamtpopulation (0,2) bedeutet (Günther et al. 2019).

Seit Längerem ist bekannt, dass ein erheblicher Teil der Krankenhaustransporte nach Notfalleinsätzen in Pflegeheimen als vermeidbar eingestuft werden kann (Kada 2019; Kada et al. 2017; Tra-

han et al. 2016). Allgemein wird eine niedrige Zahl an Krankenhauszweisungen als ein Kriterium für eine qualitativ hochwertige Versorgung in Pflegeheimen angesehen (Günther et al. 2019). Dabei werden zum einen begrenzte Ressourcen in der Notfallversorgung gebunden, zum anderen bringen vermeidbare Krankenhaustransporte oftmals Gesundheitsrisiken für Bewohner*innen mit sich. Dazu gehören allgemeine Zustandsverschlechterungen, iatrogene Verletzungen, Fehlmedikation, ein erhöhtes Risiko für Delir sowie die Unterbrechung der pflegerischen Versorgung (Guion et al. 2021, Hullick et al. 2016). Als vermeidbar gelten Krankenhaustransporte, wenn sie die Folge von Versäumnissen bei der rechtzeitigen Erkennung von Zustandsveränderung sind, wenn Situationen fälschlich als Notfall eingestuft werden, oder wenn der Transport entgegen dem Willen von Bewohner*innen geschieht (Kada 2019; Trahan et al. 2016). Besonders hinsichtlich des letzten Aspekts zeigt sich, dass hierfür oftmals mangelnde Absprachen zwischen Ärzt*innen oder/und Bewohner*innen beziehungsweise Angehörigen und Pflegefachpersonen (PFP) ursächlich sind. Daraus lässt sich schließen, dass PFP oftmals die Handlungssicherheit fehlt, sodass im Zweifelsfall ein Notruf abgesetzt beziehungsweise eine Krankenhauszweisung in die Wege geleitet wird.

Diesen zentralen Aspekt der Handlungssicherheit von PFP adressiert das Projekt NOVELLE, ein sektorenübergreifendes und integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege, das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wird. Gegenstand des Projekts ist die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für PFP für den Umgang mit ausgewählten Notfallsituationen (NFS). Ein besonderer Fokus liegt auf der Integration des Willens von Bewohner*innen in Pflegeheimen. Zur Erprobung der Handlungsempfehlungen wird eine längsschnittliche kontrollierte Interventionsstudie mit qualitativer Struktur- und Prozessevaluation sowie quantitativer Ergebnisevaluation durchgeführt. Die Handlungsempfehlungen sollen den PFP in der stationären Langzeitpflege eine operationalisierte Entscheidung für oder gegen den Einsatz von lebenserhaltenden Maßnahmen ermöglichen, mit dem

INTERVIEWLEITFADEN

Zehn Fragekomplexe umfasste der semistrukturierte Interviewleitfaden der Studie:

- Berufliche Erfahrungen und Aufgabenbereiche
- Definition und Verständnis von Notfallsituationen
- Entscheidungsfindung und Vorgaben in Notfallsituationen
- Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen in Notfallsituationen
- Herausforderungen im Umgang mit Notfallsituationen
- Bedarf an Unterstützung in Notfallsituationen
- Berücksichtigung des Willens der Bewohner*innen
- Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung in Notfallsituationen
- Umsetzungsmöglichkeiten der Handlungsempfehlungen
- Ergänzende Faktoren im Umgang mit Notfallsituationen

Ziel, unnötige Rettungsdienstesätze und Krankenhauszuweisungen zu verhindern und den Willen der Bewohner*innen besser in Entscheidungen in NFS zu integrieren.

Im Rahmen des ethischen Teilprojekts von NOVELLE sollen die Herausforderungen für die Handlungssicherheit von PFP in NFS ermittelt und auf dieser Grundlage entsprechende Anforderungen an die zu entwickelnden Handlungsempfehlungen formuliert werden. Es wurde eine qualitative leitfadengestützte Interviewstudie mit PFP in den in NOVELLE involvierten Pflegeheimen durchgeführt. Einige zentrale Ergebnisse daraus, die die pflegerische Perspektive betreffen, werden hier dargestellt.

Studiendesign und Methodik

Der Interviewleitfaden bestand aus zehn Fragekomplexen mit >35 Einzelfragen plus Konkretisierungsfragen (**Kasten**). Vor Durchführung der Interviews wurde der Leitfaden in drei Pilotinterviews validiert. Für die Interviewstudie wurden 33 Interviews mit PFP aus 23 Einrichtungen im Stadtgebiet von Braunschweig geführt. Die Einrichtungen variierten hinsichtlich Größe (unter 50 Betten bis über 180 Betten) und Trägerschaft (öffentliche/private Träger). Die Durchführung erfolgte in zwei Kohorten im September und Oktober 2020. Die Interviews wurden im Rahmen eines persönlichen Gesprächs in den Einrichtungen geführt und aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen ca. 45 und 75 Minuten. Sie wurden transkribiert und anonymisiert, das Material wurde mittels der Text- und Datenanalysesoftware MAXQDA durch drei Codierer parallel codiert. Es folgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Den Frageblöcken und Einzelfragen wurden insgesamt 59 deduktive Kategorien zugeordnet und die Interviews mittels dieses

deduktiven Kategoriensystems codiert. Nach der Auswertung wurden anhand der deduktiven Kategorien induktive Kategorien gebildet und die Interviews entsprechend codiert. Daraus lassen sich Querschnittsthemen identifizieren, die für die Unterstützung der Entscheidungen und Handlungssicherheit von PFP in NFS ausschlaggebend sind.

Ergebnisse

Aus dem umfangreichen Material der Studie und den erarbeiteten induktiven Querschnittsthemen werden im Folgenden drei für die Handlungssicherheit von PFP in NFS besonders relevanten Aspekte herausgegriffen: konstitutive Faktoren, Handlungsoptionen und die Vermeidbarkeit von Rettungsdienstesätzen.

Konstitutive Faktoren von NFS: Diese lassen sich nach einer engen oder breiteren Definition von NFS unterscheiden. Nach der engen Definition werden NFS von PFP als akute, potenziell lebensbedrohliche Situationen identifiziert, die zumeist die Einbeziehung des Rettungsdienstes erfordern:

„Ein Notfall ist für mich immer dann, wenn die Gesundheit des Bewohners gefährdet ist. Gefährdet im Sinne von, das Leben auch schon. Bei gefährdet, klar, wenn jemand Bauchschmerzen hat, ist auch Gesundheit irgendwie beeinträchtigt oder gefährdet. Ist aber in dem Fall noch kein Notfall. Ich würde es wirklich mit, wenn es auf Minuten ankommt, da eher definieren, ja.“ (INT_06, Pos. 14)

Nach der breiteren Definition ist eine NFS eine starke, unerwartete und unerklärliche Veränderung bei Bewohner*innen, die nicht unbedingt akut lebensbedrohlich sein muss:

„Also ganz wichtig ist für mich, wenn ich, äh, zum Beispiel ein Bewohner hab, der sich ganz anders verhält, als er das normalerweise tut. Und ich merke, es wird nicht besser. Das, äh, das, das ist je nach Bewohner tatsächlich verschieden.“ (INT_21, Pos. 35)

Beide Definitionen von NFS sind nicht als komplementär, sondern als zwei Pole in einem Spektrum anzusehen. Für beide Pole ist die Verfügbarkeit von Handlungsoptionen relevant. Eine Situation wird vornehmlich dann zu einer NFS, wenn den PFP keine weiteren Handlungsoptionen zur Versorgung der Bewohner*innen vor Ort zur Verfügung stehen. Neben dem primär medizinischen Sachverhalt stellt der Mangel an Handlungsoptionen wie beispielsweise Personalmangel oder fehlende Bedarfsmedikation einen konstitutiven Faktor einer NFS dar.

„Hm. Eine Notfallsituation ist so, sobald es einem Bewohner so schlecht geht, dass, dass ich nicht mehr alleine dafür sorgen kann, dass er, dass es ihm möglichst schnell wieder gut geht.“ (INT_26, Pos. 7)

Das Fehlen von Handlungsmöglichkeiten führt dann dazu, dass es in NFS eines ärztlichen Ansprechpartners bedarf, um die Weiterversorgung der Bewohner*innen sicherzustellen. Dabei sind fehlende Handlungsoptionen häufig durch äußere Faktoren bedingt und keineswegs mit fehlenden Kompetenzen oder fachlichem Wissen der PFP gleichzusetzen.

Handlungsoptionen in NFS: Welche Handlungsoptionen in einer NFS abgerufen werden können, und ob weitere Akteur*innen zu kontaktieren sind, hängt für PFP von Differenzierungen je nach individueller/m Bewohner*in ab. Ist der/die Bewohner*in bekannt,

erleichtert das die Einschätzung einer Situation. Manche Bewohner*innen haben eine Vorgeschichte oder individuelle Auffälligkeiten, wie einen besonders hohen Blutzucker. Bei Vitalwert-Messung und Beurteilung von Zustandsveränderungen werden diese individuellen Charakteristika mit einbezogen. So kann beispielweise ein hoher Blutzuckerwert bei bestimmten Bewohner*innen eine NFS sein, während derselbe Wert bei anderen keine Besonderheit darstellt. Zudem betrachten PFP Zustandsveränderungen oder Veränderungen von Vitalwerten nicht isoliert, sondern im Kontext der Gesamtsituation der Bewohner*in. Ein erhöhter Blutdruckwert etwa wird nicht als Einzelfaktum hingenommen, sondern es wird hinterfragt, ob der/die Bewohner*in eine möglicherweise emotional aufwühlende Situation erlebt hat:

„Ja, das ist schon so, dass man da guckt. Wir haben eine Bewohnerin auch, und bei ihr ist es oft so, dass sie einen Wert von 150, da geht es ihr nicht so gut wie mit 'nem Wert von 300, dass man da halt wirklich guckt. Da gucke ich schon, von wem ist das dieser Wert? Wenn das von Herr Meyer/Müller/Schmidt ist, da denke ich: „Oh Gott, da muss sofort was passieren!“, und bei ihr weiß ich, sie trinkt zwei Gläser Wasser, geht in Begleitung einmal über'n Flur, und es is' wieder unten. Also da muss man schon genau gucken, bei wem ist was wie. [...]“ (INT_20, Pos. 47–52)

In welchen Situationen eine Versorgung vor Ort als verantwortlich eingeschätzt wird, hängt auch davon ab, ob die Zustandsveränderungen auf eine bereits bekannte Grunderkrankung zurückgeführt werden können oder als unerwartet anzusehen sind. Hierbei werden die Handlungsoptionen der PFP stark durch die Verfügbarkeit von Bedarfsmedikation beeinflusst. Von den PFP wird das Fehlen von Bedarfsmedikation als ein beschränkender Faktor der Handlungsoptionen angeführt, der eine Kontaktierung der Hausärzt*innen oder des Rettungsdienstes notwendig macht:

„Ähm, in Notfallsituationen zu leisten, wäre zum Beispiel eine ärztliche ähm, 'ne ärztliche Verordnung. Oder 'ne erweiterte. Weil die Ärzte sind manchmal, [...] sie verordnen irgendeine Therapie, aber die Therapien sind auch irgendwie so begrenzt, dass für die Notfallsituation [I: Nichts da ist] nichts da ist, ne? Und da hinterherzurrennen, dauerhaft zu fragen, ähm, das ist schon bisschen nervig [...]. Tatsächlich würden sie uns mehr Spielraum geben, mehr Möglichkeit geben, dann würden vielleicht auch diese Notfallsituationen, äh, oder die Situationen mit den Rettungsleitstellen vielleicht auch nicht so häufig auftreten, [...]“ (INT_23, Po2. 147–148)

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Reduktion von Handlungsoptionen durch die äußere Beschränkung von Kompetenzen. Mehrere PFP gaben an, dass ihnen seitens der Einrichtungsleitung beziehungsweise des Trägers untersagt wird, vorhandene fachliche Kompetenzen in NFS anzuwenden. Die PFP beriefen sich hierbei auf angebliche rechtliche Vorgaben, die ihnen ein Handeln in NFS ohne Absprache mit ärztlichen Akteuren jenseits von Ersthilfemaßnahmen untersagen würden. Es ist unklar, inwieweit es sich hierbei tatsächlich um gesetzliche Vorgaben oder aber um von den PFP lediglich vermutete rechtliche Einschränkungen handelt. Die externen Kompetenzeinschränkungen scheinen die Handlungsoptionen in NFS zu verringern.

„Ich glaube, die gibt es kaum noch diese Situationen. [...] wenn das Ganze dann nach hinten losgehen würde, obwohl ich vielleicht das Wissen habe, müsste ich mich aber immer rechtfertigen und

beweisen können, dass ich alles Mögliche gemacht habe. Und wenn ich keinen Arzt informiert hab, hab ich nicht alles Mögliche gemacht.“ (INT_16, Pos. 41–42)

Als weitere Einschränkung von Handlungsoptionen wird auch die Kommunikation beziehungsweise Kooperationen mit weiteren Akteur*innen in NFS wahrgenommen. Viele PFP berichteten, dass sie sich in NFS von weiteren Akteur*innen, insbesondere vom Rettungsdienst, nicht ernst genommen fühlen. Diese Akteur*innen stellten die Angaben der PFP häufig infrage und kritisierten deren Entscheidungen. Zum Teil werden PFP auch von der Rettungsleitstelle dafür kritisiert, einen Notruf abgesetzt zu haben. Auch gaben einige PFP an, dass die Übergabe an den Rettungsdienst bei Krankenhauszuweisungen aufgrund von Schwierigkeiten in der Kommunikation nicht immer reibungslos verläuft.

„Dass man vom Rettungsdienst nicht ernst genommen wird, wenn es so um Schmerzen geht, gerade bei Demenzerkrankten. Die sich dann hier wirklich eine halbe Stunde nicht bewegen und vor Schmerzen schreien, das dann vergessen, der Rettungsdienst kommt natürlich in den Moment, wie soll es anders sein [lacht leicht]. Und dann sagen die: ‚Nehmen wir nicht mit, weil so große Schmerzen sind das nicht‘. Ähm, war zum Beispiel einmal auch ein versteckter Apoplex, und die haben ihn nicht mitgenommen. Können die auch nichts für, ich weiß, die haben auch ihre Vorschriften. Aber das ist dann so, wo man sich so denkt: ‚Wo leben wir hier eigentlich, wie, wie schlimm ist das?‘“ (INT_04, Pos. 115–119)

Auch wurde von einigen PFP angemerkt, dass bei Pflegehilfskräften oftmals nicht die Kompetenzen vorhanden seien, mit NFS umzugehen. Der vermehrte Einsatz von Hilfskräften wird somit auch als eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit in NFS wahrgenommen.

Vermeidbarkeit von Rettungsdiensteseinsätzen: Rettungsdiensteseinsätze werden besonders dann als unnötig angesehen, wenn die Kompetenzen von PFP eingeschränkt werden. Dies gilt für die oben genannten Fälle, in denen PFP ihrer eigenen Wahrnehmung nach vorhandenes Fachwissen nicht anwenden dürfen, sowie für Situationen, in welchen Einschätzungen oder Entscheidungen von PFP von anderen Berufsgruppen nicht ernst genommen oder sogar übergangen werden.

„Es ist ja aber auch so, wegen jeder Kleinigkeit, wir ja nicht befugt sind, was Medikamente, alles, was mit Wirkstoff ist, dürfen wir ja nicht ohne [betont] ärztliche Genehmigung verabreichen. Es ist ja, hat ein Bewohner 'ne Wunde, [...] ich muss den Hausarzt anrufen, ich darf nur ein Pflaster draufkleben. Stürze, natürliche Stürze auf'n Kopf müssen wir, das ist einfach klar, wegen den Frakturen so. Aber es ist meistens der Hausarzt, der es verschuldet, wenn ich ehrlich bin. Weil die einfach zu lange Wartezeiten haben, es zu machen, weil wenn jemand stürzt und eine Platzwunde ist, da kann auch kein Arzt es retten, [...]“ (INT_29, Pos. 105–106)

Auch kommt es zu Notfalleinsätzen, die nicht von den PFP selbst, sondern von anderen Akteur*innen angewiesen werden. Dies geschieht beispielsweise, wenn PFP den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) kontaktieren und dieser dann den Rettungsdienst anfragt. Nach Einschätzung der PFP hätte in einigen Fällen eine Intervention oder Anweisung durch den ÄBD genügt, ohne dass ein Krankentransport notwendig gewesen wäre.

„Ja, die die wir jetzt hatten durch, durch die Stürze, also pflegfachlich war das für uns kein Einsatz, also wir wären mit dem ärztlichen Notdienst am Telefon oder wenn er dann rumgekommen wär super zufrieden gewesen, aber der kassenärztliche Notdienst hatte gleich von sich aus äh, leider äh, die Rettung informiert zwar ohne Notarzt, okay, aber die Rettung war dann trotzdem hier, und das fanden wir total unnötig. [...]“ (INT_02, Pos. 95–96)

Verhindern ließen sich unnötige Rettungsdiensteseinsätze aus Sicht vieler PFP vor allem durch eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit weiteren Akteur*innen. Dazu gehört, dass diese die fachliche Einschätzung von PFP in NFS respektieren und Ernst nehmen. Hierfür ist es wichtig, dass sie die Gründe dafür nachvollziehen können, warum PFP einen Rettungsdiensteseinsatz anfordern. Eine bessere Verständigung zwischen PFP und weiteren Akteur*innen wurde vielfach als zentrale Maßnahme angesehen.

Manche PFP gaben zudem an, dass durch die Verbesserung der Erreichbarkeit von Hausärzt*innen ärztliche Anweisungen wie beispielsweise zur Medikamentengabe, schneller eingeholt werden könnten. Des Weiteren sind bessere Absprachen mit Angehörigen aus Sicht von PFP ein wichtiges Mittel zur Vermeidung unnötiger Rettungsdiensteseinsätze. Dazu muss der Bewohner*innenwille vorab geklärt und dokumentiert werden, sodass er von allen Beteiligten als verbindlich angesehen wird.

Viele PFP wünschen sich, dass sie ihre Kompetenzen im Umgang mit NFS, aber auch mit Situationen, die keine akuten Notfälle darstellen, auch einsetzen dürfen. Hierzu gehören eine Ausweitung der Befugnisse wie beispielsweise der Medikamentengabe oder Katheterwechsel bei Männern, sowie die Schaffung von Rechtssicherheit. Zudem wird es als wichtig erachtet, dass die Handlungssicherheit für PFP in NFS gestärkt wird. Manche PFP nannten in diesem Kontext explizit Handlungsempfehlungen als ein mögliches Instrument.

„Ja, vielleicht einfach [...] so 'ne Liste [...]. Ich meine klar, die Angehörigen stehen da auch noch dahinter und würden mir sagen: ‚Hier, das möchte ich nicht‘ und ne? Ja, aber vielleicht so einen Ablauf, dass man weiß, ne? Wann ist das jetzt so, und was soll ich überhaupt machen. Das man so einen direkten Plan irgendwie mal kriegt [...] Das wäre [...] nicht so verkehrt.“ (INT_13, Pos. 129–130)

Diskussion

Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass PFP sich in NFS häufig rechtfertigen müssen und teilweise ihre fachlichen Kompetenzen nicht einbringen dürfen. Die Stärkung der Handlungssicherheit von PFP in NFS ist daher ein zentraler Faktor, um unnötige Rettungsdiensteseinsätze und Krankenhautransporte zu verhindern. Handlungsempfehlungen für konkrete, häufig vorkommende NFS, wie sie im Projekt NOVELLE entwickelt werden, können hierfür ein adäquates Instrument sein. Mittlerweile werden Instrumente zur Entscheidungsunterstützung in der Langzeitpflege eingesetzt. Ein Beispiel ist das von Jones et al. (2017) entwickelte mobile Entscheidungshilfesystem („clinical decision support system“, CDSS), bei dem die pflegerische Entscheidung zur Gabe von Antibiotika bei Harnwegsinfektionen unterstützt wird. Analog soll eine Handlungsempfehlung für den Umgang mit konkreten NFS gestaltet und implementiert werden. Sowohl bei der Gestaltung als auch der Implementierung müssen die genannten konstitutiven Fakto-

ren für NFS und die Einschränkung von Handlungsoptionen adressiert werden, die letztendlich zu vermeidbaren Einsätzen und Krankenhauszuweisungen führen. Handlungsempfehlungen können hierbei nicht nur die Handlungssicherheit von PFP stärken, sondern in NFS auch zur Verbesserung der Kommunikation mit anderen Akteuren beitragen. ►►

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Bei der Gestaltung und Implementierung der Handlungsempfehlungen sollte auf die ethischen und rechtlichen Aspekte von Entscheidungen in Notfallsituationen (NFS) hingewiesen werden. Es bedarf einer transparenten Aufklärung über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie hausinterner oder trügerspezifischer Regelungen.

*Der aktuell geäußerte oder vorausverfügte Wille von Bewohner*innen hat stets Vorrang vor den Wünschen Dritter wie beispielsweise von Angehörigen und ist rechtlich bindend. Es wird empfohlen, auf der Basis der Handlungsempfehlungen bereits bei Einzug mit allen Beteiligten Absprachen bezüglich des Vorgehens in NFS zu treffen.*

*Für erfolgreiche Kommunikation zwischen den Akteuren*innen ist eine gemeinsame Sprache in der Übermittlung der Gesundheitsinformationen von Bedeutung. Das Vorliegen von Handlungsempfehlungen sollte allen Akteur*innen kommuniziert werden.*

*Formen der Zusammenarbeit zwischen Rettungsdiensten und Pflegeheimen sollten auf der Grundlage organisationsethischer Prinzipien verstetigt werden, die das Wohl und den Willen der Bewohner*innen in den Mittelpunkt der gemeinsamen Entscheidungsfindung stellen. Hierzu ist ein gemeinsames, sektoren- und professionsübergreifendes Case Management notwendig.*

📄 **Eine umfangreiche Literaturliste erhalten Sie über das eMag der [PflegeZeitschrift](#) und auf [springerpflege.de](#)**

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. phil. Giovanni Rubeis, ist tätig am Department für Allgemeine Gesundheitsstudien an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften in Österreich
giovanni.rubeis@kl.ac.at

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Dr. phil. Nadia Primc, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een adverteer

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een adverteer

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een adverteer

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.