



Bundesverband  
Pflegemanagement

# Digitale Dokumentation in der Pflege.

Ein Praxis-Handbuch

LESEPROBE

# Einleitung

von Gerhard Witte

Die Arbeitsgruppe „IT in der Pflege“ wurde vom Bundesverband Pflegemanagement initiiert und unterstützt Pflegedirektorinnen und -direktoren bei Fragestellungen rund um die strategische IT-Ausrichtung in ihren Verantwortungsbereichen. Schwerpunkt der vorliegenden Broschüre ist das Thema Pflegedokumentation.

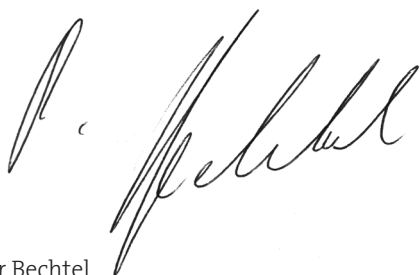
Der Weg in das 21. Jahrhundert wird geprägt von dem Ziel einer umfassenden Digitalisierung der Pflegedokumentation. Die Vorteile sind klar umschrieben. Im Vordergrund stehen dabei die Vermeidung von Doppeldokumentation sowie such- und papierbefreite Arbeitsprozesse. Alternative Dokumentationsformen werden unterstützt durch neu entwickelte Technologien wie zum Beispiel Spracheingaben und Sprachbefehle. Technologien sollen uns bei logistischen Aufgaben weitgehend entlasten und vollständige Workflows von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten begleiten. Eine berufsübergreifende bettseitige Dokumentation optimiert den Kommunikationsaufwand und die Arbeitsprozesse. Die elektronische Fieberkurve mit Integration aller Befunde und Berichte der Berufsgruppen ist nur ein Beispiel. PDMS-Systeme, OP-Module sowie die elektronische Verordnungssoftware Meona einschließlich automatisierter Belieferung runden die Einsatzmöglichkeiten ab. Dabei gilt es den Dokumentationsaufwand schlank zu gestalten. In der Ihnen vorliegenden Broschüre ist LEP als eine standardisierte Erfassung pflegerischer Leistung mit Aufwandableitung exemplarisch erwähnt.

Die Vielfältigkeit der Krankenhaus-Informationssysteme in den unterschiedlichen Kliniken und Einsatzbereichen bietet uns Möglichkeiten, zeigt aber auch Grenzen. „Bedside“ Dokumentation – von der Visite bis zur fallbegleitenden Codierung – ist ein Erfolgsmodell, setzt aber ein WLAN oder LTE-Netz unter Berücksichtigung aller Erfordernisse des Datenschutzes voraus. Hierbei hat die Sicherstellung der Mobilität mit mobilen Visitenwagen in der Gestaltung von Prozessen eine hohe Bedeutung. Ein flächendeckendes WLAN wird viele mobile Prozesse wirtschaftlich attraktiv gestalten, die inhaltlich sinnvoll sind. Beispielhaft sei hier die elektronische Patiententafel, ein Patienten-Cockpit als Entertainment-Center oder auch eine WLAN-gestützte Ortung von medizinischen Geräten erwähnt.

Die Breite des Spektrums der Möglichkeiten versus die Halbwertszeit des Wissens ist unübersehbar und stellt uns vor eine stetig steigende Herausforderung bei der Gestaltung der pflegerischen Zukunft. Mit der vorliegenden Broschüre wollen wir die Pflegedokumentation von verschiedenen Blickwinkeln beleuchten, Einblicke in rechtliche Rahmenbedingungen und technische Anforderungen geben und praktische Tipps für die Umsetzung liefern. Versierte Autoren aus den unterschiedlichsten Fachbereichen und Einrichtungen haben ihr Wissen in unserem Handbuch digitalen Pflegedokumentation gebündelt und stehen auch für Rückfragen zur Verfügung.

Ein herzliches Dankeschön an alle Autoren und Gerhard Witte als Leiter der Arbeitsgruppe, die dieses Handbuch überhaupt erst möglich gemacht haben! Und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich eine interessante Lektüre.

Berlin, Oktober 2017



Peter Bechtel  
Vorsitzender Bundesverband Pflegemanagement

LESEPROBE

## Inhaltsverzeichnis

- Zusammenfassung einiger Ergebnisse des „IT-Reports Gesundheitswesen 2015 – Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter“. [Karen Güttler](#) . . . . . 4-11
- Ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten als zentraler Ausgangspunkt. [Enrico Heide](#) 12
- Grundlagen digitaler Pflegedokumentation im Krankenhaus. [Martina Henke](#) . . . . . 13-14
- Juristische Aspekte der Dokumentation. [Martin Hußing, Gerhard Witte](#) . . . . . 15-19
- Netzwerk-Infrastruktur. Grundlagen und Einsatzbereiche der verschiedenen Technologien. [Andreas Schober](#) . . . . . 20-21
- Anforderungskatalog für Software-Hersteller. [Martina Henke](#) . . . . . 22-23
- Strukturierte Pflegedaten. [Stefan Hieber, Dirk Hunstein](#) . . . . . 24-26
- Tipps zur Implementierung einer elektronischen Dokumentation. [Enrico Heide](#) . . . . . 27-28
- Grundlagen und Anwendungsbereiche von Entscheidungsunterstützungssystemen. [Karen Güttler](#) . . . . . 29-31
- Grundsätzliches zum Datenschutz in der Pflege. [Andreas Schober](#) . . . . . 32-33
- Neue Standards in der Pflegeprozessdokumentation setzen: Wie Pflegebedürftigkeit die Dokumentationstiefe steuert. [Dirk Hunstein](#) . . . . . 34-36

LESEPROBE

## Zusammenfassung einiger Ergebnisse des „IT-Reports Gesundheitswesen 2015 – Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter“ für Deutschland.

von Karen Güttler

Der IT-Report Gesundheitswesen – Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter 2015 ist bereits der 7. Report aus dieser Reihe und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den IT-Funktionen, die vorrangig von Pflegenden bedient und nah an pflegerischen Prozessen eingesetzt werden. Die Ergebnisse basieren auf einer Online-Befragung von Pflegedienstleitungen aller Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland und der Bundesrepublik Österreich. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich nur auf die Befragung in Deutschland.

Von 1.996 Krankenhäusern in Deutschland konnten 1.754 verantwortliche Pflegedienstleitungen ermittelt werden = 87,8%. Von den angeschriebenen Pflegedienstleitungen nahmen 464 an der Befragung teil, das entspricht einer Rücklaufquote von 26,5 %. Von den teilnehmenden Häusern haben etwa 50% eine Bettengröße < 300 Betten (vgl. Hübner 2015 S.146).

Hinweis: Alle folgenden Angaben sind wortwörtlich oder vergleichend aus dem IT-Report übernommen und hier nur als Zusammenfassung zu verstehen, gleiches gilt für alle Abbildungen.

### 1. Umgesetzte IT-Funktionen

Insgesamt ging es um 26 IT-Funktionen, die in 6 Kategorien unterteilt wurden. Diese Kategorien mit den jeweiligen IT-Funktionen sind im Folgenden aufgeführt. Die Prozentzahl hinter der jeweiligen IT-Funktion zeigt an, zu welchem Prozentsatz diese Funktion in allen Einheiten der befragten Häuser vollständig umgesetzt ist.

#### 5 klinische Dokumentationsfunktionen

- OP (67% n=329)
- Pflegedokumentation (19,4% n=463)
- Anästhesiedokumentation (35,9% n= 464)
- Medikation (Leistungsanordnung) (13,1% n=464)
- Intensivdokumentation PDMS (11,2% n=464)

#### 5 Funktionen zur Leistungsanforderung und Befundrückmeldung

- Labor (74,6% N=449)
- Radiologie/Nuklearmedizin mit Bildern (50,3% n=449)
- Radiologie/Nuklearmedizin ohne Bilder (42,8% n=449)
- Elektrophysiologische Untersuchungen (z.B. EKG, EEG) (29,2% n=449)
- Andere Untersuchungen (z.B. Sonografie, Endoskopie) (27,2% n=448)

#### 3 Funktionen zur Entscheidungsunterstützung

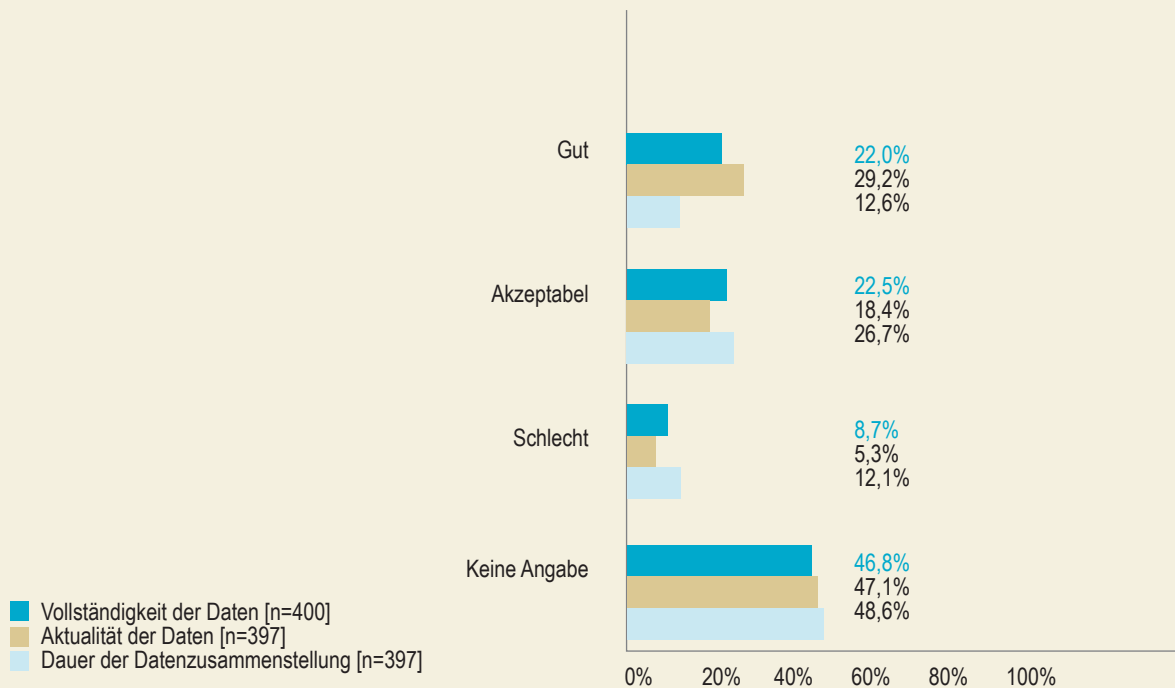
- Alarmfunktionen (z.B. Laborwert außerhalb des Normbereiches) (28,2% n=464)
- Medizinische Leitlinien und klinische Pfade (14,8% n=464)
- Erinnerungsfunktionen (9,9% n=464)

#### 5 Funktionen zur Patientensicherheit

- Laborprobenidentifikation (56,4% n=424)
- CIRS (Critical Incident Reporting Systems) (33,8% n=423)
- Patientenidentifikation (31,9% n=423)
- Arzneimittelverfolgung (6,9% n=423)
- Arzneimittelgabe (6,6% n=423)

LESEPROBE

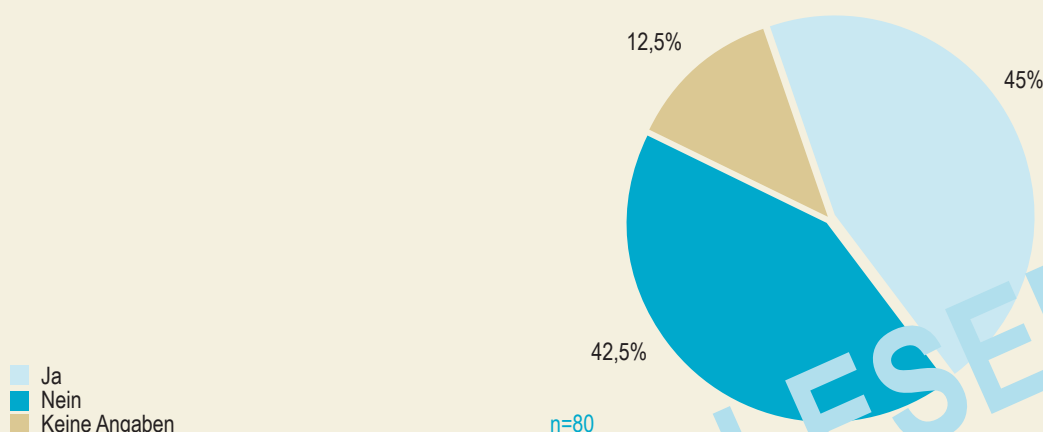
Zum anderen ging es um die Einschätzung der Handhabung der elektronischen Patientendaten während der Visite.



### Fazit:

- „Gut und Akzeptabel“ liegen in allen drei Bereichen unter 50%, allerdings hat eine relativ hohe Anzahl keine Angaben zu diesen Fragen gemacht. (vgl. Hübner 2015, S. 58 ff)
- Bei der Entlassung war von Interesse,
  - ob Ärzte und Pflegende elektronisch erkennen können, welche Maßnahmen vor einer Entlassung noch ausstehen,
  - ob der Pflegebericht elektronisch erstellt wird,
  - welche Bereiche der Dokumentation in den Bericht übernommen werden (diese Fragen richteten sich ausschließlich an die Teilnehmern mit einem elektronischen Pflegebericht und einer elektronischen Pflegedokumentation in mindestens einer Einheit) und
  - wie die Einschätzung der Handhabung ist.

### Können Ärzte und Pflegende elektronisch erkennen, welche Maßnahmen vor einer Entlassung noch ausstehen?



## Juristische Aspekte der Dokumentation.

von Martin Hußing, Gerhard Witte

„Die Dokumentation ist die Aufzeichnung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten. Sie erstreckt sich insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf sowie die getroffenen Maßnahmen und deren Wirkung.“ So die Definition der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 2007.

Der wesentliche Trigger für das Bemühen um eine qualitativ hochwertige Dokumentation sollte grundsätzlich der fachliche Anspruch sein, weshalb der pflegfachliche Blickwinkel hier nicht näher erläutert wird. Dennoch gibt es weitere Aspekte aus monetärer und rechtlicher Perspektive zu beachten. Die Dokumentation im Krankenhaus ist nicht explizit in einer einzelnen Vorschrift geregelt. Sie ergibt sich aus einer Vielzahl von Gesetzen, Ordnungen und Regelungen. Zudem hat die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren einige Eckpunkte gesteckt.

### Grundlagen.

Grundsätzlich ist die Dokumentation als unselbständige vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag zu betrachten, wobei ärztliche und pflegerische Dokumentation gleichberechtigt nebeneinander stehen. Hier sind u.a. § 630a BGB und § 294 SGB V für die Krankenhäuser maßgeblich.

Aus monetärer Sicht ergibt sich die Notwendigkeit zur Aufzeichnung pflegerischer Informationen grundsätzlich aus dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 2 KHEntgG), dem § 275 SGB V (Begutachtung und Beratung durch den MDK), dem § 301 SGB V (z.B. bei Verlängerung der Liegedauer oder durchgeführten Prozeduren) und vielen weiteren. Haftungsrechtlich zeigt sich eine ähnlich komplexe Situation. Auch für den Krankenhausträger gilt Schadenersatzpflicht gem. § 823 BGB. Hier muss zunächst der Anspruchsteller seine Forderung begründen und beweisen. Das BGH räumte jedoch im Jahre 1978 einem Patienten die Möglichkeit der Beweislastumkehr wegen unzulänglicher oder unrichtiger ärztlicher Dokumentation ein (vgl. BGH, 14.03.1978 - VI ZR 213/76). Zunächst bezogen auf die Behandlungsdokumentation wurde dieser Ansatz in der nachfolgenden Zeit auch auf die Aufklärungsdokumentation ausgedehnt (vgl. BGH, 27.06.1978 - VI ZR 183/76).

Diese Prinzipien erweiterte der BGH in den 1980er Jahren auch auf die Pflegedokumentation (z.B. BGH, 18.03.1986 - VI ZR 215/84 und BGH, 02.06.1987 - VI ZR 174/86).

Weitere direkt und indirekt auf die Notwendigkeit zur Dokumentation hinweisende Rechtsnormen und Vorschriften finden sich in den Krankenhausgesetzen der jeweiligen Länder, im Strafgesetzbuch, in den verschiedenen Berufsordnungen der Pflege, im Datenschutzgesetz, im Patientenrechtegesetz, im

Medizinproduktegesetz bis hin zum Grundgesetz. Daher kann diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

### Regelung der Dokumentationspflicht im SGB XI.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, eine Pflegedokumentation zu führen. Diese Verpflichtung ist in den Maßstäben zur Qualitätssicherung gem. § 80 Abs. 1 SGB XI sowie in den Rahmenvereinbarungen gemäß § 75 SGB XI ausdrücklich niedergelegt. Sie ergibt sich darüber hinaus aus § 85 Abs. 3 SGB XI und findet sich nunmehr auch als Teil der Anforderungen an den Betrieb eines Heimes im Heimgesetz (§ 11 Nr. 7 i.V.m. § 13 (1) HeimG). In der vom Bundeskabinett verabschiedeten Pflege-Prüfverordnung (PflegePrüfV) finden sich unter den Bestimmungen der Prüfhilfe nach § 7 ebenfalls Hinweise auf die Verpflichtung zur Führung einer Pflegedokumentation.

Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21. Oktober 1996 fordern in 3.1.1.2 von der verantwortlichen Pflegekraft die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation. Diese ist gem. 3.2.3 zudem sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Aus ihr heraus sind das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten. Die Pflegedokumentation ist mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

## Strukturierte Pflegedaten.

von Stefan Hieber, Dirk Hunstein

In der elektronischen Dokumentation erfasste Daten sollen strukturiert und eindeutig kodiert sein, um die Dokumentation auswertbar, vergleichbar und Zusammenhänge verschiedener Faktoren (z.B. Zustand des Patienten und die dazu erbrachten Maßnahmen) sichtbar zu machen. Freitexteinträge sind dabei in der Regel wenig hilfreich. Dabei kommt standardisierten Sprachsystemen (Fachsprachen) eine besondere Bedeutung zu.

Eine Fachsprache besteht mindestens aus einem Fachvokabular und einem Regelwerk. Das Vokabular („Wörterbuch“) umfasst die verwendeten Begriffe und definiert sie. In dem Regelwerk („Grammatik“) werden die Beziehungen der Begriffe untereinander sowie die Strukturen für die Sprache festgelegt. Genauso wie unterschiedliche „natürliche“ Sprachen existieren, gibt es unterschiedliche lokale Fachsprachen (NANDA, NIC, NOC, ENP, Apenio, POP, epaAC, LEP etc.), die jeweils einem bestimmten Zweck dienen: Zur Stellung oder Beschreibung von Pflegeproblemen/ -diagnosen oder Ressourcen, zur Festlegung von Zielen, zur Planung und Dokumentation von Interventionen usw. Um aus den Aussagen der einzelnen Systeme zu einheitlichen Aussagen bezüglich pflegebezogener Gesundheitsdaten zu kommen, müssen diese zusammengebracht

werden. Um nicht jedes standardisierte System mit jedem verknüpfen zu müssen, ist eine zentrale Referenzterminologie die ideale Lösung. In der Pflege bietet sich als zentrale Referenzterminologie die ICNP (International Classification of Nursing Practice) der WHO an. Alle Systeme die mit der ICNP zentral verknüpft sind, können ihre strukturierten Daten untereinander austauschen.

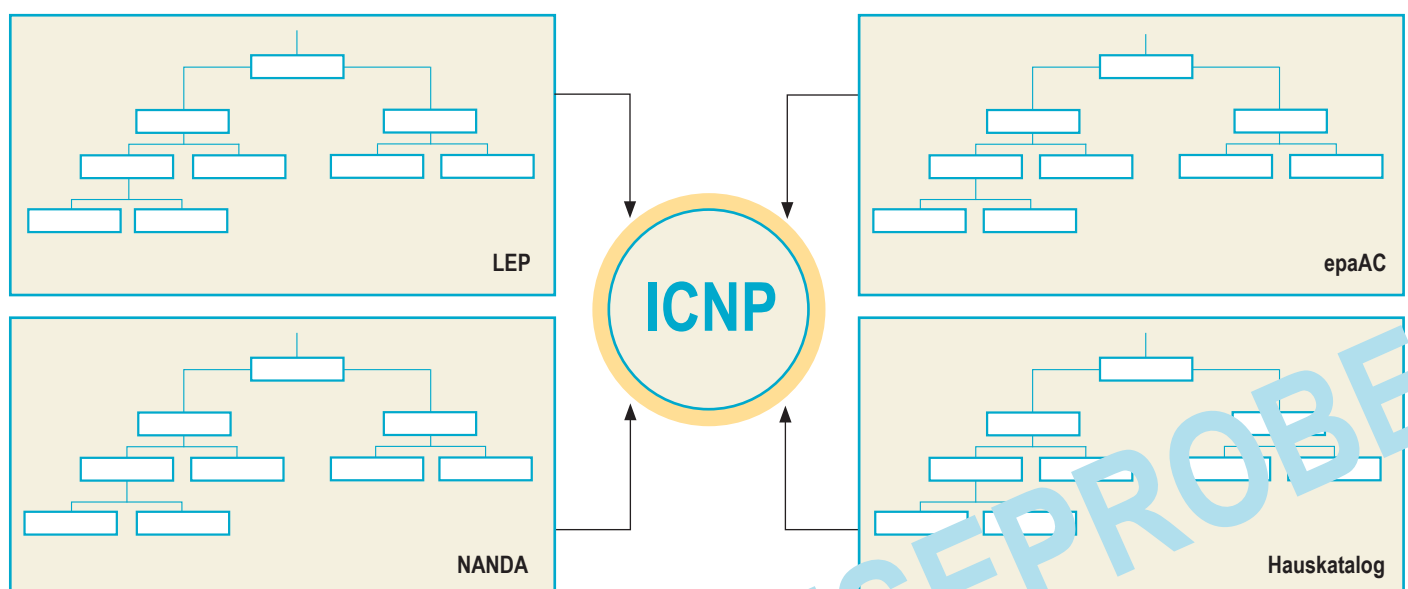
Neben den zuvor genannten standardisierten Systemen existieren auch Hauskataloge, die von Arbeitsgruppen oder Einzelpersonen in den Betrieben selbst erstellt werden. Bei deren Entwicklung sollte darauf geachtet werden, dass sie sich an nationalen oder internationalen Vorgaben orientieren.

### Internationale Vorgaben.

- ICNP International Classification of Nursing Practice
- ICF International Classification of Functioning, Disability and Health
- Snomed CT Systematized Nomenclature of Medicine
- DIN EN ISO (18104) Deutsche Institut / Internationale Organisation für Normung
- HL-7 Health Level 7

## Schritte zur Abbildung des Pflegeprozesses.

### Semantik: Referenzklassifikation ICNP (Nielsen, 2001)



Schematische Darstellung einiger Beispiele für Mappingkombinationen zur Referenzterminologie ICNP.

## Autoren



### **KAREN GÜTTLER** Teamleitung "Forschung und Entwicklung Pflege", atacama Software GmbH

Nach der Ausbildung zur Krankenschwester zunächst tätig in verschiedenen Häusern und auf verschiedenen Stationen inkl. Intensivstationen. Es folgten Weiterbildungen zur Fachschwester für Intensivpflege und Anästhesie sowie zur Lehrerin für Pflege und schließlich die Übernahme der Leitung der Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie Bremen für etwa zehn Jahre. Parallel dazu Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Bremen, gefolgt von der Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiterin IPP an der Universität Bremen.

Seit 2004 tätig bei der atacama Software GmbH, zunächst im Produktmanagement und seit 2015 als Teamleitung für den Bereich „Forschung und Entwicklung Pflege“.

### **ENRICO HEIDE, MSC.** Dipl.-Pfleger FH

Nach der Ausbildung zum Krankenpfleger und später zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivtherapie Stationsleiter der neurologischen Intensivstation am Universitätsklinikum Dresden. Berufsbegleitendes Diplomstudium Pflegewissenschaft/PflegeManagement sowie Master-Studium Patienten Management.

Seit 2004 mit verschiedenen EDV-Projekten betraut. Schwerpunkt: Implementierung elektronischer Prozess in der Pflege, Medizin und Verwaltung.



### **MARTINA HENKE** Dipl. Pflegewirtin, Bereichsleiterin Unternehmensstrategie Pflege, SANA Kliniken AG

Nach der Ausbildung zur Gesundheits-Krankenpflegerin an der Berliner Charité zehn Jahre Tätigkeit in High-Care-Bereichen der DRK-Kliniken Mecklenburg-Vorpommern. Anschließend Stations- und Pflegedienstleitung an den Universitätskliniken Greifswald sowie Pflegedirektion am Klinikum Friedrichshain/Prenzlauer Berg, einem Krankenhaus der Maximalversorgung des Vivantes-Konzerns in Berlin. Seit 2015 Aufbau, Etablierung und Leitung des Bereichs Unternehmensstrategie Pflege für 14.000 Pflegekräfte des Sana-Konzerns mit Hauptsitz in Ismaning bei München.

Schwerpunkte und Publikationen: moderne Arbeitszeitmodelle und deren praktische Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit, Karriere- und Personalentwicklung in der Pflege, Qualifikationsmix, Pflegequalität und Patientensicherheit.



### **STEFAN HIEBER** LEP Berater Deutschland, Mitglied der Geschäftsleitung, LEP AG

Nach der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger im St. Elisabeth Krankenhaus Ravensburg, mehrjährige Tätigkeit auf Intensivstationen am Klinikum Großhadern München, Universitätsspital Zürich, Oberschwabenklinik Wangen im Allgäu und Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Letzte klinische Tätigkeit als Abteilungsleiter der Herzchirurgischen- und Kinderkardiologischen Intensivstationen und Projektleiter zur Einführung der Leistungserfassung in der Pflege am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Schwerpunkte und Publikationen: Leistungserfassung in der Pflege und Elektronische Dokumentation pflegerischer Prozesse und Tätigkeiten.

LESEPROBE



## Autoren



### **DIRK HUNSTEIN** Dr. rer. medic., Dipl.-Pflegerwirt, Geschäftsführer, ePA-CC GmbH

Nach Ausbildung als Krankenpfleger und Tätigkeit im Bereich der Hämato-Onkologie verschiedene Stationen als EFQM-Assessor bis hin zur Leitung Pflegeforschung/Entwicklung und später des Qualitätsmanagements an der Dr. Horst Schmidt Klinik in Wiesbaden. Begleitend dazu immer wieder Gutachter-Tätigkeiten u.a. für den Deutschen Pflegerat, das Bundesministerium für Gesundheit, das Kuratorium Deutsche Altershilfe sowie als Referee im Board of Consultants der Zeitschrift „Pflege“. Ebenfalls begleitend Lehrtätigkeiten an der FH St. Gallen, der FH Frankfurt sowie der Universität Witten/Herdecke.



### **MARTIN HÜßING** Stellvertretender Pflegedirektor, Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, Frankfurt am Main



### **ANDREAS SCHOBER** Dipl. Pflegerwirt (FH), komm. Pflegedirektor, Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Als Projektgruppenmitglied entstand 1996 der erste Kontakt mit klinischer IT und der Entwicklung eines PDMS in der Klinik für Anästhesiologie an der Uniklinik Homburg/ Saar. Nach 10 Jahren in der pflegerischen Leitung einer Intensivstation erfolgte 2008, begleitend zum Pflegemanagement-Studium, die Umorientierung in die EDV/QM-Abteilung. Kernaufgaben der aktuellen Tätigkeit ist klinikübergreifendes Projekt- und Qualitätsmanagement. Neben der Abbildung von klinischen Prozessen in einem Krankenhausinformationssystem und PDMS sind die Hauptaufgaben das Erstellen von Prozessanalysen, die Dokumentation von Leistungserfassungen im Krankenhaus und Anwenderschulungen in der Klinik sowie die Softwareweiterentwicklung gemeinsam mit den Herstellern. Im Juli 2017 erfolgte die Rückkehr ins Pflegemanagement als komm. Pflegedirektor.



### **GERHARD WITTE** Pflegedienstleitung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Mitglied des Vorstands und Leiter der Arbeitsgruppe "IT in der Pflege", Bundesverband Pflegemanagement

Seit 1991 Pflegedienstleitung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, seit 2014 zudem verantwortlich für die Projektplanung und Durchführung aller IT-Projekte im Pflegedienst des Klinikums. Dies umfasst beispielhaft die Implementierung der Verordnungssoftware Meona und einer Unit-Dose-Versorgung sowie die Einführung der elektronischen Fieberkurve für alle Berufsgruppen. Die mobile Dokumentation aller pflegerischen Leistungen mit LEP 3.1 und ePA-AC 2.1 wurde ebenfalls bereits flächendeckend umgesetzt.

**Impressum.** | **Herausgeber:** Bundesverband Pflegemanagement e.V. | **Inhalte:** alle genannte Autoren, Peter Bechtel  
**Konzeption und Redaktion:** Sabine Arnold-Althoff, auftritt + absatz | **Grafik:** Silke Schmelzer, Designbüro | **Oktober 2017**



## **Bundesverband Pflegemanagement**

### **Kontakt. Für Ihre Anregungen und Fragen.**

Weitere Informationen zum Bundesverband Pflegemanagement finden Sie unter [www.bv-pflegemanagement.de](http://www.bv-pflegemanagement.de).

Gerne stehen wir telefonisch oder per E-Mail für Ihre Fragen und Anregungen zur Verfügung.

**Bundesverband Pflegemanagement e.V.  
Geschäftsstelle Berlin**

**Alt-Moabit 91  
10559 Berlin**

**Tel. 030 · 44 03 76 93  
Fax 030 · 44 03 76 96**

**[info@bv-pflegemanagement.de](mailto:info@bv-pflegemanagement.de)**

LESEPROBE