
Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V	
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	XXV	
1	Abteilungsmanagement im Wandel – Was derzeit möglich ist!	
	<i>(Wolfgang Hellmann/Henning F. Lausberg)</i>	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Rolle des Chefarztes in der bestehenden funktio- nalen Krankenhausstruktur	2
1.3	Anregungen zu einem neuen Berufsbild für Krankenhausärzte – Sichtweisen verschiedener Interessengruppen	4
1.3.1	Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)	4
1.3.2	Politik, private Kliniketten und Chirurgie . . .	5
1.3.2.1	Politik	5
1.3.2.2	Rhön-Kliniken	5
1.3.2.3	Chirurgie	7
1.3.3	Bundesärztekammer	8
1.3.4	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflege- direktoren der Universitätsklinika in Deutschland (VPU e.V.)	8
1.3.5	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	9
1.3.6	Fazit	9
1.4	Instrumente für eine effiziente Abteilungsführung im Kontext neuer nicht ärztlicher Berufsbilder – eine Auswahl	10
1.4.1	Kooperatives Prozessmanagement als Herausforderung	12
1.4.1.1	Grundsätzliche Überlegungen	12
1.4.1.2	Kooperatives Prozessmanagement (KoPM)	12
1.4.1.3	Klinische Pfade	14

1.4.1.3.1	Definition	15
1.4.1.3.2	Sektoren übergreifende Klinische Pfade unterscheiden sich von Klinischen Pfaden im Krankenhaus grundsätzlich nicht	16
1.4.1.3.3	Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten von Klinischen Pfaden	17
1.4.1.3.4	Pfaderstellung in Einzelschritten	20
1.4.1.3.5	Zusammenfassende Tipps zur Umsetzung Klinischer Pfade	24
1.4.1.4	Patientenpfade als strukturierte Patienteninformation – ein innovatives Marketinginstrument	25
1.4.2	Bindung und Rekrutierung guter Mitarbeiter durch eine Gesundheit fördernde Abteilungsstruktur	25
1.4.3	Neue Berufe zur Unterstützung einer effizienten Abteilungsführung	26
1.4.3.1	Physician Assistant (PA)	26
1.4.3.2	Compliance Manager	27
1.4.3.3	Pfadmanager/Pfadmanagerin Integrierte Versorgung	28
1.4.3.4	Beauftragter/Beauftragte Betriebliche Gesundheitsförderung	29
1.4.4	Fazit	30
1.5	Zentrenbildung – Modell der Zukunft?	31
1.5.1	Patienten und Ressourcen orientierte Zentren	31
1.5.2	Virtuelle Zentren	32
1.5.3	Administrative Zentren	32
1.5.4	Folgerungen und Konsequenzen für den zukünftigen Leitenden Arzt	34
1.6	Blick über die Grenzen – Das neue Berufsbild des Spitalfacharztes in der Schweiz	34
1.7	Zusammenfassung	35
2	Versorgungsstrukturen in Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven für das Krankenhaus <i>(Clarissa Kurscheid/Hans-R. Hartweg)</i>	37
2.1	Einleitung	37
2.1.1	Koordinationsmängel im Gesundheitswesen	37
2.1.2	Integrierte Versorgung	38
2.1.3	Gesetzliche Regelungen	40
2.1.3.1	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (2000)	40

2.1.3.2	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (2004)	41
2.1.3.3	Gesetze zur Änderung des Vertragsarztrechts und zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetz- lichen Krankenversicherung (2007)	42
2.2	Einordnung der Integrierten Versorgung	43
2.2.1	Stellung der Integrierten Versorgung im Vergleich zur „Regelversorgung“	43
2.2.2	Intention der gesetzlichen Regelungen	45
2.2.2.1	Überwindung der Sektoren	45
2.2.2.2	Neue Rollen der Integrationspartner	46
2.2.2.3	Neudefinition der Wertschöpfungskette	47
2.3	Umsetzung der Integrierten Versorgung	48
2.3.1	Grundformen der Umsetzung	49
2.3.1.1	Indikationsbezogene Versorgungsansätze	49
2.3.1.2	Vernetzte Kooperationsformen	50
2.3.1.3	Flächendeckende Versorgungsansätze	51
2.3.2	Stand der Entwicklung	52
2.3.2.1	Vertragsmeldungen/Vergütungsvolumen/ Einschreibebezahlen	52
2.3.2.2	Vertragspartnerkombinationen	53
2.4	Zusammenfassung	54
3	Kommunikation als Kapital der Kliniken <i>(Siegmar Eligehausen/Konrad Rippmann)</i>	56
3.1	Einleitung	56
3.2	Kommunikation mit Patienten	57
3.2.1	Patientenbindung als Strategiefaktor	60
3.2.2	Situationsgerechte Kommunikation	60
3.2.3	Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess: Informed shared decision making	64
3.2.4	Messen der Patientenzufriedenheit	65
3.2.5	Zusammenfassung	66
3.3	Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten	67
3.3.1	„Reiches“ Medium Telefon	69
3.3.2	Gemeinsame Visite	70
3.3.3	Vertretung	70
3.3.4	Der Arztbrief	71
3.3.5	Einweiserbefragung	73
3.3.6	Kooperation – mit oder ohne Vertrag?	73

3.3.7	Checkliste Kommunikation mit Niedergelassenen	74
3.3.8	Zusammenfassung	75
3.4	Kommunikation mit Kostenträgern und dem MDK	75
3.4.1	Respekt erzeugen	75
3.4.2	Permanentes Verhandeln	76
3.4.3	Beteiligen und Einbeziehen	76
3.4.4	Zusammenfassung	77
3.5	Vermittlung von Management- und Führungskompetenzen für ärztliche Mitarbeiter als strategischer kommunikativer Ansatz	78
3.5.1	Das Erfolgsmodell ist am Ende	78
3.5.2	Der „War for Talents“	79
3.5.3	Es geht auch anders – eine erprobte Vorgehensweise	79
3.5.4	Zehn Zukunftsfragen zu Führung und Kommunikation	81
3.6	Erfolgreich sein und darüber reden – Zusammenarbeit mit der Unternehmenskommunikation	83
3.6.1	Die „hausgemachten“ Publikationen	83
3.6.2	Die Rolle in der Außendarstellung	84
3.6.2.1	Themen suchen	84
3.6.2.2	Medienauftritte schulen	84
3.6.2.3	Kongresse nutzen	84
3.6.2.4	Mit Medien kooperieren	85
3.6.2.5	Krisen erfolgreich kommunizieren	86
3.6.2.6	Betriebliche und personelle Veränderungen	89
3.6.2.7	Zusammenarbeit mit der Pressestelle bzw. der Abteilung für Unternehmenskommunikation	89
3.6.2.8	VIP – enger Kontakt zur Pressestelle	90
3.6.2.9	Kontakte zu Journalisten	91
3.6.2.10	Pressearbeit braucht Netzwerke	92
3.6.2.11	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Ein Thema für Teamsitzungen	93
3.6.2.12	Fazit	94
3.6.2.13	Fragebogen für Chefarzte: Selbsteinschätzung zur „Pressewirksamkeit“ und zur Zusammenarbeit mit der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	94
3.6.2.14	Merkblatt zur internen und externen Kommunikation für Chefarzte	98

4	Selbstmanagement in der krankenhausärztlichen Tätigkeit	
	<i>(Hans-Wolfgang Hoefert)</i>	100
4.1	Einleitung	100
4.2	Zeitplanung	100
4.2.1	Prioritätensetzung	101
4.2.2	Kommunikation über Prioritäten	102
4.2.3	Aufgabenerledigung	103
4.2.4	Langfristige Planungen	104
4.3	Orientierung in einer komplexen Arbeitsumwelt	105
4.4	Umgang mit eigenem Stress	107
4.4.1	Äußere Bedingungen für Stress	108
4.4.2	Innere Bedingungen für Stress	109
4.5	Stressrelevante Persönlichkeitsmerkmale	109
4.5.1	Anspruchsniveau	109
4.5.2	Frustrationstoleranz	110
4.5.3	Ambiguitätstoleranz	110
4.5.4	Ursachenzuschreibungen (Attributionstendenzen)	111
4.5.5	Vulnerabilität	112
4.5.6	Ängstlichkeit	112
4.5.7	Zwanghaftigkeit	112
4.6	Stress-Bewältigung (Coping-Strategien)	113
4.6.1	Informationssuche	113
4.6.2	Direkte Handlungen	114
4.6.3	Unterdrückung von Handlungen	114
4.6.4	Körperliche Bewältigung	114
4.6.5	Überprüfung stressfördernder Überzeugungen	115
4.7	Dysfunktionale Strategien	116
4.7.1	Aktionismus	116
4.7.2	Eskapismus	117
4.7.3	Regression	117
4.8	Emotionsregulation	117
4.9	Distanzregulation	118
4.10	Balance zwischen den Lebensfeldern	119
4.11	Erhaltung der Arbeits- und Berufszufriedenheit	119
4.12	Zusammenfassung	121

5	Erfolgsfaktoren für eine effiziente Mitarbeiterführung <i>(Hans-Wolfgang Hoefert)</i>	122
5.1	Einleitung	122
5.2	Zielvereinbarungen	122
5.3	Motivierung	123
5.4	Anweisungen	125
5.5	Einweisung in neue Aufgaben	128
5.6	Delegation	129
5.7	Kritik und Feedback	130
5.8	Gruppenbesprechungen	133
5.9	Konfliktmoderation	136
5.10	Förderung der Teamarbeit	137
5.11	Zusammenfassung	139
6	Konfliktmanagement <i>(Wilfried Hülskötter)</i>	141
6.1	Kurze Einführung ins Thema Konfliktmanagement	141
6.1.1	Wann kann man überhaupt von einem Konflikt sprechen?	141
6.1.2	Wie entsteht ein Konflikt?	141
6.2	Wichtige Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Konfliktbewältigung	142
6.2.1	Was gilt es als Führungskraft im Rahmen einer konstruktiven Konfliktbewältigung zu tun? – Die wichtigsten 5 Punkte zur Konfliktbewältigung (in Anlehnung an Doppler/Lauterburg 1997)	143
6.2.1.1	Schaffen Sie die Möglichkeit einer gemeinsamen Kommunikation!	143
6.2.1.2	Sorgen Sie für eine Gesprächsmoderation im Konfliktlösungsgespräch!	143
6.2.1.3	Leiten Sie auch eine Aussprache der Gefühle an!	144
6.2.1.4	Forcieren Sie eine gemeinsame Bewältigung der Geschehnisse!	144
6.2.1.5	Schließen Sie mit konkreten Maßnahmen ab!	144
6.3	Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eines Konfliktlösungsgesprächs	145
6.3.1	Vorbereitung eines Konfliktlösungsgesprächs	145

6.3.2	Durchführung eines Konfliktlösungs- gespräches	146
6.3.3	Nachbereitung eines Konfliktlösungs- gespräches	149
6.4	Kommunikation im Konfliktlösungsgespräch . . .	149
6.4.1	Gesprächsregeln für den „Kritiker“	149
6.4.1.1	Eigene Gefühle mit den Ich-Aussagen konkret beschreiben!	149
6.4.1.2	Sandwich-Technik nutzen!	150
6.4.1.3	Für sich selbst sprechen!	150
6.4.1.4	Gründe für aktuelles Verhalten direkt ansprechen!	151
6.4.2	Gesprächsregeln für den „Kritisierten“	151
6.4.2.1	Zunächst zuhören, nur Verständnisfragen stellen!	151
6.4.2.2	Resümee ziehen!	151
6.4.2.3	Einblick gewähren!	151
6.4.2.4	Prioritäten verdeutlichen!	152
6.5	Konfliktlösungsworkshop im Team	152
6.5.1	Erläuterungen zum Ablaufplan der Tabelle 20 . .	153
6.5.1.1	Zur Übung: Team-Puzzle	153
6.5.2	Zur Erarbeitung der Tops und Handicaps, des Themenspeichers sowie des Maßnahmenplanes .	155
6.5.2.1	Schritt 1	155
6.5.2.2	Schritt 2	155
6.5.2.3	Schritt 3	155
6.5.2.4	Schritt 4	156
6.6	Wichtige Fragen und Antworten zur konstruktiven Konfliktbewältigung	156
6.6.1	Ist es nicht besser Konflikte grundsätzlich zu vermeiden, statt sich intensiv mit einer konstruktiven Konfliktbewältigung beschäftigen zu müssen?	156
6.6.2	Wie lange dauern Konfliktsituationen an?	157
6.6.3	Soll ich als Führungskraft im Krankenhaus/in der Klinik Konflikte grundsätzlich ansprechen?	157
6.6.4	Lösen sich Konflikte nicht auch von ganz allein?	157
6.6.5	Welche Sicherheit gibt die beschriebene Vor- gehensweise, dass der Konflikt auch tatsächlich bewältigt wird?	158
6.7	Zusammenfassung	158

7	Tipps für Chefärzte zur Aneignung von praktischer kommunikativer und kooperativer Kompetenz <i>(Gaby Baller)</i>	160
7.1	Einführung	160
7.2	Das Sender-Empfänger-Modell (Paul Watzlawick)	161
7.3	Das Nachrichtenquadrat und die 4 Ohren (Friedemann Schulz von Thun)	162
7.4	WahrnehmungsfILTER	163
7.5	Das Eisbergmodell (Sigmund Freud)	164
7.6	Johari-Fenster (Joe Luft, Harry Ingham)	164
7.7	Die Transaktionsanalyse (Eric Berne)	165
7.8	Konfliktmanagement	166
7.9	Aktives Zuhören	168
7.10	Feedback	168
7.11	Die direktive und non-direktive Gesprächs- führung	169
7.12	Situationsbezogenes Führen (Paul Hersey, Kenneth Blanchard)	170
7.13	Emotionale Kompetenz (David R. Caruso, Peter Salovey)	170
7.14	360-Grad-Feedback	171
7.15	Das Mitarbeitergespräch	172
7.16	Die Phasen der Teamentwicklung (Bruce Tuckman)	172
7.16.1	Forming oder Orientierungsphase	172
7.16.2	Storming oder Konfliktphase	173
7.16.3	Norming oder Organisationsphase	173
7.16.4	Performing oder (Hoch-) Leistungsphase	173
7.17	Verhandlungstraining	174
7.18	Die Typentheorie und der Golden Profilor of Personality (GPOP)	175
7.19	Die Teamrollentheorie (Meredith R. Belbin) ...	176
7.20	Coaching	179
7.21	Moderationstechniken	180
7.22	Vertrauen	181
7.23	Commitment	182
7.24	Handlungsorientiertes Lernen	183
7.25	Fazit	183

8	Sicherung der Wettbewerbsposition durch konsequente Marktorientierung <i>(Dirk Elmhorst/Daisy Hünefeld)</i>	185
8.1	Einordnung des Themas	185
8.2	Systematische Analyse und Bewertung des Krankenhausmarktes	186
8.2.1	Bestimmung des Einzugsgebietes für das gesamte Krankenhaus	187
8.2.2	Kalkulation der Basiskennzahlen für das Einzugsgebiet des gesamten Krankenhauses	193
8.2.3	Bildung von abteilungsspezifischen Leistungs- gruppen	194
8.2.4	Bestimmung des Einzugsgebietes der Abteilung	195
8.2.5	Leistungsgruppenbezogene Analysen	197
8.2.6	Wettbewerbsanalyse	199
8.2.7	Einweiseranalyse	200
8.2.8	Zeitreihenanalysen	202
8.3	Zusammenfassung	203
9	Marketing ist Chefsache – auch in der Abteilungsführung <i>(Manfred Amedick)</i>	204
9.1	Einleitung	204
9.2	Was soll, was kann Marketing leisten?	205
9.3	Gesundheitsdienstleistungen – (k)ein Markt wie jeder andere?	206
9.3.1	Fragmentierung der Kundenfunktion	207
9.3.2	Begrenzung bei Leistungsplanung und Preisbil- dung	207
9.3.3	Asymmetrische Informationslage	208
9.4	Die vier großen „P“ des Marketings – oder Marketing ist mehr als Werbung	208
9.4.1	Leistungs- und Servicepolitik	209
9.4.2	Kommunikationspolitik	212
9.4.3	Distributionspolitik	214
9.4.4	Preis- und Konditionenpolitik	214
9.4.5	Weitere Instrumente für das Dienstleistungs- marketing	215
9.5	Marketing als kontinuierliche Führungsaufgabe im klinischen Abteilungsmanagement	216

9.5.1	Die Analyse – wo steht meine Abteilung heute?	216
9.5.2	Mit der Portfolioanalyse den „Wert“ der eigenen Abteilung bestimmen	221
9.5.3	Die Abteilung innerhalb der Klinik positionieren	223
9.6	Ziele definieren, Strategien entwickeln	224
9.6.1	Positionierung	226
9.6.2	Differenzierung	227
9.6.3	Nutzenvermittlung	227
9.6.4	Assoziation	228
9.7	Zielgruppenmarketing – was wollen Patienten und Einweiser wirklich?	228
9.7.1	Zielgruppe Patient	230
9.7.2	Zielgruppe Einweiser	232
9.8	Die richtige Organisation für das Klinikmarketing – wer macht was?	236
9.8.1	Marketing durch Zielvereinbarungen auch auf Fachabteilungsebene implementieren	238
9.8.2	Produktmanager als neues Instrument im operativen Klinikmarketing	240
9.9	Werbung: Was geht – und was nicht?	241
9.10	Zusammenfassende Übersicht von Erfolgsfaktoren für das Abteilungsmarketing	244
10	Ärztlicher Personalbedarf – vom passiven Personalabbau zur aktiven Personalbedarfsplanung <i>(Bernd Füllekrug)</i>	246
10.1	Einleitung	246
10.2	Ärztlicher Personalbedarf – Stiefkind der Personalplanung an deutschen Krankenhäusern	247
10.2.1	Keine Personalbedarfsberechnung ohne Definition des Kerngeschäftes	247
10.3	Personalbedarfsberechnungen für den ärztlichen Dienst	248
10.3.1	Techniken der ärztlichen Personalbedarfsberechnung	249
10.3.1.1	Die erlösbasierte Personalbedarfsberechnung (InEK-Datenbasis)	249
10.3.1.2	Die leistungsorientierte, analytische Personalbedarfsberechnung	250

10.3.1.3	Die Arbeitsplatzmethode	252
10.3.1.4	Personalbedarf – die budgetäre Methode	252
10.3.1.5	Der medizinisch determinierte ärztliche Personalbedarf	252
10.3.1.6	Ständisch orientierter Personalbedarf	253
10.3.1.7	Historisch orientierter Personalbedarf	253
10.3.1.8	Arbeitsvertraglich und tarifvertraglich orientierter Personalbedarf	253
10.3.1.9	Haftungsrechtlich orientierter Personalbedarf . . .	254
10.3.2	Das Dilemma ärztlicher Personalbedarfsberechnungen	255
10.4	Prozessbeschreibender ärztlicher Personalbedarf	256
10.5	Allgemeine Maßnahmen für einen prozessorientierten ärztlichen Personalbedarf	259
10.5.1	Personalbedarf und Qualifikation der ärztlichen Mitarbeiter	261
10.6	Schlussfolgerungen	264
10.7	Zusammenfassung	266
11	Das deutsche DRG-System: Grundlagen – aktueller Entwicklungsstand – Ausblick <i>(Dominik Franz/Norbert Roeder)</i>	268
11.1	Grundlagen	268
11.1.1	Ziele der DRG-Einführung	268
11.1.2	Was sind DRGs?	269
11.1.3	DRG-Bewertungen und Erlöse	270
11.1.4	Der Prozess der DRG-Weiterentwicklung	270
11.1.5	Statistische Maße zur Beurteilung der Güte des DRG-Systems	271
11.1.6	Meilensteine der G-DRG-Weiterentwicklung . . .	272
11.1.6.1	Differenzierte Betrachtung der Behandlungsinhalte am Beispiel der Unfallchirurgie	273
11.1.6.2	Additive Vergütungsformen – Die Bedeutung der Zusatzentgelte am Beispiel der onkologischen Arzneimitteltherapie	274
11.1.6.3	OPS-Komplexcodes am Beispiel der Intensivmedizin	276
11.1.6.4	Optimierung der Kalkulation – am Beispiel der Zu- und Abschläge für Lang- und Kurzlieger . . .	277
11.1.6.5	Berücksichtigung der Komorbidität	278

11.2	Aktueller Entwicklungsstand des G-DRG-Systems	279
11.3	Zusammenfassung und Ausblick	281
12	Effiziente Dokumentation und Kodierung von Krankenhausleistungen <i>(Andreas Wenke/Norbert Roeder)</i>	283
12.1	Einleitung	283
12.2	Die Bedeutung der Primärdokumentation	284
12.3	Die Sekundärdokumentation (Kodierung)	287
12.3.1	Die Wahl der Hauptdiagnose	287
12.3.2	Kodierung von Symptomen	288
12.3.3	Verdachtsdiagnosen und ausgeschlossene Diagnosen	290
12.3.4	Geplante Wiederaufnahme	293
12.3.5	Der Komplikationsbegriff – Neuerungen in der Onkologie	294
12.3.6	Nebendiagnosen – was ist erlaubt?	295
12.3.7	Unspezifische Kodierung	296
12.3.8	Kodierung von Prozeduren – Zunahme der Bedeutung	297
12.4	Zusammenfassung	299
12.5	Checkliste zur Abschlusskodierung	301
13	Rechtssichere Dokumentation – Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung <i>(Jan Helling)</i>	302
13.1	Einleitung	302
13.2	Anforderungen an die Medizinische Dokumentation	302
13.2.1	Grundlagen	302
13.2.1.1	Rechtliche Grundlagen	302
13.2.1.2	Zweck der Dokumentation	303
13.2.1.3	Wesentliche Anforderungen	304
13.2.2	Einsichtsrechte des Patienten	309
13.2.3	Besonderheiten der elektronischen Dokumentation	309
13.3	Anforderungen an die Medizinische Dokumentation zu Abrechnungszwecken	311
13.3.1	Stationäre Behandlungsnotwendigkeit	311
13.3.2	Dokumentation von Diagnosen	312
13.3.2.1	Hauptdiagnose	312

13.3.2.2	Nebendiagnosen	312
13.3.3	Dokumentation von Prozeduren	313
13.3.3.1	Untersuchungen, Eingriffe, Operationen	313
13.3.3.2	Komplexprozeduren	314
13.3.3.3	Prozeduren mit Zeit- oder Mengenangaben	315
13.4	Anforderungen an die Medizinische Dokumenta- tion zu haftungs- und strafrechtlichen Zwecken	316
13.5	Zusammenfassung	317
13.6	Checkliste	317
14	Fachübergreifender Bereitschaftsdienst – Herausforderung für ein modernes Abteilungsmanagement <i>(Kai Labenski)</i>	319
14.1	Einführung	319
14.2	Rechtliche Aspekte	320
14.3	Organisationsanforderungen	325
14.4	Organisationsmaßnahmen	326
14.5	Schlussbemerkung	327
15	Software gestützte Umsetzung Klinischer Pfade für das Abteilungsmanagement und im Kontext interdisziplinärer Behandlungs- zentren <i>(Jörg-Peter Klötzer/Elmar Knoche)</i>	328
15.1	Einleitung	328
15.2	Umsetzung Klinischer Pfade mittels Software- unterstützung	330
15.3	Klinische Pfade am komplexen Beispiel eines interdisziplinären Organzentrums	334
15.4	Ausblick	337
16	Beteiligung an Sektoren übergreifenden Versorgungskonzepten (Integrierte Versorgung) als Chance <i>(Nikolaus Schmitt)</i>	338
16.1	Integrierte Versorgung, was ist das?	338
16.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	339
16.3	Bewertung der IV aus Sicht der Krankenkassen	342
16.3.1	Das strategische Umfeld der Krankenkassen	342
16.3.2	Vertragsfreiheit, Vertragswettbewerb	345

16.3.3	Ziele der Krankenkassen in der Integrierten Versorgung	347
16.4	Umsetzung der IV-Verträge	352
16.4.1	Mögliche Partner eines Krankenhauses	352
16.4.1.1	Niedergelassene Ärzte	352
16.4.1.2	Pflegedienste, Pflegeheime, Home-Care	353
16.4.1.3	Rehabilitation	354
16.4.1.4	Weitere Sektoren	354
16.4.2	Vorgehensweise bei der Vertragsentwicklung	354
16.4.2.1	Produktidee entwickeln	355
16.4.2.2	Partner suchen	355
16.4.2.3	Wirtschaftlichkeit kalkulieren	356
16.4.3	Erfolgsfaktoren der Vertragsverhandlungen	356
16.5	Praxiserfahrungen zu IV-Verträgen	357
16.5.1	Aktueller Stand der IV-Verträge	357
16.5.2	Erfolgsfaktoren der Vertragsumsetzung	361
16.5.2.1	Prozesse organisieren	361
16.5.2.2	Patienten überzeugen	362
16.5.3	Umsetzung des Vertrages überwachen	362
16.5.3.1	Ergebnisse dokumentieren, Evaluation beauf- tragen	363
16.5.4	Evaluation, Qualitätssicherung	363
16.5.4.1	Ziele der Evaluation	364
16.5.4.2	Ergebnisse der Evaluation	364
16.5.4.2.1	Vergleichende Patientenbefragung	364
16.5.4.2.2	IV-spezifische Patientenbefragung, Versicherten- bonus	368
16.5.4.2.3	Ergebnisse der Wirtschaftlichkeit	369
16.5.5	Kurzbeschreibung einiger Praxisbeispiele	371
16.5.5.1	Centrum für Integrierte Onkologie Uniklinik Köln (CIO)	371
16.5.5.2	Behandlung von Patienten mit Multiple Sklerose (Uni Gießen)	372
16.5.5.3	Integrierte Versorgung von Demenzpatienten (Klinikum der Universität Mainz)	372
16.6	Ausblick, Empfehlungen des Sachverständigen- rates	374

17	Dokumentation und Delegation – neue Entwicklungen bei der Arbeitsteilung im Krankenhaus	
	<i>(Manfred Werthern)</i>	376
17.1	Einleitung	376
17.2	Dokumentation, Einsichtsrechte, Schweigepflichten, Aufbewahrungsfristen	377
17.2.1	Dokumentation	377
17.2.1.1	Rechtsentwicklung	377
17.2.1.2	Zweck	378
17.2.1.3	Inhalt	378
17.2.1.4	Umfang	379
17.2.1.5	Form	380
17.2.1.6	Zeitpunkt	380
17.2.1.7	Verpflichteter	381
17.2.1.8	Abrechnung	381
17.2.1.9	Arbeitszeit	382
17.2.1.10	Aufklärung	382
17.2.1.11	Manipulation	382
17.2.1.12	Rechtsfolgen bei Verstoß gegen Dokumentationspflichten	383
17.2.1.12.1	Im Haftungsprozess, Umkehr der Beweislast	383
17.2.1.12.2	Im Strafprozess	384
17.2.2	Einsichtsrecht	384
17.2.2.1	Umfang	384
17.2.2.2	Art der Ausübung	385
17.2.2.3	Einsichtsrecht von Erben	387
17.2.2.4	Einsichtsrecht von Sozialversicherungsträgern und von privaten Versicherungen	387
17.2.2.5	Herausgabe von Krankenakten im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren	388
17.2.2.6	Anforderung von Unterlagen durch den MDK	389
17.2.2.7	Einsichtsrecht von Landesrechnungshof und Finanzbehörden	389
17.2.3	Schweigepflicht	390
17.2.3.1	Grundlagen	390
17.2.3.2	Schweigepflicht und EDV	391
17.2.3.3	Rechtsfolgen Verletzung Schweigepflicht	392
17.2.3.4	Zeugnisverweigerungsrecht	392
17.2.3.5	Beschlagnahmeverbot	393
17.2.4	Aufbewahrungspflichten	393
17.3	Delegation	395

17.3.1	Grundsätzliches	395
17.3.2	Definition	397
17.3.3	Delegation und Verantwortung	397
17.3.4	Delegation und Vertrauensgrundsatz	398
17.3.5	Grenzen der Delegation	398
17.3.5.1	Maßstab	398
17.3.5.2	Abgrenzung delegationsfähiger von nicht delegierbaren Leistungen	399
17.3.5.3	Ärztlich vorbehaltene Tätigkeiten	399
17.3.5.4	Delegierbare Aufgaben	400
17.3.6	Delegation und Übernahmeverschulden	401
17.3.7	Delegation und Aufklärung	402
17.3.8	Neue Assistenzberufe	403
17.3.8.1	Überblick	403
17.3.8.2	Entwicklung	404
17.3.8.3	Herzchirurgie	405
17.3.8.4	Sonderfall Anästhesie	406
17.3.8.5	Neue Assistenzberufe und ärztliche Weiterbil- dung	407
17.4	Abschließende Thesen	407
18	Qualitätssicherung in der ärztlichen Weiterbildung <i>(Daisy Hünefeld/Uta Buch/Günther Bergmann)</i> .	409
18.1	Einleitung	409
18.2	Historischer Exkurs	409
18.3	Entwicklung der Facharztweiterbildung in Deutschland	410
18.4	Die erste Weiterbildungsordnung	411
18.5	Gesetzliche Grundlagen	411
18.5.1	Das Facharzturteil	411
18.5.2	Das Heilberufsgesetz	412
18.5.3	Die Weiterbildungsordnung	412
18.6	Ablauf und Charakter der Weiterbildung	413
18.6.1	Prüfung und Zulassungsbestimmungen	413
18.6.2	Weiterbildung als Nebenprodukt	414
18.6.3	Doppelcharakter und Rechtsbeziehungen der Weiterbildung – Lehrer-Schüler-Beziehung	414
18.7	Zuständigkeiten und Rechtsverbindlichkeit	415
18.8	Finanzierungskrise in der ärztlichen Weiterbil- dung	416
18.8.1	Ärztliche Weiterbildung rechnet sich nicht	416

18.8.2	Warnung der Fachgesellschaften	416
18.8.3	Versorgungskrise durch gesicherte Weiterbildung verhindern	417
18.9	Nachwuchsprobleme in der deutschen Ärzteschaft	417
18.9.1	Altersstruktur	417
18.9.2	Sinkende Attraktivität des Arztberufes	418
18.9.3	Abwanderung von deutschen Fachärzten ins Aus- land	419
18.10	Studie über aktuelle Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte in Deutschland	420
18.11	Vorbild Amerika – ärztliche Weiterbildung in den USA	421
18.11.1	Individuell zugeschnittene Weiterbildungs- programme	422
18.11.2	Klare Abstufungen in der Weiterbildung	423
18.11.3	Verbindliche Fortbildungsangebote	423
18.11.4	Anstellungsverträge für die gesamte Weiterbil- dungszeit	423
18.12	Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsmöglich- keiten sind wichtige Kriterien für die Wahl der Arbeitsstätte	424
18.13	Strukturierte Weiterbildung als Qualitätsmerkmal	425
18.13.1	„All in one“ – alles in einem Dokument	426
18.13.2	Struktur des UMG-Logbuches	426
18.13.3	Anwendung des UMG-Logbuches in der Praxis	434
18.13.4	Ausblick	434
18.14	Fazit und Eckpunkte zur Verbesserung der ärztli- chen Weiterbildung	434
	<i>Literatur/Internetquellen</i>	437
	<i>Stichwortverzeichnis</i>	449
	<i>Herausgeber und Autoren</i>	453