

## Analyse

# Pflegerische Kernkompetenz von Krankenhäusern

Empirische Untersuchungen zeigen: Unternehmen können erfolgreich am Markt operieren, wenn es ihnen gelingt, über einzigartige Prozesse und Kompetenzen zu verfügen. Dies gilt auch für pflegerische Leistungen im Krankenhaus. Im Folgenden werden pflegerische Kernkompetenzen beispielhaft anhand eines Bewertungsrasters analysiert.

## Die Frage nach den Kernkompetenzen

Vor dem Hintergrund veränderter Strukturen der Wertschöpfung im Gesundheitswesen stellt sich immer häufiger die Frage nach den Kernkompetenzen der einzelnen Leistungserbringer, beispielsweise der Krankenhäuser, und der einzelnen Berufsgruppen innerhalb dieser Institutionen.

Von verschiedener Seite wird hier die Auffassung vertreten, dass die Kernkompetenzen stationärer Leistungserbringer in der Erbringung der ärztlichen und pflegerischen Leistung zu sehen sind (1). Die pflegerische Leistung wäre damit eine Kernkompetenz und dürfte weder ausgelagert noch substituiert werden.

Faktisch findet jedoch zunächst eine starke Diversifizierung statt. Auf der einen Seite kommt es in der Praxis sowohl zur Auslagerung pflegerischer Leistungen, zum Beispiel durch Zeitarbeiter, als auch zu einer Substitution pflegerischer Leistungen, zum Beispiel durch Hauswirt-

schaftskräfte. Auf der anderen Seite übernimmt die Pflege immer mehr ärztliche Leistungen (2). Die Spreizung pflegerischer Kompetenzen in Form einer Verlagerung pflegerischer Kompetenz nach „außen“ an Hilfspersonal und als arztsetzende Tätigkeiten erzeugt ein aktuell äußerst heterogenes Bild. Die Spreizung pflegerischer Kernkompetenzen und ihre Analyse sowie die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung sind Gegenstand der vorliegenden Ausführungen.

## Das Konzept der Kernkompetenzen

Das Konzept der Kernkompetenzen spielt in der Theorie und Praxis seit den 1990er-Jahren eine zunehmend wichtigere Rolle (3). Die Wurzeln des Kernkompetenz-Ansatzes liegen in einer ressourcenorientierten Perspektive (resource based view of strategy) des strategischen Managements (4). Dieses Konzept fokussiert im Gegensatz zu markt- und umfeldorientierten Ansätzen auf interne Ressourcen und Fähigkeiten des Unterneh-



mens. Für Freiling stellt kernkompetenzorientiertes Management eine Weiterentwicklung des Ressourcenansatzes dar. Er unterscheidet fünf Entwicklungsabschnitte der Ressourcenperspektive (5):

- Vorgeschichte des Ressourcenansatzes,
- Konstituierungsphase des Ressourcenansatzes,
- Orientierungsphase des Ressourcenansatzes,
- Phase des Competence Based View,
- Phase des Competence Based Strategic Management.

Aus dem Ressourcenansatz, der ganz allgemein auf Ressourcen abstellt, hat sich demnach über die letzten Jahrzehnte der Kernkompetenzansatz entwickelt. Im letzten Entwicklungsschritt steht dabei ein auf Kompetenzen basierendes Managementmodell im Mittelpunkt strategischer Managementaktivitäten.

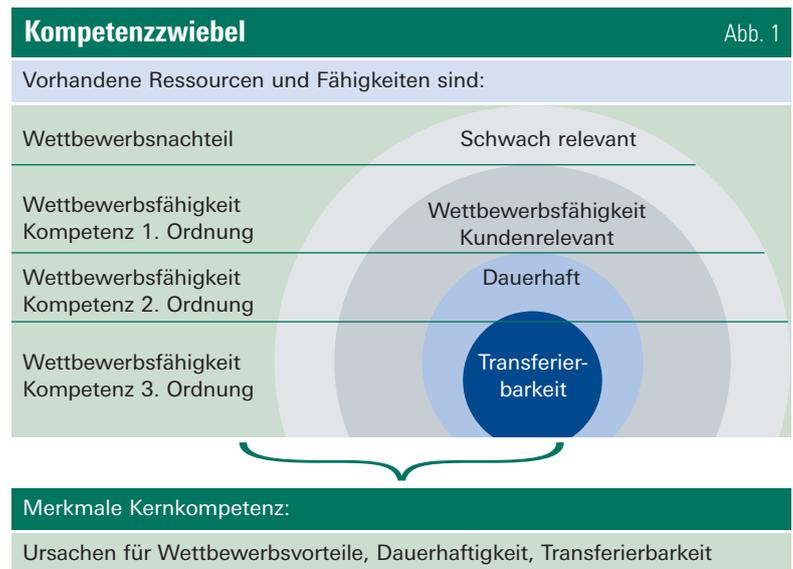
Für den Begriff „Kernkompetenz“ lässt sich in der Literatur keine Definition finden, die allgemein akzeptiert ist (6). Es wird unter anderem von „Kernkompetenzen“ (7), „marktorientierten Kernkompetenzen“ (8), „kritischen Kompetenzen“ (9), „unternehmensweiten Fähigkeiten“ (10) oder „Ressourcen“ (11) gesprochen.

Kernkompetenzen werden in diesem Beitrag als „dauerhafte und transferierbare Ursache für den Wettbewerbsvorteil einer Unternehmung, die auf Ressourcen und Fähigkeiten basieren“, (12) verstanden. Abbildung 1 verdeutlicht die Eigenschaften von Kernkompetenzen anhand der sogenannten Kompetenzzwiebel.

### Charakteristische Merkmale von Kernkompetenzen

Auf Basis dieses Schichtenmodells lassen sich drei charakteristische Merkmale zur Beschreibung von Kernkompetenzen ableiten (13):

**1.** Kernkompetenzen sind Ursache für Wettbewerbsvorteile.



Quelle: Krüger/Homp 1997, S. 27

**2.** Kernkompetenzen tragen dauerhaft zur Erzielung von Vorteilen bei. Sie bilden damit einen Schutz vor Konkurrenten, indem sie nur schwer zu imitieren und substituieren sind.

**3.** Kernkompetenzen haben ferner die Eigenschaft, dass sie auf unterschiedliche Dienstleistungen, Kunden und Regionen übertragbar sind.

Zur Verdeutlichung kann Sony als ein Beispielunternehmen aufgeführt werden. Sony besitzt spezifische Fähigkeiten auf den Gebieten Feinmechanik, Optik und Elektronik. Ihre Ausprägung als unternehmensseitige Kernkompetenz finden diese in der Fähigkeit der Miniaturisierung von Geräten der Konsumgüterelektronik, zum Beispiel Diskman.

Im Gesundheitswesen fällt es schwerer, Kernkompetenzen konkret zu fassen. Da es sich hier um eine Dienstleistungsproduktion (14) handelt, finden sich Kernkompetenzen vor allem im Zusammenhang mit Prozessen, Methoden oder wissensbasierten (15) Systemen. Im Krankenhauskontext wird beispielsweise auf die minimalinvasive Chirurgie verwiesen (16).

### Rolle der Pflege

Der Grund für eine stationäre Aufnahme ist in der Notwendigkeit einer umfassenden pfe-

gerischen Betreuung, zum Beispiel in Form von engmaschiger Überwachung, zu sehen, da die medizinische Behandlung sonst auch ambulant durchgeführt werden könnte (17).

Eine einheitliche Definition des Begriffs Pflege existiert nicht. Verkürzt dargestellt kann Pflege als Management der Patient-Umwelt-Beziehung verstanden werden (18). Diese weit gefasste Betrachtung ermöglicht einen großen Interpretationsspielraum, sodass sich die Rolle der Pflege nach folgenden vier Aspekten differenzieren lässt (19):

- 1.** Der handwerklich-technische Aspekt der Pflege
- 2.** Der kommunikative Aspekt der Pflege
- 3.** Der organisatorische Aspekt der Pflege
- 4.** Der institutionelle Aspekt der Pflege.

Beim handwerklich-technischen Aspekt geht es vor allem um eine korrekte, den wissenschaftlichen Standards entsprechende Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Pflegemaßnahmen. Der kommunikative Aspekt zeigt sich durch eine professionelle Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Im Mittelpunkt steht hierbei die gemeinsame Problemlösung. Der organisatorische Aspekt bringt zum Ausdruck, dass Pflege ein geplantes

Vorgehen ist, welches sich durch einen professionell gestalteten Pflegeprozess äußert. Im Gegensatz hierzu verdeutlicht der institutionelle Aspekt, dass Pflege unter bestimmten Rahmenbedingungen stattfindet, zum Beispiel finanzieller oder personeller Art.

### Ermittlung des Kernkompetenzpotenzials

Ausgehend von den vier Aspekten der Pflege, stellt sich die Frage, welchen Beitrag die jeweiligen Pflegeaspekte zur Generierung von Kernkompetenzen leisten können. Da Pflege in ihrer Gesamtheit sehr schwer erfassbar ist, erfolgt die Ermittlung des Kernkompetenzpotenzials anhand von praktischen Beispielen. Es werden für den handwerklich-technischen, den kommunikativen und den organisatorischen Bereich Beispiele gewählt, bei denen der jeweilige Aspekt dominiert. Da der institutionelle Aspekt die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege durchgeführt wird, repräsentiert und daher kein Tätigkeitsmerkmal von Pflege darstellt, wird hierfür kein Beispiel aufgeführt.

Pflege kann grundsätzlich nicht auf einen Aspekt reduziert werden, sondern schließt immer alle Aspekte ein. Es werden daher Beispiele den verschiedenen Aspekten zugeordnet, bei denen das entsprechende Merkmal überwiegt beziehungsweise eine zentrale Rolle einnimmt. Abbildung 2 fasst die Analyse zusammen.

#### Wundmanagement als Beispiel des handwerklich-technischen Aspekts

In Deutschland leiden zirka drei bis vier Millionen Menschen an chronischen Wunden (20). Wundmanagement stellt im Krankenhaus einen interdisziplinären Prozess dar. Pflegekräfte übernehmen mittlerweile immer mehr Aufgaben bei der Versorgung chronischer Wunden, wie Dekubiti oder Ulcus cruris. Das gesamte Wundmanagement wird inzwischen immer häufiger dem

pflegerischen Verantwortungsbereich zugeordnet (21). Bei der Versorgung chronischer Wunden steht eine den wissenschaftlichen Standards entsprechende Durchführung der Maßnahmen im Vordergrund. Daher wird dieser Versorgungsbereich dem handwerklich-technischen Aspekt zugeordnet.

■ **Ursache für Wettbewerbsvorteile:** Qualität wird als zentraler Wettbewerbsparameter auf dem Krankenhausmarkt angesehen. Gelingt es einem Krankenhaus, die Versorgung chronischer Wunden auf einem besonders hohen Qualitätsniveau durchzuführen, so kann ein Wettbewerbsvorsprung gegenüber Konkurrenten erzielt werden. Dieser kann durch eine entsprechende Vermarktung zur Steigerung der Patientenzahlen führen.

■ **Dauerhaftigkeit:** Die Dauerhaftigkeit eines qualitativ hochwertigen Wundmanagements kann als gering eingestuft werden, da wissenschaftliche Standards wie der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ zu diesem Themenbereich existieren. Die notwendigen Fähigkeiten für ein professionelles Wundmanagement lassen sich demnach mittelfristig imitieren und bieten damit nur einen geringen Schutz vor Konkurrenz.

■ **Transferierbarkeit:** Die Transferierbarkeit ist als eingeschränkt zu betrachten, da eine Übertragung auf nicht chirurgische Disziplinen praktisch nicht möglich ist. Die primäre Versorgung von chronischen Wunden findet überwiegend in chirurgischen Abteilungen statt. Einschränkend bleibt hierbei anzumerken, dass Dekubitalulzera niedrigen Grades häufig als Nebendiagnosen auch auf nicht chirurgischen Stationen behandelt werden. Ein professionelles Wundmanagement chronischer Wunden ist in Disziplinen wie beispielsweise der Geburtshilfe oder Kardiologie in der Regel nur eingeschränkt induziert.

#### Kultursensible Pflege als Beispiel des kommunikativen Aspekts

In Deutschland lebten im Jahr 2005 zirka 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, dies entspricht zirka 18,6 Prozent der Gesamtbevölkerung (22). Für Krankenhäuser sind Migranten daher eine wichtige Patientengruppe. Kultursensible Pflege berücksichtigt die individuellen Werte sowie die kulturelle und religiöse Prägung der Patienten. Da die Prägung der Patienten besondere Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung hat, erfolgt eine Zuordnung zum kommunikativen Aspekt.

■ **Ursache für Wettbewerbsvorteile:** Grundsätzlich bietet eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Pflege unter Berücksichtigung soziokultureller und biografischer Charakteristika des Patienten eine Chance zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen. Diese können von der Sicherung der Auslastung durch das Erschließen neuer Patientengruppen bis hin zu zusätzlichen Selbstzahlererlösen reichen. Die Bedürfnisse ausländischer Patienten können beispielsweise durch separate Untersuchungsräume oder eine entsprechende nationale Küche berücksichtigt werden. Das Pflegepersonal ist die Berufsgruppe mit den meisten direkten Patientenkontakten. Besonders bei der direkten Interaktion mit Patienten, die eine andere kulturelle Prägung aufweisen, können Pflegenden die speziellen Bedürfnisse berücksichtigen. So kann es zum Beispiel besonders wichtig sein, die Intimität gewisser Patienten bei der Körperpflege zu wahren oder besondere Toleranz bei sehr hohen Besucherzahlen aufzubringen. Einschränkend bleibt aber anzumerken, dass es sich hierbei eher um einen Nischenmarkt handelt, dessen Einfluss auf den Krankenhausenerfolg nur begrenzt sein kann.

■ **Dauerhaftigkeit:** Die Dauerhaftigkeit dieses Konzepts ist

Kernkompetenzeigenschaften ausgewählter Pflegeleistungen

Abb. 2

Dienstleistungen der Pflege	Handwerklich-technische Dienstleistungen	Kommunikative Dienstleistungen	Organisatorische Dienstleistungen
Beispiele für Pflegeleistungen	Wundmanagement	Kultursensible Pflege	Prozesssteuerung
Ursachen für Wettbewerbsvorteile	mittel	mittel	hoch
Dauerhaftigkeit	gering	mittel	hoch
Transferierbarkeit	gering	hoch	hoch
Kernkompetenzbeitrag zum Krankenhauserfolg	gering	mittel	hoch

Quelle: Eigene Darstellung

sicherlich als gering anzusehen. Durch die Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, denen die entsprechenden kulturellen Besonderheiten beziehungsweise Prägungen bekannt sind, und die Bereitstellung anderssprachiger Dokumente oder Informationsveranstaltungen kann eine Imitation durch Konkurrenten relativ einfach erfolgen.

■ **Transferierbarkeit:** Kultursensible Pflege ist grundsätzlich auf alle Geschäftsbereiche eines Krankenhauses übertragbar, da Patienten mit Migrationshintergrund in allen Abteilungen eines Krankenhauses vorkommen. Darüber hinaus kann diese Kernkompetenz auch auf angrenzende ambulante und stationäre Sektoren (u. a. Reha, Altenpflege, ambulante Pflege), in denen der Krankenhausträger tätig ist, übertragen werden.

#### Prozesssteuerung als Beispiel des organisatorischen Aspekts

Seit der Einführung der DRG besitzt die effiziente Gestaltung von Prozessen eine besonders hohe Priorität für Krankenhäuser. Des Weiteren wird es immer wichtiger, über die Bedürfnislage, die Erwartungshaltung und die Zufriedenheit der Patienten Informationen zu generieren und diese in den Behandlungs-

prozess einzubeziehen (23). Im Bereich Prozesssteuerung existieren verschiedene Ansätze wie Primary Nursing, Case Management oder Kooperatives Prozessmanagement. Diese weisen zwar inhaltlich gewisse Unterschiede auf, fokussieren jedoch immer eine patientenorientierte Prozesssteuerung.

In diesem Beitrag wird das Konzept des Kooperativen Prozessmanagements als Beispiel herangezogen. Dieses Konzept betont vor allem die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und den Bereich der Patientenorientierung. Pflegenden kommt hierbei eine zentrale Rolle zu, da sie Managementaufgaben übernehmen, die sich auch auf ärztliche Aufgaben beziehen (24).

Pflegekräfte übernehmen beim Kooperativen Prozessmanagement zwei wesentliche Funktionen. Einerseits verantworten sie die psychosoziale Betreuung der Patienten, indem ein Perspektivenwechsel hin zur Bedarfslogik des individuellen Krankheitsverlaufs des Patienten vollzogen wird. Andererseits sind sie für die inhaltliche und zeitliche Steuerung des Versorgungsprozesses verantwortlich, beispielsweise für die Terminierung und Abstimmung von verschiedenen

Untersuchungen (25). Aufgrund der im Vordergrund stehenden Managementaufgaben erfolgt die Zuordnung zum organisatorischen Aspekt.

■ **Ursache für Wettbewerbsvorteile:** Mit Hilfe des Kooperativen Prozessmanagements können Krankenhäuser in zweierlei Hinsicht einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Konkurrenten erzielen. Erstens bezüglich der Kostenposition, da durch eine entsprechende Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden kann. Zweitens durch die konsequente Patientenorientierung, welche den Krankheitsverlauf des Patienten unter Einbezug der sozialen und familiären Rahmenbedingungen in den Vordergrund stellt und somit beispielsweise eine adäquate Überleitung in die nachgelagerten Versorgungsstrukturen und eine entsprechende Beratung und Anleitung der Angehörigen sichergestellt wird. Pflegende können beispielsweise eine einzigartige Netzwerkarbeit mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchführen, welche eine reibungslose Überleitung in nachgelagerte Strukturen ermöglicht. Des Weiteren können sie aufgrund der Verantwortung für die Terminierung von Untersuchungen den Tagesablauf im Krankenhaus an die Bedürfnisse des Patienten anpassen, sodass zum Beispiel der Biorhythmus der Patienten oder auch individuelle Besuchszeiten von Verwandten berücksichtigt werden können. Mithilfe dieser Maßnahmen kann eine Diffe-

Jetzt auch für unterwegs!  
<http://mobil.bibliomed.de>  
 News, Events und  
 Zeitschriftenartikel im Überblick!



renzierung gegenüber Wettbewerbern erfolgen.

■ **Dauerhaftigkeit:** Die Dauerhaftigkeit des Kooperativen Prozessmanagements kann als relativ hoch angesehen werden. Um dieses Konzept umsetzen zu können, sind erhebliche Anpassungen notwendig. Das Konzept wirkt sich auf alle Berufsgruppen aus und muss von der Krankenhausführung konsequent im Sinne eines Leitbildes vertreten werden. Besonders im Bereich der Pflege muss ein Einsatz hoch qualifizierter Fachkräfte erfolgen, um die Anforderungen dieses Konzepts erfüllen zu können. Eine Imitation durch einen Konkurrenten ist jedoch keinesfalls ausgeschlossen, allerdings mit einem gewissen Investitionsbedarf und Zeit verbunden.

■ **Transferierbarkeit:** Das Konzept des Kooperativen Prozessmanagements ist grundsätzlich auf alle Geschäftseinheiten eines Krankenhauses übertragbar. Mithilfe von klinischen Behandlungspfaden können darüber hinaus auch vor- und nachgelagerte Bereiche (z. B. Reha, niedergelassene Ärzte) in den Steuerungsprozess der Pflege integriert werden (26).

## Einzigartige Kompetenzen stärken Position des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der weitreichenden Veränderungen im Gesundheitsmarkt kommt es derzeit vielerorts zu einer Neukonfiguration der Versorgungsketten. Krankenhäuser als zentrale Instanzen der Versorgung müssen ihre Position zwischen ambulanten und postakuten Versorgern finden, was häufig mit Anpassungen der Dienstleistungstiefe verbunden ist.

Empirische Untersuchungen zum kernkompetenzorientierten Ansatz zeigen, dass Unternehmen erfolgreich am Markt operieren können, wenn es ihnen gelingt, über einzigartige Ressourcenveredelungsprozesse und Kompetenzen zu verfügen (27).

Pflegekräfte stellen im Krankenhaus die größte Personalressource dar, welche aufgrund ihrer Nähe zum Patienten große Potenziale bietet. Die vorausgegangene Ermittlung des Kernkompetenzpotenzials von Krankenpflege hat gezeigt, dass beispielsweise die Prozesssteuerung eine Kernkompetenz mit hohem Potenzial sein kann. Einzigartige, auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Prozesse können die Wettbewerbssituation eines Krankenhauses entsprechend verbessern. Hierbei sind sowohl krankenhausinterne Prozesse als auch die Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Institutionen, beispielsweise auf Basis einrichtungsübergreifender Behandlungspfade (28), eingeschlossen.

Pflegekräfte können im Bereich Prozesssteuerung eine zentrale Rolle einnehmen (29). Vor allem die Abstimmung mit nachgelagerten Einrichtungen wie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kann zum Wohle des Patienten entscheidend verbessert werden. Auch die Entlassung in das familiäre Umfeld kann durch Beratung und Anleitung der Angehörigen professionalisiert werden.

### Literatur:

- (1) Vgl. Pelster/Thölking 2005, S. 224, Schmidt 2009, S. 387, ähnlich Picot/Schwartz 1995, S. 586
- (2) Vgl. Baierlein et al. 2008, S. 401-404. Ersteres ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass die Pflege in der Vergangenheit eine Vielzahl an „pflegefremden“ Tätigkeiten „mit“ übernommen hat. Letzteres ist u. a. der Einführung der DRG geschuldet.
- (3) Vgl. Krüger/Homp 1998, S. 529; Deutsch et al. 1997, S. 5
- (4) Vgl. Krüger/Homp 1998, S. 530
- (5) Vgl. Freiling 2000, S. 20 ff. Nach Auffassung von Zahn/Foschiani/Tilebein hat die Forschung zu Ressourcen zu einer Weiterentwicklung des Ressourcenansatzes in Richtung Knowledge Based View und Competence Based View beigetragen, vgl. Zahn/Foschiani/Tilebein 2000, S. 51. Zu wissensbasierten Ansätzen siehe Welge/AI-Laham 2008, S. 98 ff.
- (6) Vgl. Hümmer 2001, S. 80
- (7) Core competencies, vgl. Prahalad/Hamel 1990
- (8) Vgl. Krüger/Homp 1997
- (9) Critical Competencies, vgl. Srivastava 2005
- (10) Capabilities, vgl. Stalk/Evans/Shulman 1992

- (11) Resources, vgl. Collis/Montgomery 1995
- (12) Krüger/Homp 1997, S. 27
- (13) Vgl. Krüger/Homp 1997, S. 28 f.
- (14) Vgl. zur Dienstleistungsproduktion Seelos 1998, S. 107 ff.
- (15) Vgl. zum Wissensmanagement im Krankenhaus Da-Cruz/Schommer 2003
- (16) Vgl. Schlotthauer 2007, S. 471
- (17) Vgl. Bartholomeyczik 2007, S. 140
- (18) Vgl. Brandenburg, Dorschner 2003, S. 39
- (19) Vgl. Brandenburg, Dorschner 2003, S. 39 f.
- (20) Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2008, S. 9
- (21) Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2008, S. 11
- (22) Vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 7
- (23) Vgl. Braun von Reinersdorf 2007, S. 134
- (24) Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2005, S. 146
- (25) Vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2005, S. 144 ff.
- (26) Vgl. u. a. Oberender/Schwegel/Da-Cruz 2009, S. 10-14
- (27) Vgl. Braun von Reinersdorf 2007, S. 153
- (28) Vgl. Oberender/Schwegel/Da-Cruz 2008
- (29) Vgl. Görres/Reif (2008), S. 257 ff. Best practice Modelle finden sich u. a. im Klinikum Bremen-Mitte, dem UKE Hamburg und der Charité Universitätsmedizin Berlin

Eine ausführliche Literaturliste kann über die Redaktion bezogen werden ([info@bibliomed.de](mailto:info@bibliomed.de)).

### Die Verfasser:

Prof. Dr. Stefan Görres, Markus Ungar-Hermann, Patrick Da-Cruz, Philipp Schwegel und Niels Harenberg

### Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. Stefan Görres  
Universität Bremen  
Fachbereich 11  
Grazer Straße 2, 28334 Bremen  
E-Mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)

**CLOTTEN Forum Freiburg**

**Wundmanagement,  
Hygiene, Recht & Co**

Mit. 22. 09. 2010  
8.30 Uhr - 16.00 Uhr, Europa-Park Rust



**Thema: Wundmanagement**

- Entstehungsmechanismen chronischer Wunden - Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, pAVK, Edmund Mularski
- Dermatologische Hauterkrankungen als Differentialdiagnose bei chronischen Wunden, Dr. med. Thomas Eberlein
- Netzwerk „Chronische Wunde“ und Fallbeispiele, Steffen Rodday

**Thema: Hygiene, Recht & Co**

- Hautmykosen, Nagelmykosen, Diagnostik und Therapie, Dr. med. Thomas Eberlein
- Gesundheitliche Bewertung von Legionellen und Pseudomonaden in wasserführenden Systemen, Dr. Jens Fleischer
- Sanierungskonzepte bei mikrobieller Kontamination mit Legionellen & Pseudomonaden anhand von Beispielen, Dr.-Ing. C. Gollnisch
- Juristische Konsequenzen bei hygienischen Defiziten in Praxen, Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern, Dr. Tobias Weimer


Infos unter: [www.mvz-clotten.de/news](http://www.mvz-clotten.de/news)