Recoveryorientierung, Adhärenztherapie und Empowerment

Möglichkeiten und Risiken für die psychiatrische Versorgung

Von Stefan Rogge

In diesem Artikel werden die wesentlichen Merkmale von Recovery, Adhärenz und Empowerment, deren potenzielle Vorteile und Risiken sowie der Einfluss des Fachkräftemangels auf die Umsetzung dieser Konzepte erläutert. Darüber hinaus werden die spezifischen Aufgaben des Managements, insbesondere der Stationsleitungen, sowie die gesundheitsökonomischen Vorteile betrachtet.

Einleitung

Die moderne psychiatrische Versorgung befindet sich in einem kontinuierlichen Wandel, um den individuellen Bedürfnissen und Rechten der Patientinnen und Patienten besser gerecht zu werden. Dabei sind Begriffe wie Recovery, Adhärenz und Empowerment zu einem festen Bestandteil der Psychiatrielandschaft geworden. Die hiermit einhergehenden Konzepte und Ansätze bieten erhebliche Chancen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, bringen jedoch auch Herausforderungen und Risiken mit sich, insbesondere auch im Kontext des aktuellen Fachkräftemangels. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass die damit verbundenen Bemühungen der Implementierung dieser Ansätze und Konzepte in die Praxis die Gesundheitsfachpersonen vor diverse Schwierigkeiten stellen. Die Gründe hierfür sind, über den zunehmenden Fachkräftemangel hinaus, vielfältig. Beispielhaft zu nennen sind hier:

- Uneinheitliche Definitionen innerhalb der unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
- Rollenunklarheiten
- Mangelnde Unterstützung des (Spitzen-)Managements von Gesundheitseinrichtungen
- Knapper werdende finanzielle Möglichkeiten und/oder Allokationsfehler

Recoveryorientierung

Definition und Prinzipien

Der Begriff Recovery auf der hier verwendeten definitorischen Grundlage entstammt der Betroffenenbewegung, die sich, zunächst und insbesondere im angelsächsischen Raum, ab Ende der 1970er Jahre zunehmend gegen die Deutungshoheit der medizinischen Fachpersonen auflehnte (1). Diese Fachpersonen waren es auch, die den Begriff Recovery bis dahin (und teilweise auch bis heute) über rein medizinische Kriterien (bspw. komplette Remission der Symptome, unabhängige Lebensgestaltung ohne Aufsicht von Angehörigen etc.) definierten (2).

Eine sich aus den Anforderungen einer modernen und menschenrechtewahrenden psychiatrischen Versorgung ergebende Definition bezieht jedoch die Perspektive der Betroffenen mit ein und folgt einem Ansatz, der die persönliche Genesungserfahrung der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellt. Es geht nicht nur um die Symptomreduktion, sondern darum, den Menschen zu helfen, ein bedeutungsvolles und befriedigendes Leben zu führen. Die Prinzipien der Recovery beinhalten Selbstbestimmung, Hoffnung, personenzentrierte Behandlung und die Einbindung sozialer Netzwerke und lassen sich durch den CHIME als theoretischen Bezugsrahmen praktisch darstellen. (siehe Abb. 1)

Chancen und Möglichkeiten

Die Anwendung von Recoveryprinzipien kann das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erheblich steigern. Durch Selbstbestimmung und aktive Einbeziehung können Patientinnen und Patienten mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen. Die Betonung von Hoffnung und persönlichen Ressourcen kann den Heilungsprozess positiv beeinflussen und Stigmatisierung verringern (4).

Risiken

Ein potenzielles Risiko der Recoveryorientierung besteht darin, dass Patientinnen und Patienten möglicherweise überfordert werden, wenn sie mehr Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen müssen. Diese Überforderung kann jedoch umgekehrt auch bei den Gesundheitsfachpersonen auftreten, wenn diese z.B. auf Patientinnen und Patienten treffen, die kritisch nachfragen, ihre eigenen

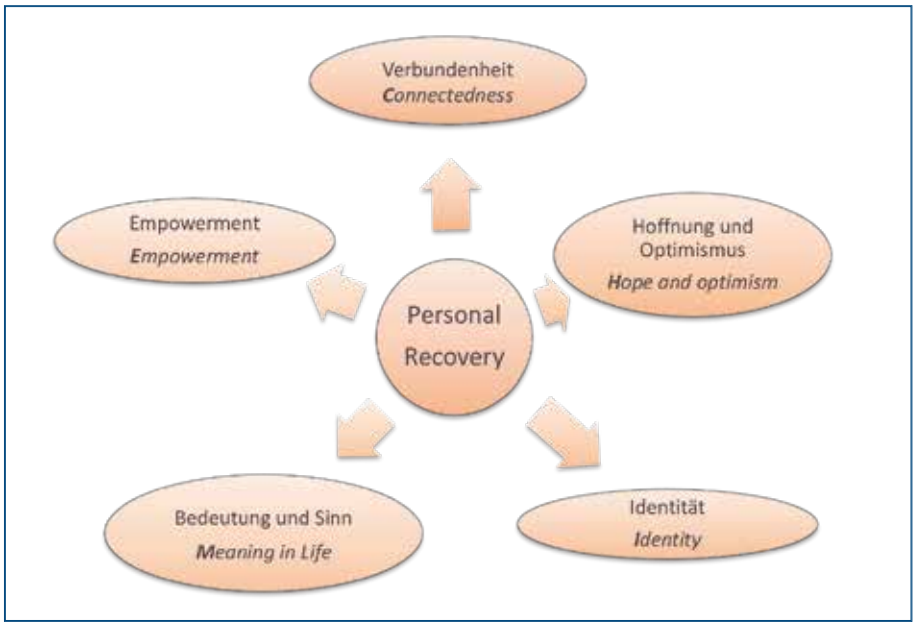

Abb. 1: Der CHIME-theoretische Bezugsrahmen (3)

Wünsche (bspw. auch über eine psychiatrische Patientenverfügung) formulieren und in den Behandlungsprozess einbringen. Darüber hinaus kann es insgesamt schwierig sein, eine Balance zwischen professionellen Empfehlungen und den Wünschen der Patientinnen und Patienten zu finden (6).

Adhärenztherapie

Definition und Prinzipien

Die Adhärenztherapie ist ein recovery-orientierter Ansatz, der darauf abzielt, die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten zur Einhaltung therapeutischer Maßnahmen zu erhöhen (5). Im Gegensatz zur klassischen Compliance, die oft eine passive Akzeptanz der Behandlung durch den Patienten/die Patientin impliziert, betont Adhärenztherapie die aktive Zusammenarbeit und Mitwirkung der Patienten und Patientinnen und stellt somit die »Personenzentrierung und Selbstbestimmung« in den Mittelpunkt der Behandlung (7).

Die sozial(-psychiatrische) Dimension der Adhärenztherapie

Ein sozialpsychiatrischer Ansatz betont, dass psychische Gesundheit und Krankheit nicht isoliert betrachtet werden können, sondern immer in einem sozialen Kontext zu sehen sind. Dies bedeutet, dass sowohl die Entstehung als auch die Behandlung psychischer Störungen durch soziale Faktoren wie Familie, Gemeinschaft, Arbeitsplatz und kulturelle Normen beeinflusst werden. Die Adhärenztherapie trägt diesem Verständnis Rechnung und stellt einen wichtigen Baustein eines sozialpsychiatrisch geprägten Behandlungsverständnisses dar, auch weil die soziale Einbettung der Patientinnen und Patienten wesentlich mitberücksichtigt wird.

Die Adhärenz wird dabei durch eine Vielzahl sozialer Faktoren beeinflusst, darunter soziale Unterstützung, die Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsdiensten, finanzielle Ressourcen, Stigmatisierung und das Gesundheitsverständnis des Patienten und seiner sozialen Umgebung. Eine Adhärenztherapie, die diese Faktoren berücksichtigt, kann daher als sozialpsychiatrischer Ansatz betrachtet werden, da sie die soziale Wirklichkeit des Patienten in die Therapie integriert und versucht, die sozialen Barrieren zu identifizieren und zu überwinden, die einer erfolgreichen Behandlung im Wege stehen.

Chancen und Möglichkeiten

Adhärenztherapie fördert das Verständnis und die Motivation der Patientinnen und Patienten, indem sie diese aktiv in den Behandlungsprozess einbezieht. Dies kann die Behandlungsergebnisse verbessern und die Rückfallraten reduzieren. Durch die individuelle Anpassung der Therapie können zudem unerwünschte Nebenwirkungen minimiert und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhöht werden (5, 7).

Risiken

Ein Risiko der Adhärenztherapie besteht darin, dass sie ressourcenintensiv sein kann. Die notwendige enge Zusammenarbeit und individuelle Betreuung erfordern Zeit und in der Methode gut ausgebildetes Personal; beides sind in Zeiten des Fachkräftemangels oftmals rare Güter. Außerdem kann es zu Konflikten kommen, wenn z.B.

- die Vorstellungen der Patientinnen und Patienten und die der Therapeutinnen und Therapeuten über die optimale Behandlung auseinandergehen,
- die Notwendigkeit einer hochwertigen interdisziplinären Zusammenarbeit und somit der Arbeit an gemeinsamen Behandlungszielen (Outcomekriterien) nicht vorhanden ist,
- eine berufsgruppen- und oftmals auch settingübergreifende Kommunikation und Kooperation nicht gegeben sind.

Ein Anwendungsbeispiel:

Eine Indikation für die Adhärenztherapie im stationären psychiatrischen Setting könnte die Behandlung eines Patienten mit einer Depression sein, bei der nach den geltenden Leitlinien eine langfristige Einnahme einer antidepressiven Medikation empfohlen wird und auch regelmäßiger Sport und Bewegung indiziert sind. (Der Annahme nach handelt es sich in diesem Beispiel um zwei männliche Personen, daher wird an dieser Stelle ausschließlich die maskuline Form verwendet.)

In diesem Fall könnte der Therapeut die Adhärenztherapie einsetzen, um sicherzustellen, dass der Patient sich ausreichend informiert fühlt, um eine bewusste Entscheidung für die regelmäßige Einnahme zu treffen, sowie sich regelmäßig ausreichend gut bewegt.

Der Therapeut könnte – im Verlauf der im Adhärenzhaus (Abb. 2) dargestellten Prozessschritte – dem Patienten dabei helfen, eine individuelle Medikamentenplanung zu erstellen, die auf die

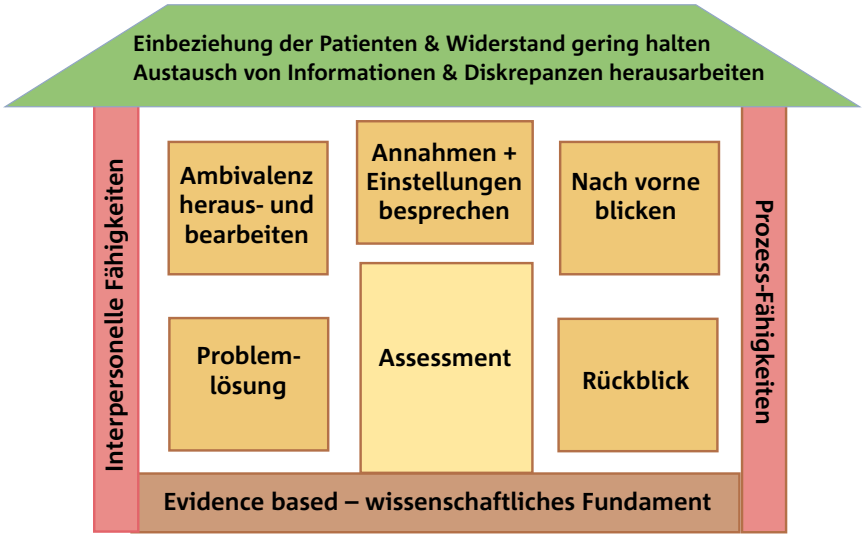

Abb. 2 »Adhärenzhaus« (8)

Bedürfnisse und den Alltag des Patienten abgestimmt ist. Zusätzlich könnte der Therapeut mit dem Patienten Strategien entwickeln, um regelmäßig ausreichend Bewegung zu erfahren und schwierige Situationen im Alltag zu bewältigen, die die Adhärenz beeinträchtigen könnten.

Durch den Beginn der Therapie im stationären Setting könnte die Therapieeffektivität verbessert werden, da der Patient sich frühzeitig gut begleitet und informiert fühlt und hierdurch Sicherheit gewinnt und seine Selbstwirksamkeitsüberzeugungen steigern kann.

Nach der Entlassung aus dem stationären Setting können sodann weitere Sitzungen geplant werden, um den Übergang zu erleichtern und weitere, passgenaue Informationen und Unterstützungen im sozialen und häuslichen Umfeld des Patienten zu geben. Dazu gehören in diesem Beispiel auch die Unterstützung und »erste Begleitung« in und zu Bewegungs- bzw. Sportangeboten und das Einüben von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Alltag.

Während des gesamten Verlaufs werden dem Patienten Tools und Informationen an die Hand gegeben. Durch diese Maßnahmen soll eine langfristige und erfolgreiche Genesung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützt werden.

Wichtig ist es hierbei zu betonen, dass es sich dabei um einen wechselseitigen Austausch, somit auch von Informationen handelt, die sogenannte »Augenhöhe«. Therapeuten müssen sich stets bewusst sein, dass die Bedenken der Patienten bezüglich der Einnahme von Medikamenten berechtigt sind und somit ernst genommen werden müssen. »Informationen austauschen« ist dabei eben nicht ein »Informationengeben« im althergebrachten paternalistischen Sinne.

Aus therapeutischer Sicht ließe sich hier argumentieren, dass ein reines »Geben« von Informationen oder Ratschlägen schneller und leichter geht als ein »Informationsaustausch auf Augenhöhe«. Jedoch endet das »Geben« von Ratschlägen und Informationen dann oftmals damit, dass sich der Patient als passiver Empfänger von Expertenwissen fühlt und die Ratschläge bzw. Informationen distanziert vom eigenen Kontext und den eigenen Sorgen wahrnimmt (angemerkt sei, dass dies beispielsweise auch in Gruppenangeboten wie Psychoedukation etc. oftmals noch so geschieht und entsprechend erlebt wird).

Gelingt es, die Adhärenztherapie im Sinne eines »wechselseitigen Austausches auf Augenhöhe« durchzuführen, wird der Patient im besten Sinne in seinem Empowerment gestärkt und unterstützt.

Empowerment

Definition und Prinzipien

Empowerment (zu Deutsch: Selbstbefähigung) in der Psychiatrie bedeutet, den Patientinnen und Patienten die Fähigkeit zu vermitteln, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, ihre Rechte einzufordern und Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen. Das hinter dem Wort stehende Konzept entstammt aus der amerikanischen Bewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung und der Emanzipationsbewegung der Frauen in Amerika. Dies umfasst die Förderung von Selbstbewusstsein, Wissen und Fähigkeiten, um eine aktive Rolle im Behandlungsprozess zu spielen (9).

Chancen und Möglichkeiten

Empowerment kann das Selbstwertgefühl der Patientinnen und Patienten stärken und ihre Autonomie fördern. Menschen, die sich befähigt fühlen, können besser mit ihren Symptomen umgehen und sind eher bereit, ihre Behandlung aktiv mitzugestalten. Zudem kann Empowerment die Stigmaerfahrung mindern, indem es den Fokus auf Fähigkeiten und Stärken legt. Dies gelingt vor allem dadurch, dass Menschen ihr Machtlosigkeitserleben überwinden. Dies können die Betroffenen nur selbst leisten, jedoch sind Gesundheitsfachpersonen in einer unterstützenden Rolle oftmals hilfreich (9). Zumal in Institutionen wie Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, wo die Deutungshoheit – und somit Macht – zumeist noch eng mit einem (zumindest bildlichen) weißen Kittel verbunden ist. Diesbezüglich sei an dieser Stelle der »White Coat Effect« erwähnt. Trägt Personal im medizinischen Setting weiße Dienstkleidung, steigt nachweislich der Blutdruck, ausgelöst durch eine Reaktion der Anspannung, Wachsamkeit und Verteidigung. Der hiermit einhergehende Stress beeinträchtigt die kognitiven Funktionen, wie beispielsweise Merkfähigkeit und Entscheidungsfindung (10).

Risiken

Ein übermäßiges Vertrauen auf Empowerment kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten sich überfordert fühlen oder unsicher werden, wie sie mit ihrer Verantwortung umgehen sollen. Zudem besteht das Risiko, dass Patientinnen und Patienten Entscheidungen treffen, die nicht immer im Einklang mit den medizinischen Empfehlungen stehen, was wiederum zu Widerständen oder Ablehnungen durch die behandelnden Fachpersonen führen kann. Weitere Probleme können unter anderem dann auftreten, wenn nicht genügend sozialpsychiatrisch-recoveryorientiert geschulte Mitarbeitende verfügbar sind, um den Empowermentprozess angemessen zu unterstützen, sowie die recoveryorientierte Ausrichtung nicht von allen Berufsgruppen befürwortet und getragen wird.

Fachkräftemangel in der psychiatrischen Versorgung

Herausforderungen

Der akute Fachkräftemangel in der Psychiatrie stellt eine erhebliche Hürde bei der Umsetzung der genannten Konzepte dar. Recoveryorientierung, Adhärenztherapie und Empowerment erfordern von Gesundheitsfachpersonen u.a.

- die Bereitschaft, recoveryorientierte Methoden und Konzepte anzuwenden,
- die Bereitschaft, sich auf die Perspektiven und Wünsche der Betroffenen einzulassen (Personenorientierung),
- die Bereitschaft zu einer individuellen und oftmals intensiven Unterstützungsplanung, die in vielen Einrichtungen aufgrund der Nichtverfügbarkeit geeigneter Fachpersonen, aufgrund personeller Engpässe und nicht selten auch der mangelnden

Bereitschaft, in entsprechende Weiterqualifizierungs- und Entwicklungsmaßnahmen zu investieren, nicht gewährleistet werden kann. Dies kann die Qualität der Versorgung beeinträchtigen und die Wirksamkeit der Konzepte einschränken.

Lösungsansätze

Um den Fachkräftemangel zu bewältigen, könnten verschiedene Maßnahmen ergriffen werden. Eine Möglichkeit wäre die verstärkte Ausbildung und Qualifizierung von Psychiatriefachkräften. Innovative Ansätze wie »Telepsychiatrie« oder die Einbindung von Peers und ehrenamtlichen Helfern könnten hier ebenfalls zu einer Verbesserung der Qualität und Entlastung des Fachpersonals beitragen. Zudem könnten digitale Tools (Apps) zur Unterstützung des Empowerments und zur besseren Adhärenztherapie eingesetzt werden.

Aufgaben des Managements, insbesondere der Stationsleitungen

Das Management und insbesondere die Stationsleitungen spielen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Implementierung der Konzepte Recoveryorientierung, Adhärenztherapie und Empowerment. Sie sind verantwortlich für die Schaffung einer unterstützenden und ressourcenreichen Umgebung, die die Umsetzung dieser Ansätze ermöglicht. Zu den Aufgaben des Managements gehören:

- Klares Bekenntnis der Einrichtungsleitungen zu den Konzepten und deren Umsetzung,
- Personalentwicklung und -schulung: Sicherstellung, dass das Personal über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um die Konzepte in die Praxis umzusetzen,
- Organisationsentwicklung: Implementierung struktureller Veränderungen, um eine personenzentrierte Versorgung zu fördern,
- Qualitätsmanagement: Kontinuierliche Überwachung und Bewertung der Implementierung dieser Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität,
- Ressourcenmanagement: Effiziente Nutzung und Verteilung von Ressourcen, um personelle Engpässe zu minimieren,
- Förderung von interdisziplinärer Zusammenarbeit: Sicherstellung einer kollaborativen Arbeitsumgebung, in der die verschiedenen Fachdisziplinen effektiv zusammenarbeiten (11, 12).

Gesundheitsökonomische Perspektive

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive bieten Recoveryorientierung, Adhärenztherapie und Empowerment erhebliche Vorteile. Diese Konzepte können zu effizienteren und effektiveren Behandlungsprozessen führen, was langfristig die Kosten im Gesundheitssystem senken kann. Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess kann die Adhärenz verbessern und somit die Inanspruchnahme teurer Akutbehandlungen und Hospitalisierungen reduzieren (13, 14).

Darüber hinaus können eine verbesserte Lebensqualität und Autonomie der Patientinnen und Patienten zu einer Verringerung der Krankheitszeiten und einer schnelleren Rückkehr in das Arbeitsleben bzw. auch zum Erhalt der Arbeitsplätze der Betroffenen führen. Die Nutzung digitaler Technologien und der Telepsychiatrie kann ebenfalls Kosten einsparen, indem sie die Notwendigkeit von physischen Terminen verringert und den Zugang zur Versorgung verbessert.

Fazit

Die Konzepte der Recoveryorientierung, Adhärenztherapie und des Empowerments werden vom Autor als sozialpsychiatrische Ansätze verstanden, die die Bedeutung sozialer, kultureller und ökologischer Faktoren in der Behandlung psychischer Störungen anerkennen. Unter anderem durch die Betonung der therapeutischen Allianz, die partizipative Entscheidungsfindung, die multidisziplinäre Zusammenarbeit und die kulturelle Sensibilität tragen diese Konzepte und Ansätze zu einer umfassenden und ganzheitlichen Behandlung bei. Indem sie den sozialen Kontext des Patienten in den Mittelpunkt stellen, bieten sie ernstliche Chancen, die psychiatrische Versorgung zu verbessern und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu steigern. Dennoch sind bei der Implementierung dieser Ansätze auch Risiken zu berücksichtigen, insbesondere im Kontext der knapper werdenden Ressourcen (Fachkräftemangel, Möglichkeiten zur Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildung, Fehlallokationen etc.). Eine sorgfältige Planung und die Entwicklung innovativer Lösungsansätze sind erforderlich, um die Vorteile dieser Konzepte voll ausschöpfen zu können und gleichzeitig deren potenzielle Nachteile zu minimieren.

www.bob-born.de

Insbesondere das sogenannte Spitzenmanagement und die Stationsleitungen haben die Aufgabe, ein inhaltliches und nachhaltiges Interesse an den zu implementierenden Themen zu zeigen und die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten (15).

Aus gesundheitsökonomischer Sicht können diese Konzepte zu langfristigen Kosteneinsparungen und einer effizienteren Ressourcennutzung beitragen.

Nur durch ein Zusammenwirken aller in diesem Beitrag genannten Stakeholder kann eine nachhaltige und personenzentrierte psychiatrische Versorgung sichergestellt werden. ■

Stefan Rogge, M.A. Health Administration, B.A. Psychiatrische Pflege, Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, pflegerischer Klinikleiter der Klinik für Forensik an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel (Schweiz), seit 2010 mit Themen des Maßregelvollzugs beschäftigt; Präsident der Schweizer Fachgesellschaft der psychiatrisch Tätigen in der forensischen Psychiatrie (FPFP) sowie Adhärenztrainer und 2. Vorsitzender des Dachverbands Adherence e.V.

Literatur

1 Davidson, L.; Borg, M.; Marin, I.; Topor, A.; Mezzina, R.; Sells, D. (2005) Process of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study. In: Am J Psychiatr Rehabil, 8, 177–201
2 Liberman, R.P.; Kopelowicz, A.; Ventura, J.; Gutkind, D. (2002) Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. In: International Review of Psychiatry, 14(4), 256–272
3 Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445–452
4 Amering, M.; Schmolke, M. (2012) Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. Köln: Psychiatrie Verlag
5 Trost, A.; Rogge, S. (2016) Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug. Köln: Psychiatrie Verlag
6 Schoppmann, S.; Balensiefen, J.; Nienaber, A.; Rogge, S.; Hachtel, H. (2023) The perspective of staff members of two forensic psychiatric clinics in German-speaking Switzerland on the introduction of recovery orientation: An explorative study. In: Front. Psychiatry 13:946418 (doi: 10.3389/fpsyt.2022.946418)
7 Schulz, M.; Behrens, J.; Löhr, M. (2018) Adherence und der personenzentrierte Aufbau interner Evidence. In: PADUA, 13, 13–20
8 Schulz, M.; Löhr, M. (2012) Adherence-Therapie Manual Version 1.22. Ein Handbuch für Professionelle in Psychiatrischen Einrichtungen. Bielefeld/Gütersloh: Selbstverlag (Englischer Originaltitel: Concordance Skills Manual, Institute of Psychiatry, 2004)
9 Naidoo, J.; Wills, J. (2019) Lehrbuch Gesundheitsförderung. Deutsche Ausgabe, hrsgg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Ausklärung (BZgA), 3. Aufl. Bern: Hogrefe
10 Crutzen C.; Adam, S. (2022) »What if It's not Just an Item of Clothing?« – A Narrative Review and Synthesis of the White Coat in the Context of Aged Care. In: Psychologica Belgica, 62(01), 62–74
11 Schrank, B.; Amering, M. (2007) »Recovery« in der Psychiatrie. In: Neuropsychiatrie, 21, 1, 45–50
12 Farkas, M. (2019) Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In: Zuaboni, G.; Burr, Ch.; Winter, A.; Schulz, M. (Hrsg.) (2019) Recovery und psychische Gesundheit – Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 138–147
13 Brigger, F.; Barizzi Vanolli, M. (2013) Bündner Programm für Psychische Gesundheit 2013–2016. Gesundheitsamt Graubünden. Verfügbar unter: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Kantonale_Konzepte/GR_Programm_Psy_Gesundheit_2013-16.pdf (letzter Zugriff: 09.11.24)
14 Bombana, M.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Müller, G. (2022) Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland. In: Gesundheitswesen, 84(10), 911–918
15 Schulz, M.; Zuaboni, G.; Buschsieweke, N.; Löhr, M. (2024) Nachhaltige fachliche Entwicklung – Wirkungsbereiche der psychiatrischen Pflege. In: Psychiatrische Pflege, 9(4), 19–23

Dr. med. Mabuse Nr. 266
Ausgabe 4/2024

Die letzte Ausgabe von
Dr. med. Mabuse
im Mabuse-Verlag

162 Seiten dick

Viele renommierte Autorinnen und Autoren ziehen Bilanzen und skizzieren Perspektiven.

Außerdem:
Abschiedsgrüße, Karikaturen, Fotoimpressionen u. v. a. m.

Dr. med. Mabuse ist die unabhängige und kritische Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe.

- Einzelheft 18 Euro
- E-Paper 13 Euro

Weitere Informationen unter
www.mabuse-verlag.de