



Restrukturierung von Krankenhaus-Prozessen unter Berücksichtigung einer verbesserten Patientenorientierung

· DRG · Patientenorientierung · Prozessoptimierung · Organisationsentwicklung · Kultureller Wandel · Krankenhaus

Zusammenfassung

Die Reformen im Gesundheitswesen haben erhebliche Auswirkungen auf Krankenhäuser. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf so genannte „Diagnosis Related Groups“ führt zu einem Paradigmenwechsel, der auch tief greifende Veränderungen in den Organisationsstrukturen nach sich ziehen muss. Der folgende Beitrag skizziert diese Veränderungen und erklärt, warum der damit verbundene Restrukturierungsprozess nur als Organisationsentwicklungsprozess erfolgreich sein kann. Für die Entwicklung eines Umsetzungskonzeptes werden erste Vorschläge unterbreitet.

Praktische Relevanz

Viele Krankenhäuser in Deutschland sind auf die aktuellen wie kommenden Anforderungen, die durch die Gesundheitsreform vorgegeben werden, nicht vorbereitet. Insbesondere das seit 1.1.2004 geltende Vergütungssystem nach „Diagnosis Related Groups“ macht eine Neuausrichtung vieler Kliniken notwendig, um mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln auskommen zu können. Die hier vorgestellten grundsätzlichen Überlegungen sollen zum einen für die notwendige Reorganisation sensibilisieren, zum anderen aber auch deutlich machen, dass ein solcher Wandel nur als Organisationsentwicklungsprozess erfolgreich realisiert werden kann. Darüber hinaus werden einzelne Bausteine für ein Umsetzungskonzept diskutiert, die für Krankenhäuser gleich welcher Größe eine erste Orientierung liefern können.

Restructuration de processus hospitaliers en considération d'une meilleure orientation vers le patients

· *consideration des patients* · *optimisation des déroulements* · *développement durable de l'organisation* · *transformation culturelle* · *hôpital*

Résumé

Beaucoup d'hôpitaux en Allemagne ne sont préparés ni aux exigences actuelles données par la réforme de la santé, ni aux prochaines. En particulier le système de rémunération s'orientant au „Diagnosis Related Groups“ introduit depuis le 1.1.2004 rend une réorientation de beaucoup de cliniques nécessaire, pour pouvoir s'en sortir avec les moyens financiers disponibles. Les réflexions fondamentales présentées ici doivent sensibiliser d'une part à la réorganisation nécessaire, d'autres part nettement montrer qu'un tel changement ne peut être réalisé avec succès que comme processus de développement de l'organisation. En outre, des éléments fonctionnels pour un concept de transposition vont être montrés. Ceux ci pourront livrer une première orientation pour les hôpitaux de toute dimension.

Importance Pratique

La qualité de service devient de plus en plus objet de l'évaluation et de l'organisation. L'article essaie de montrer des possibilités pour une gestion de qualité élargie qui inclure les conditions pour la co-production des patients.

Reorganisation of clinical processes and in-patient orientation

· DRG · in-patient orientation · process optimisation · change management · cultural change · hospital

Summary

This article outlines and explains the necessary changes as well as the reorganisation process of German hospitals as a consequence of the current health care reform. In the future, hospitals can only survive if they are prepared for the market through a organisational development process.

Adopting the Australian compensation system „Diagnosis Related Groups“ developed in the 70s as a model, a similar system called G-DRG passed the health care reform law of 2000 and became effective as of 1/1/2004.

The primary change is, that hospitals will no longer be paid by the number of days the patient is in their care, but rather receive a fixed sum for treating a certain case of illness.

Against the background of the demographic development and consequently short running resources, the goal of introducing G-DRG is, among others, to stabilise the health insurance expenditures. This shall be realised by reducing the retention period and – at the same time – by a progression of the quality of treatment of patient.

The adoption of the G-DRG not only leads to changes for the hospitals but also to a new definition of the patients' role. Patients are not only „co-producers“ anymore but start to take over the role of a customer („customer“ in an economical meaning).

To prepare hospitals for this future it is necessary to react flexibly and with foresight to any changes of frame conditions. Hospitals can only succeed if they develop into organisations with process-oriented structures instead of function-oriented ones. Among others this has the advantage of an improved adjustment of sub-processes resulting in a shorter retention period of the patient.

Core processes – deploying the policy and strategy of an organisation – are the center of a process-oriented view. „Patient care“ is an example for such a core process in the hospital. Due to their complex nature it is necessary to manage core processes in a comprehensive and holistic way respectively. A holistic approach includes the explicit nomination of process owners for the sub-processes as well as the simultaneous observation of supporting processes, which have an influence on the functioning of core processes.

The goal of all relevant processes is to realise a preferable trouble free development. Experiences of the last ten to fifteen years in corporations show that gateway problems such as communication barriers between task sections rank among the most important organisational causes for inadequate competitiveness.

After all, process orientation is the requirement for customer and patient orientation. This kind of business restructuring allows for a reflection of all organisational developments under the aspect of added value.

The change to a process oriented organisation is in particular a cultural challenge. A central aspect of a process organisation is „real“ teamwork of all professional groups in a hospital which implies a surrender of competences and power potentials.

This means a fundamental modification of previous behaviour. Due to the current pressure this change cannot be carried out in a cautious way and will most likely result in the resistance of the affected parties.

Therefore, the reorganisation in hospitals must be understood as an organisational development process which considers structural as well as human aspects.

During this restructuring process measures need to be taken to enable culture to adjust to process orientation.

Affecting in particular all those measures motivating all groups within the hospital to cooperate with each other.

Consequently a change concept is shown, which – based on an organisational development process – includes structural and cultural elements

- selection of various strategies which are promoting a patient and employee orientation,
- development of organisational structures specifying quality and process standards to create business opportunities,
- external and internal network of included parties,
- training of employees involved with the reorganisation process,
- introduction of a documentation system for timely and extensive data and information exchange,
- set-up of a system of key indicators based on questionnaires for patients, employees, admitting doctors, institutions (e.g. rehabilitation centers, homes for elderly people) and other cooperation partners as main target groups.

Practical Relevance

Many hospitals in Germany are not prepared for the current and oncoming demands caused by the health care reform.

In particularly the compensation system „Diagnosis Related Groups“, effective since 1/1/2004, leads to the necessity of a reorientation for many hospitals in order to manage restricted financial budgets. The basic considerations discussed in this paper intend to sensitise necessary reorganisations on one side, but also point out, that such a change can only be successfully realised as an organisational development process. Furthermore, some important elements for such a transformation concept are being discussed that can give a first orientation to any hospital.



1 Ausgangssituation und Handlungsbedarf

Mit der Einführung des vollpauschalierenden Vergütungssystems „Diagnosis Related Groups“ (DRG) wurde in den USA bereits in den siebziger Jahren begonnen, um den dramatisch steigenden Kosten im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Das Patientenklassifikations- und Preissystem wurde an der Yale University entwickelt und 1983 offiziell als Finanzierungs- und Planungsinstrument im staatlichen Gesundheitssystem „Medicare“ für die stationäre Versorgung von Patienten mit einem Alter über 65 Jahren eingeführt (vgl. Coffey & Louis 2000). Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 beschloss die Bundesregierung die Einführung der G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) und hat somit eine erhebliche wirtschaftliche Verantwortung an die Krankenhäuser übergeben. Ziele dieser Maßnahmen sind Beitragssatzstabilität, Senkung der Verweildauer, Steigerung der Qualität, Reduzierung von Krankenhausbetten und die gerechtere Verteilung finanzieller Ressourcen. Die Abwälzung der Kosten medizinisch nicht notwendiger Belegungstage durch die DRG-Einführung auf die Krankenhäuser führten zu einer notwendigen Abkehr von alten Paradigmen („Maximierung der Aufenthaltsdauer der Patienten“). Für kleinere Krankenhäuser kann das neue Paradigma („Maximierung von Fallzahlen“) zur Existenzbedrohung führen. Dementsprechend ist eine Diskussion um *vernetzte Versorgungsstrukturen*, *Clinical Pathways* und *Case Management* entfacht worden, die zu einer prozessorientierten Umstellung zwingt, welche die speziellen Problematiken, aber auch Chancen zahlreicher Schnittstellen berücksichtigt.

Die Beteiligung des Patienten an diesem Umstellungsprozess bezieht sich nicht isoliert auf das Verhältnis Patient/Arzt, in dem der Patient die Rolle des „Ko-Produzenten“ einnimmt (vgl. Badura 2004), vielmehr wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen knapper werdenden Ressourcen der Patient zunehmend an den Kosten beteiligt. Die Gesetzliche Krankenversicherung entwickelt sich zu einer Teilkaskoversicherung mit einer sehr ho-

hen Selbstbeteiligung. Dadurch wird sich auch das Verhalten des Patienten ändern, der dann eher die Rolle eines „Kunden“ einnehmen wird. Bei heilender und/oder pflegender Leistungserbringung kann jedoch nicht ohne weiteres der in anderen Bereichen verwendete Kundenbegriff herangezogen werden. Der Patient bzw. „Kunde“ benötigt eine besonders sensible Form der Zuwendung während der gesamten Behandlungsphase. Er ist in Bezug auf die „Qualität“ der erbrachten (medizinischen) Leistung in der Regel weniger in der Lage, diese umfassend zu beurteilen, sei es aufgrund mangelnder Informationen oder des akuten körperlichen bzw. psychischen Zustandes, in dem er sich während der Behandlung bzw. Leistungserbringung befindet. Aus diesem Grund ist es im Rahmen der prozessorientierten Umstellung eine explizite Forderung, Abläufe auch für ihn als Leistungsempfänger transparent zu machen, ihn umfassend zu informieren und ihn in die weit reichenden Umstrukturierungen aktiv einzubeziehen, um so seine Erwartungen und Bedürfnisse so weit wie möglich zu berücksichtigen. Insofern wird (auch) eine verstärkte „Patientenorientierung“ angestrebt.

Es ist noch nicht absehbar, welche Anforderungen ein emanzipierter, aufgeklärter Patient an die Klinik stellen wird. Vorstellbar ist, dass er wegen umfangreicher Zuzahlungen künftig nicht mehr bereit sein wird, längere Wartezeiten in Kauf zu nehmen.

Während im Zeitraum 1999 bis 2001 die Anzahl der Krankenhäuser von 2252 auf 2240 nur marginal gesunken ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2003), gehen Experten davon aus, dass nach kompletter Umstellung auf das neue Entgeltsystem ein Großteil der Kliniken vom Markt verschwinden wird. Dies bedeutet, dass zukünftig wesentlich mehr Patienten in kürzerer Zeit in weniger Kliniken behandelt werden müssen. Daraus ergeben sich vielfältige Anforderungen an das Prozessmanagement. Mit Blick auf die beschriebenen Rahmenbedingungen stehen die Krankenhäuser gleichzeitig vor der Aufgabe, das Qualitätsniveau für die Patienten zu erhalten bzw. – um wettbewerbsfähig zu bleiben – zu erhöhen.

Serviceorientierung wird somit in den Krankenhäusern zu einem immer wich-

tigeren Erfolgskriterium – ähnlich der Entwicklung in anderen Feldern, wie z. B. der Industrie oder der öffentlichen Verwaltung.

2 Neustrukturierung als OE-Prozess

2.1 Das zukunftsfähige Krankenhaus: Prozess- und Patientenorientierung

Die organisatorische Restrukturierung mit dem Ziel eines zukunftsfähigen Krankenhauses erfordert eine Entwicklung weg von einer überwiegend funktionalen Organisationsstruktur hin zu einer verstärkten Prozessorientierung (vgl. Greulich 2003). Wesentliche Charakteristika funktionaler bzw. verrichtungsorientierter Organisationen (Produktivitätsoptimierung durch Spezialisierung der einzelnen Unternehmensbereiche, isolierter Fokus auf die bereichsbezogenen Ziele und Prozesse, starke Hierarchisierung der Aufbauorganisation mit entsprechenden Hemmnissen beim Agieren und Reagieren des gesamten Unternehmens; vgl. Picot & Franck 1995) sind aufgrund veränderter Rahmenbedingungen nicht (mehr) zeitgemäß. Dies haben viele Unternehmen des industriellen, aber auch des Dienstleistungs-Sektors in den vergangenen zwanzig Jahren erkannt und ihre Strukturen entsprechend angepasst. Das Gesundheitswesen und damit auch das Management von Krankenhäusern hinkt dieser Entwicklung jedoch weitgehend hinterher, was z. B. an der permanent fehlenden Kostendeckung vieler Kliniken in Deutschland erkennbar ist. Darüber hinaus wurden erst mit der Einführung des DRG-Finanzierungssystems Anreize geschaffen, die eine Auseinandersetzung mit der Produktivität im Rahmen der Leistungserbringung (z. B. wirtschaftlich optimales Verhältnis zwischen Verweildauer des Patienten und seiner Rekonvaleszenz) lohnenswert erscheinen lässt (vgl. Greiling 2004).

Prozessorientierte Organisationsformen bieten eine Reihe von Vorteilen, die auch Krankenhäusern eine dauerhafte Wettbewerbsfähigkeit unter den derzeit herrschenden Rahmenbedingungen ermöglichen.





Prozessorientierung bedeutet allgemein die Ausrichtung der Organisationseinheiten an Prozessen, also an Ketten zusammenhängender Aktivitäten zur Erstellung eines Produkts oder einer Service- bzw. Dienstleistung (vgl. Reichwald & Möslein 1999). Als Vorteile für ein Krankenhaus sind hier u.a. die „Verkürzung der Verweildauer durch die verbesserte Abstimmung einzelner Funktionen und Teilprozesse“ und die „Verringerung der Kommunikations- und Koordinationstätigkeiten der Ärzte und Pfleger und damit Erhöhung der Zuwendung zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung der einzelnen Patienten“ zu nennen (vgl. Berger & Mormann 2004).

Im Zentrum der Aufmerksamkeit der prozessorientierten Unternehmensführung stehen dabei die Kernprozesse. Mit Kernprozessen sind in diesem Zusammenhang allgemein diejenigen Abläufe in einem Unternehmen gemeint, die sui generis den Unternehmenszweck ausmachen bzw. deren Management die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens sichert. Ein Beispiel für einen derartigen Kernprozess im Krankenhaus wäre z. B. die Patientenversorgung (von der Aufnahme über die medizinische und pflegerische Leistung bis zur Entlassung). Kernprozesse sind in der Regel komplexer Natur und erfordern bzgl. ihres Managements eine ganzheitliche Betrachtung. Das schließt u.a. die explizite Benennung von Prozesseignern für diverse Teilprozesse ein, aber auch die Identifikation von und den strukturierten Umgang mit den Schnittstellen zwischen den Teilprozessen.

Der Wandel zur Prozessorganisation macht zwingend die Identifikation der Kernprozesse notwendig. Eine angemessene Identifikation und praxisorientierte Gestaltung (z. B. nach dem Prinzip der Clinical Pathways, vgl. exemplarisch Dykes 2002) bedarf dabei der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus (Pflegerkräfte, Ärzte, Funktionsdienste, Verwaltung) im Sinne eines hierarchiefreien, gleichberechtigten Miteinanders.

Das Funktionieren der Kernprozesse ist darüber hinaus unmittelbar abhängig von dem Funktionieren der Prozesse, die diese unterstützen. Eine ganzheitli-

che, integrative Patientenbetreuung erfordert beispielsweise eine dazu stimmige Personaleinsatzplanung oder eine den Kernprozess optimal unterstützende Infrastruktur (z. B. notwendige medizinische Apparaturen, zweckmäßige Behandlungsräume).

Idealtypisches Ziel der ganzheitlichen Betrachtung aller relevanten Prozesse in einer Organisation (d.h. Kern- und unterstützende Prozesse) ist es, einen möglichst reibungslosen und effizienten Ablauf zu realisieren. Die Erfahrungen der letzten zehn bis fünfzehn Jahre im Bereich der Wirtschaftsunternehmen – aber auch im Krankenhaus – zeigen, dass Schnittstellenprobleme, wie z. B. Kommunikationsbarrieren oder Wartezeiten zwischen den Funktionsabteilungen, die wichtigsten organisatorischen Ursachen für eine ungenügende Wettbewerbsfähigkeit waren (vgl. Reichwald & Möslein 1999). Typische Beispiele für Schnittstellenprobleme in (deutschen) Krankenhäusern sind aufwändige Mehrfachdokumentationen von Patientenbefunden und Behandlungsanweisungen oder die mangelnde Koordination bei der Übersendung von Patienten zu diversen Funktionsabteilungen, wie z. B. der Röntgenabteilung, die oft in überflüssigen Wartezeiten münden und in der Summe die Verweildauer des Patienten unnötig verlängert.

Obwohl diese Überlegungen natürlich nicht unvorhersehbare „Störungen“ der Prozessverläufe z. B. durch Notaufnahmen oder aber auch Schwankungen im Patientenaufkommen, die im Einzelfall eine hohe Flexibilität erfordern, ausklammern können, leisten sie einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Verbesserung der Ist-Situation.

Ein weiterer Baustein prozessorientierter (Re-)Organisation ist die Schaffung dezentraler Einheiten mit Eigenverantwortlichkeiten in Bezug auf u.a. Kostendeckung und -effizienz („Profit Center“). Auch dies beinhaltet im Rahmen einer prozessorientierten Umstrukturierung - neben den strukturellen Veränderungen - ein Umdenken in Bezug auf Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus. So ist z. B. überwiegend in großen Kliniken festzustellen, dass das Kostencontrolling nicht mehr nur Angelegenheit der zentralen Krankenhausver-

waltung ist, sondern dass zur Schaffung von Transparenz Stationsmitarbeiter in Controlling-Aufgaben einbezogen werden, um unmittelbar im Stationsbetrieb auf eventuelle „Kostentreiber“ (wie z. B. die Verabreichung kostenintensiver Medikamente ohne Berücksichtigung preisgünstiger Alternativen) zu reagieren. Auf diese Weise wird den Stations- bzw. Abteilungsangehörigen bewusst gemacht, welche Kosten durch ihr Handeln entstehen.

Prozessorientierung ist schließlich die Voraussetzung zum patientenorientierten Handeln, denn sie ermöglicht eine Betrachtung aller organisatorischen Abläufe (wie z. B. der Patientenbetreuung) unter dem Aspekt der Wertschöpfung. Bezogen auf das Beispiel Krankenhaus können aus dieser Perspektive vom Einweiser über verschiedene Stufen innerhalb des Krankenhauses (z. B. Verlegen auf Station, Durchlaufen verschiedener Funktionsabteilungen) bis zur Entlassung bzw. Überweisung in weiterbehandelnde Institutionen sämtliche patientenbezogene Prozesse definiert und optimiert werden (vgl. Bruhn 2004).

Dennoch muss eine zunehmende Fokussierung im Hinblick auf die Effizienz nicht zwangsläufig mit qualitativen Einbußen in der Patientenversorgung oder mit einer abnehmenden Zufriedenheit der Mitarbeiter einhergehen. Arbeitswissenschaftliche Untersuchungen im Krankenhausbereich belegen seit Jahren den Bedarf an zeitgemäßen Organisationsformen, um einerseits die Effizienz der Leistungserbringung und andererseits die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Bereits 1991 thematisieren Feuerstein und Badura fehlende Humanität im Krankenhaus und benennen als ein zentrales Problem eine fortschreitende Beziehungslosigkeit, nicht nur zwischen Mitarbeitern und Patienten, sondern auch zwischen Beschäftigten unterschiedlicher Berufsgruppen und verschiedener Aufgabenprofile aufgrund von Schnittstellen- und Kommunikationsproblemen (vgl. Feuerstein & Badura 1991). Auch das Problem starrer Hierarchien und das Beibehalten überholter Organisationsformen, wie beispielsweise der Funktionsorientierung und der damit einhergehenden „unvollständigen Tätigkeiten“ im Krankenhausbereich, wird





schon seit Jahrzehnten diskutiert (vgl. u.a. Büssing 1997). Mit einer geeigneten Restrukturierung der Krankenhausprozesse kann sowohl dem Anspruch an höhere Wirtschaftlichkeit als auch einer Humanisierung im Krankenhaus begegnet werden (vgl. Blaudszun 2000).

2.2 Prozessorientierung als unternehmenskulturelle Herausforderung

Der Wandel von der funktionalen zur prozessorientierten Organisation ist auch bzw. vor allem eine unternehmenskulturelle Herausforderung. Dies ergibt sich schon aus dem in der Arbeitswissenschaft üblichen Verständnis von Organisationen als sozio-technische bzw. sozio-technologische Systeme (vgl. Ulich 2001; Zink 1984).

Folgt man der formalen Definition der (Unternehmens-)Kultur nach Schein, dann wird die Notwendigkeit einer Kulturveränderung gerade für Krankenhäuser offensichtlich. Nach Schein besteht eine Unternehmenskultur aus einem „Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt; (...)“ (Schein 1992). Die „Gruppe“ der Akteure (aller Bereiche) im (funktional organisierten) Krankenhaus handelt aus dieser Perspektive nach Grundprämissen der externen wie internen Problembewältigung. Diese haben zwar in der Vergangenheit arbeits- und tätigkeitsbezogene Probleme gelöst. In der aktuellen Situation der Krankenhäuser in Deutschland resultieren diese Grundprämissen aber in nicht mehr wettbewerbsadäquaten Lösungen und bedürfen daher einer Anpassung.

Die in der Gestaltung und Umsetzung der Prozessorganisation notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit bedingt zwangsläufig das Abbauen von Hierarchiestufen bzw. hierarchischen Privilegien. Dies schließt ein Abtreten von Kompetenzen, Zuständigkeiten bzw. Machtpotenzialen von Führungskräften bzw. Funktionsträgern an untere Hierarchiestufen mit ein (vgl. Blanchard et al. 1999). Gerade in

Krankenhäusern hat die (mehr oder weniger klare) Verteilung von Machtpotenzialen und Zuständigkeiten nach der zu verrichtenden Tätigkeit eine lange Tradition, an der bislang auch im Wesentlichen nichts geändert wurde.

2.3 Organisationsentwicklung als Methode der kulturellen Veränderung

Die beschriebenen aufbau- und ablauforganisatorischen Veränderungen im Rahmen der Entwicklung einer Prozessorganisation bedeuten also gerade im Bereich der Krankenhäuser einen tiefen Einschnitt in die Unternehmenskultur, der dazu aufgrund des aktuellen Veränderungsdrucks kaum sanft bzw. schrittweise erfolgen kann und letztlich bei vielen Beteiligten zu Widerständen führt (vgl. exemplarisch Schwing 2001, zitiert nach Berger 2004, der über Schwierigkeiten mit der Berufsgruppe der Ärzte im Zusammenhang mit der Entwicklung von Behandlungspfaden berichtet).

In Schlagworten skizziert sind wesentliche Elemente der hier geforderten Unternehmenskultur die Verwirklichung von Mitarbeiterorientierung, die Bereitschaft, sich offen und aktiv den sich verändernden Rahmenbedingungen und den daraus folgenden Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung zu stellen, eine Kultur, die Fehler erlaubt, eine Orientierung am Patienten und seinen speziellen Bedürfnissen sowie die Schaffung und Bereitschaft zur Transparenz von Informationen (vgl. Kahla-Witzsch & Geisinger 2004).

Generell lassen sich dabei zwei Schwerpunkte des Eingriffs in die Unternehmenskultur beschreiben: ein Schwerpunkt liegt auf der interpersonellen Ebene, ein zweiter auf der strukturellen Ebene.

Der zwischenmenschliche Schwerpunkt betont alle Maßnahmen, die die Mitarbeiter des Krankenhauses motivieren, auf gleichberechtigte und möglichst hierarchiefreie Art und Weise interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Es geht hier also um die Vermittlung von Umgangsweisen, die ein entsprechendes Kooperations- und Gesprächsklima initiieren und unterstützen. Diese müssen parallel zur Um-

organisation des Krankenhauses allen Mitarbeitern auf strukturierte Art und Weise vermittelt werden, z. B. im Rahmen von Führungskräfte-Workshops mit entsprechenden Inhalten. Diese flankierenden Personalentwicklungsmaßnahmen sind ein wesentlicher Eckpfeiler für eine Reorganisation, die weitgehend widerstandsfrei verlaufen soll.

Die strukturelle Schwerpunktsetzung umfasst alle Maßnahmen im Aufbau der Organisation, die dazu dienen, dass eine die Prozessorientierung unterstützende Kulturanpassung möglich wird. Konkret müssen „Schnittstellen“ eingerichtet werden, die bei der Entwicklung der Prozessorganisation einen regelmäßigen Austausch der Berufsgruppen im Krankenhaus gewährleisten. Dazu gehören Gremien, die die zur Prozessgestaltung notwendigen Informationen liefern sowie solche, die sich im Kern mit der konkreten Gestaltung von Ablaufprozessen im Krankenhaus beschäftigen. Diese Gremien bilden das Fundament für eine nachhaltige Reorganisation des Krankenhauses hin zur Prozessorganisation.

3 Bausteine eines Umsetzungskonzeptes

Die Anzahl der Behandlungsfälle pro Krankenhaus wird künftig steigen. Hinzu kommt, dass Patienten durch medizinisch-technischen Fortschritt älter werden, so dass ein steigender Anteil älterer und multimorbider Patienten in den bestehenden Versorgungsnetzen verbleiben. Kliniken stehen nun vor der Aufgabe, Prozesse zu optimieren, um den Vorgaben der Kostenträger, aber auch den schneller werdenden, komplexen Patientenbewegungen gerecht zu werden. Die zunehmende Emanzipation des Patienten verlangt zusätzlich eine höhere Transparenz der Prozesse und somit eine wesentliche Verbesserung der Patienten- und Angehörigenintegration in den Behandlungsablauf. Um diesen wachsenden Anforderungen Rechnung zu tragen, stehen Kliniken vor der zentralen Aufgabe, Behandlungspfade zu entwickeln. Ein interdisziplinärer Behandlungspfad (synonym werden unter anderem die Begriffe „Clinical Pathway“ und „Critical Pathway“ verwendet), ist die Beschreibung einer vollständigen in-



terdisziplinär erbrachten Behandlungsleistung für eine spezielle Diagnose. Der Pfad berücksichtigt aktuelle medizinische Erkenntnisse, die erforderliche Qualität der Leistungserbringung sowie Aspekte der Wirtschaftlichkeit, wobei Patientenanforderungen zu integrieren sind. Die erfassten Abweichungen während des Leistungserstellungsprozesses dienen hierbei dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Diese Reorganisationsaufgabe muss sowohl im Hinblick auf das EuGH-Urteil zur Arbeitszeit unter Berücksichtigung der Neufassung der Arbeitszeit-Richtlinie durch die Europäische Kommission (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2004), aber auch in Zeiten entstehender Netzwerke im Sinne integrierter Versorgungsketten mit zahlreichen Schnittstellen als große Chance erkannt werden.

Wie können nun diese gravierenden Umstrukturierungen umgesetzt werden? Einerseits ist für die Durchführung des Umsetzungskonzeptes ein systematisches Projektmanagement erforderlich, andererseits bedarf es inhaltlicher Konzepte, die im Folgenden erläutert werden.

3.1 Neuordnung eines Angebots-Portfolios unter strategischen Gesichtspunkten

Durch eine Entwicklung weg von monodisziplinären Einzelstrategien hin zu einer interdisziplinären Gesamtstrategie sowie der Förderung von Patienten- und Mitarbeiterorientierung muss eine Vorbereitung auf die veränderte Wettbewerbssituation stattfinden. Dabei ist u. a. zu definieren, welche Dienstleistungen im Kontext der Patientenbehandlung angeboten werden sollen und können. Neben der Entwicklung von Behandlungspfaden für ausgewählte Kernprozesse kann dies speziell auf die Kunden abgestimmte Informationen, Services, Beratungen und Schulungen beinhalten. Beispielsweise könnten Patienten nach erfolgreicher stationärer Behandlung eines Diabetes Mellitus an die Klinik gebunden werden, indem eine weiterführende Diabetesberatung angeboten wird. Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Sportverletzungen spezialisiert haben, könnten die Abtei-

lung Physiotherapie mit weiterführenden Angeboten in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen „Fitnessbereich“ ausstatten. Diese und zahlreiche andere Maßnahmen zeigen, wie Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu fördern und Effizienzressourcen besser zu nutzen sind.

3.2 Schaffung organisatorischer Strukturen

Damit mit der Entwicklung von Behandlungspfaden begonnen werden kann, sind zunächst die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen. Zu diesen Maßnahmen gehören u.a. die Bildung einer Steuergruppe und die Benennung eines Moderators.

Diagnosebezogene Behandlungspfade werden entsprechend ihrer Definition und in Anlehnung an das Prozessmanagement immer ausgehend vom erwünschten Ergebnis aufgebaut. Aufgrund dieser Ergebnisorientierung wird sowohl die Berücksichtigung der verschiedenen Erwartungshaltungen von Patienten, medizinisch-pflegerischem Behandlungsteam und Kostenträgern gewährleistet als auch eine Überprüfung der Ergebnisse durch aussagekräftige Kennzahlen erleichtert (vgl. zur Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen von Krankenhausleistungen u.a. Schwappach et al. 2003). Zudem erfordert die Restrukturierung von Krankenhausprozessen die Kooperation aller Beteiligten bei der Entwicklung zielgerichteter Prozessabläufe wie auch bei der Umsetzung von Behandlungspfaden in die Praxis. Ziel ist, Behandlungsprozesse durch interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation so zu gestalten, dass die Ergebnisqualität und die Verweildauer gleichermaßen optimiert werden. Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme zwischen Berufsgruppen und/oder Hierarchieebenen, die zu suboptimalen Prozessen und somit beispielsweise zu unnötigen Verlängerungen der Verweildauer führen, werden für das Krankenhausmanagement in absehbarer Zeit zu teuer. Letztlich werden durch fachlich fundierte und verbindlich festgelegte Prozessabläufe Diagnose- und Therapieverfahren sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter und das Krankenhausmana-

gement transparent, plan- und kalkulierbar.

Als Beispiel kann hier die „interdisziplinäre“ Visite angeführt werden. Durch die Anwesenheit aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen findet eine Synchronisation an Ort und Stelle statt. Dadurch können Doppelarbeiten vermieden und einzelne Arbeitsabläufe beschleunigt werden, was zu einer Reduzierung der Verweildauer ohne Qualitätsverlust führt. Die beteiligten Berufsgruppen können so die Qualität der Versorgung effizient sicherstellen und weiterentwickeln.

3.3 Interne und externe Vernetzung

Der zunehmende Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen fordert eine Veränderung von Strategien und Verhalten. So müssen z. B. alle Synergiepotenziale bezüglich einer Vernetzung aufgedeckt und genutzt werden, um dauerhaft marktfähig zu bleiben. Als großes Problem erweist sich dabei die bisherige Abgrenzung der einzelnen Versorgungsbereiche. Meist mangelhafte Informationen über die „anderen“ Marktteilnehmer be- bzw. verhindern den Aufbau von geeigneten Kommunikationsstrukturen. Damit werden wesentliche Synergiepotenziale auf betriebs- und volkswirtschaftlicher Ebene nicht genutzt. Die Überwindung dieser Problematik wird nur gelingen, wenn eine bessere Vernetzung allen Beteiligten Vorteile bringt. Die Chance liegt somit in der Bündelung der individuellen Interessen, um den größten Nutzen für alle durch eine Vernetzung zu erzielen. Das heißt, die bisherige starke Trennung der Sektoren Krankenhaus, vollstationäre/ambulante Pflege, Hausärzte/Einweiser sowie Apotheken und sonstige Heilmittelerbringer muss überwunden werden. Vor diesem Hintergrund muss die Chance erkannt werden, dem Patienten und dem Behandlungsteam eines Krankenhauses, aber auch den Beteiligten innerhalb eines Versorgungsnetzes spezielle, auf die Behandlungsverfahren abgestimmte Informationen vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt anzubieten. Für die interne Vernetzung der Akteure im Krankenhaus bietet die moderne Informationstechnologie große und zum Teil noch nicht genutzte Chancen.





Beispielsweise ist es heute schon möglich, dem Patienten vor einem chirurgischen Eingriff ärztliches Informationsmaterial, allgemeine Informationen zum Aufenthalt (wie z. B. Wahlmöglichkeiten bei der Verpflegung) oder die für die Aufnahme erforderlichen Formulare zukommen zu lassen, um somit schon vor dem Eingriff die Prozesskosten zu reduzieren. Neben diesem ggf. umfangreichen Informationsangebot sollte das Behandlungsteam die sektorübergreifenden Kommunikationswege für die Patientenüberleitung nutzen. Angebote, wie beispielsweise die Anzeige freier Bettenkapazitäten über das Internet, liefern wertschöpfende Potenziale für niedergelassene Ärzte und andere Einweiser.

3.4 Weiterqualifizierung der am Reorganisationsprozess beteiligten Mitarbeiter

Der medizinisch-technische Fortschritt erfordert von allen Akteuren eine kontinuierliche Weiterentwicklung, bei der es nicht mehr möglich sein darf, dass sich Mitarbeiter diesen Maßnahmen dauerhaft entziehen. Weiterqualifizierung bedeutet in diesem Sinne nicht ausschließlich ein breites Angebot an Fortbildungsangeboten, sondern auch die effiziente Nutzung des verfügbaren Wissens schon während seiner Entstehung. Eine besondere Bedeutung kommt dabei Weiterbildungsmaßnahmen zu, die das Schnittstellenmanagement innerhalb eines Versorgungsnetzes betreffen. Zwar führen die verschiedenen Berufsgruppen speziell auf ihre Disziplin ausgerichtete Fortbildungsmaßnahmen durch, einen Fortbildungskatalog, der sich an einem Patientenpfad orientiert, dürfte in den meisten Einrichtungen jedoch fehlen. Betrachtet man beispielsweise das Patientenentlassungsmanagement eines Krankenhauses, so wird deutlich, dass künftig Standards und Kommunikationswege etabliert sein müssen, um den schnelleren und ggf. komplexeren Patientenbewegungen nach Einführung der DRG Rechnung zu tragen. Dies beinhaltet nicht nur die frühzeitige Abfrage freier Bettenkapazitäten (nachdem die Verweildauer abgeschätzt werden kann), sondern auch die Fokussierung behandlungspflegerischer Aspekte. Diese rücken mit der allgemeinen Reduzierung

der Krankenhausverweildauer in nachgeordneten Sektoren wie der ambulanten und vollstationären Pflege in den Vordergrund. Im Bereich der enteralen/parenteralen Ernährung beispielsweise bietet eine ambulante Folgebetreuung im häuslichen Umfeld oder in einer Pflegeeinrichtung den richtigen Ansatz, um durch Fachpersonal Standards einzuhalten und damit ein bestimmtes Qualitätsniveau zu erreichen, was teure Folgekosten vermeidet. Das Patientenentlassungsmanagement eines Krankenhauses muss als „Aufnahmeverfahren“ für den folgenden Dienstleister in der Behandlungskette verstanden werden.

3.5 Aufbau eines Dokumentationssystems

Mit einem geeigneten Dokumentationssystem können bisherige Behandlungsleitlinien sowie zukünftige Behandlungspfade analysiert werden, damit allen Beteiligten deutlich wird, welche Leistungen während der Behandlung eines Patienten durch das Krankenhaus bzw. eine einzelne Abteilung erbracht wurden. Unter Beachtung der Datensicherheit gilt es, möglichst vollständige, präzise, umfangreiche und zeitnahe Daten über den Behandlungsverlauf, aber auch über Störungen im Prozess zu sammeln. Ein umfangreiches Dokumentationssystem bietet Transparenz für Kunden und Leistungserbringer, um sich von der Qualität und Quantität der Leistung zu überzeugen. Dies setzt entsprechende Analysen voraus, um Komplikationen im gesamten Prozess zu identifizieren, damit Behandlungspfade optimiert werden können. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte unter neuer IT-Struktur (vgl. Skowronnek & Bader 2003).

3.6 Aufbau eines erweiterten Kennzahlensystems

Die bisher schon vorliegenden medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kennzahlen sind durch Ergebnis- und Prozesskennzahlen, aber auch durch subjektive Kennzahlen aus Befragungen zu ergänzen.

Die Nutzung von Daten aus Befragungen liefert ein erhebliches Potenzial für Verbesserungsmaßnahmen. Man sollte daher möglichst frühzeitig mit der Befragung folgender Zielgruppen beginnen, um über repräsentative Daten zu verfügen:

- Patienten
- Mitarbeiter
- Niedergelassene Ärzte / „Einweiser“
- Ambulante- / vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- Kooperationspartner
- Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Apotheken

Die Ergebnisse aus den Befragungen geben darüber Auskunft, wie Patienten, Mitarbeiter, Kooperationspartner und sonstige Netzwerkteilnehmer die Leistung eines Krankenhauses beurteilen. Zwar ist die Durchführung dieser Befragungen mit Aufwand verbunden, eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Kennzahlen in Verbindung mit den oben skizzierten „objektiven“ Daten führt jedoch zu einem eindeutigen Mehrwert, da Störungen und deren Ursache ggf. schon frühzeitig erkannt werden können.

4 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick

Die aktuellen gesundheitspolitischen Veränderungen sind für die Krankenhäuser in Deutschland ohne Zweifel mit hohen Anforderungen an das Management verbunden. Nicht nur zunehmender Kostendruck durch das neue Vergütungssystem, das dem Krankenhaus die volle wirtschaftliche Verantwortung übergibt, sondern auch wachsender Wettbewerb und eine veränderte Gesetzeslage (u.a. zur Arbeitszeit und zur Qualitätssicherung) ergeben einen dringenden Handlungsbedarf. Darüber hinaus ändert sich mit zunehmender Beteiligung der Patienten an den Gesundheitskosten auch deren Erwartungshaltung. Obwohl die Reduktion oder Gleichsetzung der Patientenbedürfnisse auf die eines Kunden zu kurz greift, ist der Patient heute besser informiert und dadurch „emanzipierter“. Als „Ko-Produzent“ fordert er eine gezieltere Orientierung an seinen Bedürfnissen.





Aus dem veränderten Vergütungssystem resultiert die Notwendigkeit einer Verkürzung der Patientenverweildauer. Dies soll durch Optimierung des Patientenweges von der Aufnahme bis zur Entlassung unter Beibehaltung eines hohen Qualitätsstandards erreicht werden.

Die Reorganisation einer noch weitgehend funktionsorientierten zu einer prozessorientierten Organisation erweist sich somit als zwingend. Neben der Ausrichtung an den Kernprozessen eines Unternehmens führt sie durch die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Abbau starrer Hierarchien. Eine solche Umstrukturierung kann jedoch nur dann gelingen, wenn sie als umfassender Organisationsentwicklungsprozess erfolgt und vom Krankenhausmanagement gefördert und unterstützt wird. Darüber hinaus muss auch in (Weiter-)Qualifizierung investiert werden.

Die Schaffung veränderter organisatorischer Strukturen und Abläufe sollte auch dazu genutzt werden, über eine Neuordnung des Angebots-Portfolios nachzudenken. Die Nutzung der Möglichkeiten der Informationstechnologie verbunden mit einer internen und externen Verknüpfung sind weitere Bausteine für den Veränderungsprozess, der auch durch ein erweitertes Kennzahlensystem gefördert werden kann.

Die sichere und effiziente Versorgung von Patienten ist für jedes Krankenhaus eine Herausforderung. Eine Vielzahl von Schnittstellen im Diagnose- und Behandlungsprozess, hoher Leistungs- und Zeitdruck, häufig in Kombination mit emotionaler Belastung, die geringe Planbarkeit von Notfällen und Komplikationen sind Faktoren, die in dieser Ausprägung in vermutlich keinem anderen Bereich auftreten. Um unter den sich nun in Deutschland ändernden Rahmenbedingungen diesen Anforderungen gerecht werden zu können, muss nach einer Organisationsform gesucht werden, die die Effizienz und Sicherheit der planbaren Prozesse erhöht. Eine im Jahr 1999 erschienene Studie zur Patientensicherheit in den USA belegt, dass Ursachen für Fehler in der Medizin nicht (nur) beim Individuum zu suchen sind, sondern vor allem eine Frage des Managements sind (vgl. Kohn et al. 1999). Zu den häufigsten

Ursachen für Behandlungsfehler werden funktions- statt prozessorientierte Organisationsformen, Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme, eine Organisationskultur, die Lernen aus Fehlern nicht unterstützt und mangelndes Risikobewusstsein genannt. Die Folgen für das Gesundheitswesen sind beträchtlich: In den USA geht man von bis zu 100.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr durch Fehler in der Medizin aus.

Konsequenterweise müsste man aus solchen Erfahrungen lernen – und eine patientenorientierte Prozessorganisation vorantreiben, die den Erhalt bzw. die Förderung der Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen sicherstellt.

Ob jedoch aus diesen Erkenntnissen in Deutschland tatsächlich gelernt wird, bleibt abzuwarten.

Literatur

Badura, B.: Der Rollenwechsel von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen – Zukunftsvision für ein Partnerschaftsmodell. Rede vom 15.03.2002 in Düsseldorf. URL: http://www.agenda21.nrw.de/download/rede_badura.pdf (04.10.2004)

Berger, K.: Behandlungspfade als Managementinstrument im Krankenhaus. In: Greiling M. (Hrsg.): Pfade durch das klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussion. Stuttgart: Kohlhammer 2004, S. 42-64

Berger, K.; Mormann, J.: Die „Prozessorientierte Kalkulation“ im Krankenhaus. In M. Greiling (Hrsg.), Pfade durch das klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussion, Stuttgart: Kohlhammer S. 127-156 2004

Blanchard, K.; Carlos, J. P.; Randolph, A.: Management durch Empowerment. Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen. Berlin: Rowohlt 1999

Blaudszun, A.: Pflege im Spannungsfeld des Gesundheitssystems. Entwicklungschancen zwischen Leistungsorientierung und Humanisierung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 81-105 2000

Bruhn, M.: Das Konzept der kundenorientierten Unternehmensführung. In H. H. Hinterhuber, K. Matzler (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden: Gabler, S. 33-66 2004

Büssing, A.; Barkhausen, M.; Glaser, J.: Die Analyse von Schnittstellen im Krankenhaus am Beispiel von Kooperation und Kommunikation. München: TU, Lehrstuhl für Psychologie 1996

Büssing, A.: Neue Entwicklungen in der Krankenpflege: Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In A. Büssing (Hrsg.), Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 19-29 1997

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: URL: <http://www.bmwil.de/Navigation/Arbeit/Arbeitsrecht/rechtsgrundlagen,did=22094.html> (04.10.2004)

Coffey, R. M.; Louis, D. Z.: Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In M. Arnold, M. Litsch & Schellshmidt (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart: Schattauer S. 33-48 2000

Dykes, P. C.: Einführung in die interdisziplinären Versorgungspfade mit „Critical Pathways“. In P. C. Dykes, & K. Wheeler (Hrsg.): Critical Pathways – interdisziplinäre Versorgungspfade. Bern: Huber, S. 23-32 2002

Feuerstein, G.; Badura, B.: Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung; Bd. 39, Düsseldorf 1991

Greiling, M.: Einführung in das klinische Prozessmanagement. In M. Greiling (Hrsg.), Pfade durch das klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussion, Stuttgart: Kohlhammer, S. 15-26 2004

Greulich, A.: Prozessmanagement. In G. Thiele (Hrsg.), Einführung der DRGs in Deutschland, Heidelberg: Hüthig Verlag, S. 195-230 2003

Kahla-Witzsch, H. A.; Geisinger, T.: Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer 2004

Kohn, L. T.; Corrigan, J. M.; Donaldson, M.: To err is human. Building a safer Health System; National Academy Press, Washington, D.C. 1999

Picot, A.; Franck, E.: Prozessorganisation: Eine Bewertung der neuen Ansätze aus Sicht der Organisationslehre. In A. Picot & M. Nippa (Hrsg.), Prozeßmanagement und Reengineering. Die Praxis im deutschsprachigen Raum. Frankfurt: Campus 1995, S. 13-38

Reichwald, R.; Möslin, K.: Organisation: Strukturen und Gestaltung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie, Weinheim: PVU, S. 29-49 1999

Schein, E.: Unternehmenskultur, Ein Handbuch für Führungskräfte. Frankfurt/Main: Campus 1992

Schubert, H. J.; Zink, K. J.; Albert, W.; Bahmer, F.: Zentrale Prinzipien umfassender Qualitätsmanagementkonzepte und deren Übertragung auf das Krankenhaus. In K. J. Zink & H. J. Schubert (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen, 2. erw. und überarb. Aufl., Neuwied/Kriftel: Luchterhand, S. 242-251 2001

Schwappach, D.; Hochreutener, M. A.; Conen, D.; Eichler, K.; Blaudszun, A.; Koeck, Chr. M.: Outcome measurement in the Canton of Zurich. From the theory to practice - Progress report on six years of development, implementation and experience with routine inpatient outcome measurement, Schiftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Band 70. SGGP: Bern 2003

Schwing, C.: Die Angst transparent zu werden. In: Das Klinikmanagement aktuell, 10, 2001

Skowronnek, O.; Bader, T.: Prozessorientierte IT-Unterstützung im Krankenhaus. In A. Greulich, G. Thiele & M. Thieck-Kreye: Prozessmanagement im Krankenhaus, Heidelberg: R. v. Decker's Verlag, S. 43-59 2003

Statistisches Bundesamt: URL: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab12.php> (12.03.2003)

Ulich, E.: Arbeitspsychologie, Zürich: vdf Hochschulverlag 2001

Zink, K. J.: Sozio-technologische Systemgestaltung als Zukunftsaufgabe, München/Wien: Hanser 1984

Zink, K. J.: TQM als Organisationsentwicklung. In K. J. Zink (Hrsg.): Wettbewerbsfähigkeit durch innovative Strukturen und Konzepte, München: Hanser, S. 227-361 1994

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. Klaus J. Zink
Dipl.-Psych. Christoph Esser
Dipl.-Pfleger (FH) Johannes Palm
Dipl.-Pflegerin Annette Blaudszun
 Institut für Technologie und Arbeit
 TU Kaiserslautern
 Kurt-Schumacher-Str. 74a
 D-67663 Kaiserslautern
 E-Mail: klaus.j.zink@ita-kl.de

Arbeitsmedizin

Ausgewählte Titel für Arbeitsmediziner

Standardlexikon der Arbeitsmediziner



■ Gebrauchslexikon mit systematischer themenzentrierter Darstellung der beruflichen Belastungen und Gefährdungen. Es enthält 200 zentrale Beiträge zu arbeitsmedizinisch und beruflich besonders relevanten Belastungs- und Gefährdungsbereichen. Leitziel für den Nutzer ist die Informationsbereitstellung für Präventives Handeln, Förderung gesunder Mitarbeiter und Betriebe, schnelle Umsetzung für den praktischen Fall.

■ 2004, 736 Seiten, gebunden

Best.-Nr. 61700 € 128,00

Standardwerk der Arbeitsmedizin

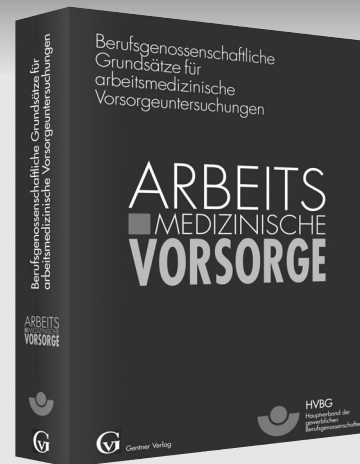


■ Ein Handbuch für Arbeitsmediziner, eine Lehrbuch für Studenten, ein Nachschlagewerk für Ärzte aller Fachrichtungen. Es werden alle aktuellen Themen der Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin systematisch behandelt. Wissenschaftliche Methodik und Didaktik, Betriebsärztliche Praxis und Rechtsprechung sind eingearbeitet. Ein profundes Handbuch für Wissenschaft und Praxis.

■ 2003, 1176 Seiten, gebunden

Best.-Nr. 59800 € 128,00

Arbeitsmedizinische Vorsorge mit System



■ Das Standardwerk präsentiert sich nun in der 3. Auflage, aktualisiert und in modernem Erscheinungsbild. Ein didaktisch durchgängiges, einheitliches Konzept steigert Übersichtlichkeit und praktische Verwertbarkeit in der betriebsärztlichen Praxis. Die Grundsätze sind gestrafft und durch den Einsatz von Farbe und der Verwendung grafischer Elemente anschaulicher gestaltet. Zusätzlich zu den bisherigen 46 Grundsätzen und zwei Leitfäden enthält das Werk erstmals den neuen Grundsatz G 1.4 „Staubbelastung“ und einen Leitfaden „Biomonitoring“. Die elektronische Version ist dem Buch als CD-ROM beigelegt.

■ 3. Auflage 2004, 792 Seiten, gebunden

Best.-Nr. 63500

€ 48,50

Tauchmedizin – eine aktuelle Disziplin

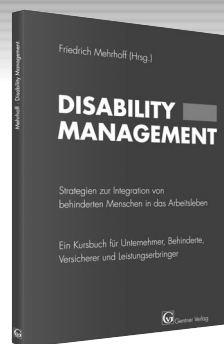


■ Die Tauchgemeinschaft in Deutschland hat sich im letzten Jahrzehnt von 300.000 auf über 1,5 Mio. Sporttaucher entwickelt. Ziel der Tauchmedizin ist die Prävention und die Akutversorgung. Ärzte aller Fachrichtungen, vor allem jedoch auf Tauchmedizin spezialisierte Mediziner und Sicherheitsingenieure sind zunehmend gefordert, die Betroffenen im komplexer werdenden „Tauchmarkt“ umfassend zu begleiten, zu beraten und zu behandeln.

■ 2004, 248 Seiten, gebunden

Best.-Nr. 64600 € 30,00

return to work: Integration von Behinderten



■ Unter dem Aspekt return to work behandelt das Buch die Zukunftsperspektive zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Es beschreibt die Mitverantwortung aller verantwortlichen Institutionen und die Offensive zur Koordination gemeinsamer Strategien vor dem Hintergrund sozialer Sicherung und ökonomischer Relevanz. Die Zielgruppe ist interdisziplinär: Leistungsträger, BGN, Juristen, Ärzte, Unternehmer, Personalleiter, Betroffene.

■ 2004, 124 Seiten, broschiert

Best.-Nr. 62500 € 30,00

ASU · Bücher-Service 2005
 ■ ASU Bücher-Service präsentiert Ihnen regelmäßig aktuelle Neuerscheinungen und Neuauflagen zu relevanten Themen der Arbeitsmedizin!

Bestellcoupon oder schneller per Fax 0711/63672-735

Ja, ich bestelle

Senden Sie mir bitte gegen Rechnung (zuzüglich Versandkosten):

___ Ex. Best.-Nr. 63500 à € 48,50

___ Ex. Best.-Nr. 61700 à € 128,00

___ Ex. Best.-Nr. 59800 à € 128,00

___ Ex. Best.-Nr. 64600 à € 30,00

___ Ex. Best.-Nr. 62500 à € 30,00

Firma/Institution

Name

Vorname

Beruf/Funktion

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Datum/Unterschrift



Gentner Verlag · Buchservice Medizin
 Postfach 10 17 42 · 70015 Stuttgart · Telefon 07 11/6 36 72-857
 E-Mail: buch@gentnerverlag.de