

1. Inhaltsverzeichnis

1.	Inhaltsverzeichnis	1
2.	Vorwort	3
3.	Der Qualitätsbericht 1998	4
3.1.	Krankenhausstrukturdaten	4
3.1.1.	Allgemeine Angaben zum Klinikum	4
3.1.2.	Abteilungsprofil für die operativen Fächer	6
3.1.2.1.	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	6
3.1.2.2.	Klinik für Augenheilkunde	7
3.1.2.3.	Klinik für Chirurgie	8
	Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie	8
	Abteilung Kinderchirurgie	9
	Abteilung Thorax- und Gefäßchirurgie	10
	Abteilung Unfallchirurgie.....	11
3.1.2.4.	Klinik für Neurochirurgie	12
3.1.2.5.	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13
	Abteilung Allgemeine Gynäkologie	13
	Abteilung Allgemeine Geburtshilfe.....	14
3.1.2.6.	Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	15
3.1.2.7.	Klinik für Urologie	16
3.1.2.8.	ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.....	17
3.1.3.	Abteilungsprofil für die konservativen Fächer	18
3.1.3.1.	Klinik für Hautkrankheiten	18
3.1.3.2.	Klinik für Innere Medizin	19
	Klinik Innere Medizin I: Gastroenterologie, Hepatologie	19
	Klinik Innere Medizin II: Hämatologie und internistische Onkologie.....	20
	Klinik Innere Medizin III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin.....	21
	Klinik Innere Medizin IV: Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie.....	22
3.1.3.3.	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	23
	Abteilung Allgemeine Pädiatrie	23
	Abteilung Neonatologie und Intensivmedizin.....	24
	Abteilung Neuropädiatrie	25
3.1.3.4.	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	26
3.1.3.5.	Klinik für Neurologie.....	27
3.1.3.6.	Klinik für Psychiatrie	28
3.1.3.7.	Klinik für Radiologie	29
	Abteilung Strahlentherapie	29
	Abteilung Nuklearmedizin.....	30

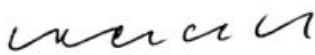
3.2.	Übersicht über Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum.....	31
3.2.1.	Übersicht über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum.....	32
3.2.2.	Übersicht über externe Qualitätssicherungsprojekte am Klinikum.....	33
3.2.3.	Übersicht über Qualitätskontrollen bei Laborparametern.....	34
3.2.4.	Weitere Aktivitäten der Qualitätssicherung am Klinikum	35
3.2.4.1.	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Poliklinik für Kieferorthopädie	35
3.2.4.2.	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	39
3.2.4.3.	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde	41
3.2.4.4.	Klinik für Chirurgie, Allgemeine und Viszerale Chirurgie	42
3.2.4.5.	Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene.....	42
3.2.4.6.	Institut für Medizinische Mikrobiologie	43
3.2.4.7.	Institut für Klinische Immunologie.....	43
3.2.4.8.	Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik.....	44
3.2.4.9.	Klinik-Apotheke	47
3.2.4.10.	Laborkommission	47
3.2.4.11.	Arzneimittelkommission/Institut für Klinische Pharmakologie.....	48
3.2.4.12.	Bericht zur Arbeit der Beschaffungskommission.....	48
3.2.4.13.	Bericht der Krankenhaushygiene.....	49
3.2.4.14.	Bericht des Sachgebietes Wirtschaftsbetriebe/ Küchenkommission zur Patientenverpflegung.....	53
3.2.4.15.	Bericht der Stabsstelle Arbeitssicherheit.....	54
3.2.4.16.	Bericht des Umweltschutz- und Abfallbeauftragten.....	57
3.2.5.	Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflege- und Funktionsdienst	58
3.2.5.1.	Bericht der Pflegedinstdirektion.....	58
3.2.5.2.	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin „Jussuf Ibrahim“, Bericht des Pflegedienstes.....	60
3.2.6.	Qualitätssicherung in der Medizinischen Fakultät.....	62
3.2.6.1.	Qualitätssicherung der Forschung in der Fakultät	62
3.2.6.2.	Aktivitäten des Projektes „Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät“	63
3.2.7.	Qualitätsbeauftragte am Klinikum Ansprechpartner und Koordinatoren für qualitätssteigernde Maßnahmen.....	66
3.3.	TQM im Jahr 1998 am Klinikum.....	67

2. Vorwort

Mit dieser Broschüre halten Sie den dritten Qualitätsbericht des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena in der Hand.

Er gibt einen Überblick über interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im ärztlichen und pflegerischen Bereich in den einzelnen Kliniken und Instituten. Zusätzlich berichten die Dienstleistungs- und Funktionsbereiche sowie die Fachkommissionen des Klinikums. Ihnen allen gemeinsam kommt die bei der Sicherung der Krankenversorgung eine große Verantwortung zu.

Mit der vorliegenden Gesundheitsreform 2000 wird das Qualitätsmanagement eine noch höhere Bedeutung erlangen. Das Klinikum beabsichtigt, den aus dieser Sicht gestellten Anforderungen gerecht zu werden. Das betrifft sowohl die eigentliche medizinische Qualitätssicherung als auch das Risikomanagement im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagements. Eine kontinuierliche Verbesserung unserer Arbeit zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten aber auch eine auf die Mitarbeiterbedürfnisse ausgerichtete Qualitätspolitik stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Gleichfalls ist das Klinikum entschlossen, einen Beitrag zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens zu leisten und somit sowohl bei den Patienten, den niedergelassenen Ärzten, den Krankenkassen, den Studenten und den eigenen Mitarbeitern an Attraktivität zu gewinnen.



Prof. Dr. H.-J. Seewald
Ärztlicher Direktor



Prof. Dr. B. Wiederanders
Dekan



A.-R. Schierenbeck
Direktorin Pflegedienst



G. von Schenk
Verwaltungsdirektor

3. Der Qualitätsbericht 1998

3.1. Krankenhausstrukturdaten

3.1.1. Allgemeine Angaben zum Klinikum

Name und Anschrift:	Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena Bachstraße 18 07743 Jena
Institutionskennzeichen:	261 600 736
Träger:	Freistaat Thüringen
Versorgungsstufe:	Maximalversorgung Grund- und Regelversorgung (aus örtlicher Gegebenheit)
Anzahl der Betten:	
aufgestellte Betten:	1 354
Planbetten:	1 394
Bettenführende Abteilungen:	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie Klinik für Augenheilkunde Klinik für Chirurgie Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie Abteilung Kinderchirurgie Abteilung Thorax- und Gefäßchirurgie Abteilung Unfallchirurgie Klinik für Neurochirurgie Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Abteilung Allgemeine Gynäkologie Abteilung Allgemeine Geburtshilfe Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Klinik für Hautkrankheiten Klinik für Innere Medizin KIM I: Gastroenterologie, Hepatologie KIM II: Hämatologie und internistische Onkologie KIM III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin KIM IV: Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Abteilung Allgemeine Pädiatrie Abteilung Neonatologie und Intensivmedizin Abteilung Neuropädiatrie Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinik für Neurologie Klinik für Psychiatrie Klinik für Radiologie Abteilung Strahlentherapie Abteilung Nuklearmedizin Klinik für Urologie ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Nicht bettenführende Abteilungen:

Apotheke des Klinikums
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik
Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie
Institut für Humangenetik und Anthropologie
Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene
Institut für Klinische Immunologie
Institut für Medizinische Mikrobiologie
Institut für Pathologie
Institut für Klinische Pharmakologie
Institut für Physiotherapie
Institut für Rechtsmedizin
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Institut für Transfusionsmedizin
Institut für Virologie
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK)
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde
Poliklinik für Kieferorthopädie
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde

Theoretische Institute:

Institut für Anatomie
Anatomie I
Anatomie II
Institut für Biochemie
Biochemie I
Biochemie II
Institut für Experimentelle Mikrobiologie
Institut für Medizinische Psychologie
Institut für Geschichte der Medizin
Institut für Med. Statistik, Informatik und Dokumentation
Institut für Pathobiochemie
Institut für Pathophysiologie
Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Institut für Physiologie
Physiologie I
Physiologie II
Institut für Ultrastrukturforschung
Institut für Versuchstierkunde
Institut für Antivirale Chemotherapie - Erfurt
Zentrum für Vaskuläre Biologie und Medizin - Erfurt

3.1.2. Abteilungsprofil für die operativen Fächer

3.1.2.1. Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Direktor:	Prof. Dr. Konrad Reinhart
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Planbetten	26
Anzahl der aufgestellten Betten:	18
Anzahl der Intensivbetten:	22
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächtigung

Behandlungsformen und Leistungsstatistik:

Anästhesiologie:

Anästhesien	18 041
davon: Intubationsnarkosen	13 049
Periduralanästhesien	422
Spinalanästhesien	476
Sonderleistungen	59 647

Intensivtherapie:

Behandelte Patienten	1 155
davon: Notaufnahmen	410
Liegedauer < 24 h	542
Beatmungspatienten	932

Notfallmedizin:

Notarzteinsätze	4 749
-----------------	--------------

Schmerztherapie:

Ambulante Konsultationen	1 234
Stationäre Konsultationen	3 938

Qualitätsbeauftragter:	OA Dr. Martin Specht
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

3.1.2.2. Klinik für Augenheilkunde

Direktor:	Prof. Dr. Jürgen Strobel
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	45
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	2 559
Vorstationäre Behandlungsfälle:	2
Nachstationäre Behandlungsfälle:	212
Teilstationäre Behandlungsfälle:	56
Ambulante Behandlungsfälle:	5 646
davon Notfälle:	1 207
davon Operationen:	1 580
Operationen:	5 174
davon ambulante Laseroperationen	2 336

Die 10 häufigsten Operationen:

ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1 5-144	1 562	Extrakaps. Linsenextraktion (Linsenkernverflüssigung)
2 5-158	219	Glaskörperentfernung durch den vorderen Zugang
3 5-091	147	Umschriebene Exzision Augenlid
4 5-101	128	Resektion gerade Augenmuskeln
5 5-132	96	Zyklodiathermie
6 5-095	59	Primärer Verschluss Hautdefekt Augenlid
7 5-090	47	Inzision Chalazion
7 5-153	47	Netzhautfixation durch Cerclage mit autogenem Material
9 5-146	44	Sekundäre Einführung alloplastische Linse
9 5-152.1	37	Netzhautfixation durch Plombage mit autogenem Material
10 5-115	36	Naht Konjunktiva

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Operationen der Klinik unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung der Op-Dokumentation erstellt.

Qualitätsbeauftragter:	Prof. Dr. Jürgen Strobel
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten
Besonderheiten der Klinik:	Ambulantes Operieren

3.1.2.3. Klinik für Chirurgie

Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Johannes Scheele
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	85
Anzahl der Intensivbetten:	15
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	3 001
Vorstationäre Behandlungsfälle:	6
Nachstationäre Behandlungsfälle:	104
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	4 351
davon Notfälle:	1 775
davon Operationen:	k.A.
Operationen:	k.A., 2 459 Pat., z.T. mehrere Operationen
Die 10 häufigsten Operationen:	

	Fallzahl	Klarschrift
1	307	Operative Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
2	264	Resezierende Eingriffe an Kolon und Rektum
3	163	Hernienoperationen
4	146	Appendektomien
5	127	Leberresektionen
6	106	Portimplantationen
7	52	Dünndarmresektionen
8	51	Magenresektionen
9	29	Operative Eingriffe am Pankreas
10	23	Operative Eingriffe an der Schilddrüse

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie erstellt.

Qualitätsbeauftragte:	PD Dr. Annelore Altendorf-Hofmann
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten
Besonderheiten der Klinik:	43 Lebertransplantationen 13 Pankreattransplantationen 2 multiviszerales Transplantationen

Klinik für Chirurgie

Abteilung Kinderchirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Felix Schier
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	30
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 359
Vorstationäre Behandlungsfälle:	14
Nachstationäre Behandlungsfälle:	246
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	2 463
davon Notfälle:	1 391
davon Operationen:	k.A.
Operationen:	823
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-530	131	Verschluss inguinale Hernie ohne Plastik
2	5-399	91	Aortiopexie
3	1-694	69	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
4	5-203	67	Geschl. Reposition Fraktur Radius
5	5-470	52	Appendektomie, offen chirurgisch
6	5-787	36	Drahtentfernung aus dem Knochen
7	5-624	26	Orchidopexie mit Funikulolyse einseitig
8	1-915	26	Elektroakustik Gewebe Haut und Unterhaut
9	5-482	23	Perianale Exzision Rektumgewebe
10	1-640	21	Frenulotomie Penis

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Abteilung Kinderchirurgie unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung erstellt.

Qualitätsbeauftragte:	Dr. Silke Giggel
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik: **Laparoskopie (Fundoplicatis, Herniotomie, Appedektomie)**
Hämangiombehandlung mit Laser- und Kryotherapie
Transurethrale Injektionsbehandlung bei Ureterostiuminsuffizienz

Klinik für Chirurgie

Abteilung Thorax- und Gefäßchirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Martin Bartel
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	37
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 897
Vorstationäre Behandlungsfälle:	27
Nachstationäre Behandlungsfälle:	272
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	2 481
davon Notfälle:	10
davon Operationen:	0
Operationen:	
Gefäßchirurgische Eingriffe:	896
Thoraxchirurgische Eingriffe:	657
Endokrine chirurgische Eingriffe:	439
Die 10 häufigsten Operationen:	

	Fallzahl	Klarschrift
1	574	Gefäßrekonstruktionen
2	377	Schilddrüsenoperationen
3	347	Bronchoskopien
4	124	Shuntchirurgie
5	105	Amputationen
6	93	Venöse Operationen
7	77	Exstirpation/E nukleation von Tumoren im Thorax
8	68	Operative Thorakoskopien
8	68	Lobektomien
9	62	Nebenschilddrüsenoperationen

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Abteilung Thorax- und Gefäßchirurgie erstellt.

Qualitätsbeauftragter: **Dr. Jürgen Heyne**
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Chirurgie

Abteilung Unfallchirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Eberhard Markgraf
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Planbetten	62
Anzahl der aufgestellten Betten:	51
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 768
Vorstationäre Behandlungsfälle:	9
Nachstationäre Behandlungsfälle:	289
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	7 411
davon Notfälle:	5 310
davon Operationen:	ca. 2 000
Operationen:	1934
Die häufigsten Operationen:	

	Fallzahl	Klarschrift
1	644	Osteosynthesen
2	133	Arthroskopische Operationen an Knie-, Schulter-, Sprung- und Handgelenk
3	81	Endoprothesen (Hüfte und Knie)
5	95	Plastisch-chirurgische Operationen
6	25	Replantationen
		Polytraumaversorgung

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Abteilung Unfallchirurgie erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

OA Dr. Peter Ullrich
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik: Erfassung der Op-Ergebnisse bei Frakturen langer Röhrenknochen

3.1.2.4. Klinik für Neurochirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Rolf Kalff
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (72 Monate)
Anzahl der Planbetten	45
Anzahl der aufgestellten Betten:	23
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 099
Vorstationäre Behandlungsfälle:	2
Nachstationäre Behandlungsfälle:	44
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	2 296
davon Notfälle:	1
davon Operationen:	13
Operationen:	1 436
Die 10 häufigsten Operationen:	

	Fallzahl	Klarschrift
1	627	Operationen bei Wirbelsäulen und Rückenmarkserkrankungen davon 566 bei degenerativen, entzündlichen und traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule 61 bei intraspinalen Tumoren darunter 166 instrumentierte Spendylodesen
2	303	Operationen bei Schädel- und Gehirnprozessen davon 267 supratentoriell 36 infratentoriell
3	175	Operationen bei Schädelhirnverletzungen
4	141	Operationen bei Hydrocephalus
5	90	Operationen an peripheren Nerven, Schmerzeingriffe, Muskel- und Nervenbiopsien sowie Verschiedenes

Diese Übersicht wurde nach den Angaben der Klinik erstellt.

Qualitätsbeauftragter.
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

OA Dr. Albrecht Hochstetter
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

3.1.2.5. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Abteilung Allgemeine Gynäkologie

Direktor:	Prof. Dr. Achim Schneider MPH
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	58
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	2 949
Vorstationäre Behandlungsfälle:	310 (für alle Abteilungen FK)
Nachstationäre Behandlungsfälle:	381 (für alle Abteilungen FK)
Teilstationäre Behandlungsfälle:	549
Ambulante Behandlungsfälle:	9 392
davon Notfälle:	189
davon Operationen:	2 338
Operative Eingriffe insgesamt:	4 087

Das Behandlungsspektrum der Abteilung spiegelt sich in folgender Übersicht wider:

Laparoskopische Operationen	1 261
Laparotomien	94
Vaginale Hysterektomien	119
Gynäkologische Karzinomoperationen	268
Inkontinenz-/Deszensusoperationen	110
Mamma-Operationen	507
Bauchdeckenreduktionsplastiken	2
Kleinere gynäkologische Operationen	1 357
Nicht gynäkologische Eingriffe im Zusammenhang mit gynäkologischen Operationen	371

Qualitätsbeauftragte:	OÄ Dr. Adelheid Merker
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

- Prospektiv randomisierter Vergleich laparoskopisch assistierter vaginaler Hysterektomie *versus* vaginaler Hysterektomie bei großem Uterus myomatosus
- Prospektiv randomisierter Vergleich laparoskopisch assistierter vaginaler Hysterektomie und laparoskopischer paraaortaler und pelviner Lymphonodektomie *versus* abdominaler Verfahren beim Endometriumkarzinom

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**Abteilung Allgemeine Geburtshilfe**

Direktor:	Prof. Dr. Hans-Joachim Seewald
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	42
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 797
Vorstationäre Behandlungsfälle:	310 (für alle Abteilungen FK)
Nachstationäre Behandlungsfälle:	381 (für alle Abteilungen FK)
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	2 379
davon Notfälle:	128
davon Operationen:	k.A.
Geburtenstatistik:	
Geburten:	1 078
Geborene Kinder:	1 109

FP Fallzahl Klarschrift

1	16.01	814	Versorgung eines Neugeborenen, Geburt ab dem 260. Schw.-Tag
2	16.02	30	Versorgung eines Frühgeborenen in der Frauenklinik
3	16.03	23	Geburt, Versorgung von Mutter und Kind unter 24 Std. i. d. Klinik
4	16.041	741	Vaginale Entbindung ab dem 260. Schw.-Tag
5	16.042	5	Vaginale Entbindung ab dem 260. Schw.-Tag bei Mehrlingen
6	16.051	169	Schnittentbindung ab dem 260. Schw.-Tag
7	16.052	0	Schnittentbindung ab dem 260. Schw.-Tag bei Mehrlingen
8	16.061	51	Vaginale Entbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag
9	16.062	7	Vaginale Entbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag bei Mehrlingen
10	16.071	39	Schnittentbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag
11	16.072	13	Schnittentbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag bei Mehrlingen
		36	keine FP, da Geburt vor 225. Schw.-Tag oder außerhalb d. Klinik

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Fallpauschalen-Geburtenstatistik der Abteilung in Verbindung mit der Thüringischen Perinatalerhebung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

PD Dr. Udo Möller
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

3.1.2.6. Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Direktor:	Prof. Dr. Eggert Beileites
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	64
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	3 098
Vorstationäre Behandlungsfälle:	221
Nachstationäre Behandlungsfälle:	322
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	6 987
davon Notfälle:	1 829
davon Operationen:	143
Operationen:	2 830
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-285	358	Primäreingriff Adenotomie
2	5-281	223	Tonsillektomie mit Dissektionstechnik
3	5-218	147	Septorhinoplastik mit Nasenstegkorrektur
4	5-214	125	Submuköse Resektion Nasenseptum
5	5-216	102	Geschlossene Reposition Nasenbeinfraktur
6	1-621	97	Diagnostische Tracheoskopie (über den Larynx)
7	5-300	95	Exzision Larynxgewebe
8	5-221	91	Kieferhöhlenfensterung über unteren Nasengang
9	5-222	89	Ethmoidektomie von außen
10	5-224	83	Sanier. Sinus maxil. und ethmoid. komb. transnasal und transantral (Luc-de Lima)

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Operationen der Klinik unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung der Op-Dokumentation erstellt.

Qualitätsbeauftragter: **Dr. Ralf Meyer**
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.1.2.7. Klinik für Urologie

Direktor:	Prof. Dr. Jörg Schubert
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	60
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	2 555
Vorstationäre Behandlungsfälle:	199
Nachstationäre Behandlungsfälle:	430
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	5 712
davon Notfälle:	574
davon Operationen:	k.A.
Operationen:	1 924
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-573.4	255	Transurethrale Resektion von Harnblasengewebe
2	5-550	185	Perkutane transrenale Nephrostomie
3	5-601	139	Transurethrale Resektion der Prostata
4	5-560/8-136	130	Bougierung des Ureters und nachfolgende Stenteinlage
5	5-640	103	Frenulum- und Präputiumplastik
6	5-555	83	Nierentransplantation allogene
7	5-554	81	Nephrektomie radikal
8	5-585	80	Urethrotomia interna
9	5-568	61	Urethrozystostomie einseitig
10	5-604	43	Retropubische radikale Prostatektomie

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Klinik unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung der Op-Dokumentation erstellt.

Qualitätsbeauftragter: **Dr. Gernot Eschholz**
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik: Die Klinik für Urologie wurde durch das „European Board of Urology“ evaluiert und gilt als zertifiziertes Fachzentrum.

3.1.2.8. ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Direktor:	Prof. Dr. Dr. Dieter Schuhmann
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	40
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 442
Vorstationäre Behandlungsfälle:	15
Nachstationäre Behandlungsfälle:	507
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	3 412
davon Notfälle:	500
davon Operationen:	478
Operationen:	1 664
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-900	215	Primärnaht von Haut und Unterhaut
2	5-894	179	Lok. Exzision v. Gewebe, Haut u. Unterhaut o. Wundversorgung
3	5-913	109	Hochtourige Dermabrasion
4	5-230	72	Extraktion einwurzliger Zahn
5	5-884	70	Mammareduktionsplastik m. fr. Brustwarzentransplantation
6	5-276	60	Plast. Rekonstr. Lippenspal. und Lippen-Kieferspal. einseitig
7	5-231	55	Extraktion vollständig retinierter Zahn
8	5-779	54	Geschl. (op.) Reposition temporomandibuläre Luxation
9	5-895	53	Rad. und ausgedeh. Exzis. Gewebe o. prim. Wundversorgung
10	5-273	45	Inzision und Drainage Mundhöhle vestibulär submuskös

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Operationen der Klinik unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung der Op-Dokumentation erstellt.

QualitätsbeauftragteR:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3. Abteilungsprofil für die konservativen Fächer

3.1.3.1. Klinik für Hautkrankheiten

Direktor:	Prof. Dr. Peter Elsner
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	40
Nutzungsgrad:	118 %
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 341
Vorstationäre Behandlungsfälle:	140
Nachstationäre Behandlungsfälle:	191
Teilstationäre Behandlungsfälle:	550
Ambulante Behandlungsfälle:	8 227
davon Notfälle:	678
Berechnungstage:	17 188
davon teilstationär:	4 947

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	172	141	Bösartiges Melanom der Haut
2	202	133	Sonstige bösartige Neubildungen des lymph. Systems
3	710	126	Diffuse Krankheiten des Bindegewebes
4	995	85	Bestimmte schädliche Wirkungen, n.a.k.
5	692	81	Kontaktdermatitis und sonstige Ekzeme
6	708	77	Urtikaria
7	691	66	Atopik-Dermatitis und verwandte Affektionen
8	696	60	Psoriasis und ähnliche Affektionen
9	695	57	Erythematöse Affektionen
10	707	50	Chronisches Ulkus der Haut

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragte: **OÄ Dr. Andrea Bauer**
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3.2. Klinik für Innere Medizin

Klinik Innere Medizin I: Gastroenterologie, Hepatologie

Direktor:	Prof. Dr. Hans Bosseckert
Weiterbildungsbefugnis:	60 Monate Gebiet Innere Medizin 6 Monate nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	105
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	2 878
Vorstationäre Behandlungsfälle:	0
Nachstationäre Behandlungsfälle:	70
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	3 079
davon Notfälle:	2

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	571	258	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose
2	577	183	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse
3	157	162	Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse
4	574	125	Cholelithiasis
5	995	120	Bestimmte schädliche Wirkungen, n.a.k.
6	211	110	Gutartige Neubildungen sonstiger Teile des Verdauungssystems
7	153	97	Bösartige Neubildung des Dickdarmes
8	555	90	Regionale Enteritis
9	151	87	Bösartige Neubildung des Magens
10	150	79	Bösartige Neubildung der Speiseröhre

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

Dr. Michael Hocke
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

Regelmäßige Kontrollen der Instrumente und Reinigungsmaschinen in der Endoskopie im Hinblick auf nachweisbares Keimwachstum

Klinik für Innere Medizin

Klinik Innere Medizin II: Hämatologie und internistische Onkologie

Direktor:	Prof. Dr. Klaus Höffken
Weiterbildungsbefugnis:	60 Monate Gebiet Innere Medizin 6 Monate nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	108
Anzahl der Intensivbetten:	8
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	3 742
Vorstationäre Behandlungsfälle:	20
Nachstationäre Behandlungsfälle:	43
Teilstationäre Behandlungsfälle:	285
Ambulante Behandlungsfälle:	5 293
davon Notfälle:	3

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	250	599	Diabetes mellitus
2	200	396	Lymphosarkom und Retikulumzellsarkom
3	174	317	Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse
7	205	211	Myeloische Leukämie
4	202	196	Sonstige bösartige Neubildungen des lymphatischen Systems
8	151	185	Bösartige Neubildung des Magens
5	201	174	Morbus Hodgkin
9	203	162	Multipl. Myelom und immunproliferative Neubildungen
6	153	161	Bösartige Neubildung des Dickdarms
10	171	152	Bösartige Neubildung des Bindegewebes und sonstiger Weichteile

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragte:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

Frau Kristina Kluziok
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Innere Medizin

Klinik Innere Medizin III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Direktor:	Prof. Dr. Hans-Reiner Figulla
Weiterbildungsbefugnis:	60 Monate Gebiet Innere Medizin 6 Monate nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	102
Anzahl der Intensivbetten:	12
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	5 206
Vorstationäre Behandlungsfälle:	0
Nachstationäre Behandlungsfälle:	9
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	3 686
davon Notfälle:	504

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	427	579	Herzrhythmusstörungen
2	414	570	Sonstige Formen von chronisch ischämischen HK
3	413	370	Angina pectoris
4	428	252	Herzinsuffizienz
5	410	243	Akuter Myokardinfarkt
6	401	229	Essenzielle Hypertonie
7	440	179	Arteriosklerose
8	780	175	Allgemeine Symptome
9	250	139	Diabetes mellitus
10	429	126	Unzur. beschr. Herzkrankheiten und Kompl. einer HK

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragte:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

OÄ Dr. Gudrun Dannberg
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Innere Medizin

Klinik Innere Medizin IV: Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie

Direktor:	Prof. Dr. Günter Stein
Weiterbildungsbefugnis:	60 Monate Gebiet Innere Medizin 6 Monate nichtspez. intern. Intensivmed. 24 Monate Teilgebiet Nephrologie 24 Monate Teilgebiet Rheumatologie 24 Monate Teilgebiet Pneumologie
Anzahl der Betten:	85
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächtigung 1.) „Rheumazentrum Jena e.V.“ 2.) „Nephrologische Ambulanz“
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	2 610
Vorstationäre Behandlungsfälle:	0
Nachstationäre Behandlungsfälle:	49
Teilstationäre Behandlungsfälle:	27
Ambulante Behandlungsfälle:	4 103
davon Notfälle:	5

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	585	355	Chronisches Nierenversagen
2	710	322	Diffuse Krankheiten des Bindegewebes
3	162	216	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge
4	733	148	Sonstige Affektionen der Knochen und Knorpel
5	714	131	PCP und sonstige entzündliche Polyarthropathien
6	V42.0	85	Niere
7	401	76	Essenzielle Hypertonie
8	491	56	Chronische Bronchitis
8	780	56	Allgemeine Symptome
9	413	49	Angina pectoris
10	485	47	Bronchopneumonie durch n.n.bez. Erreger

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:	
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	siehe Übersichten
Besonderheiten der Klinik:	

3.1.3.3. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Abteilung Allgemeine Pädiatrie

Direktor:	Prof. Dr. Felix Zintl
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	56
Anzahl der Intensivbetten:	5
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächtig. Kinderkardiologie
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	3 275
Vorstationäre Behandlungsfälle:	12
Nachstationäre Behandlungsfälle:	126
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	12 942
davon Notfälle:	2 347

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	995	83	Best. schädliche Wirkungen, anderw. n. klassifiziert
2	749	76	Gaumen- und Lippenspalte
3	786	75	Symptome der Atmungsorgane und sonstige Symptome d. Brustkorbs
4	558	73	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
5	465	64	Akute Infektionen der oberen Luftwege
5	753	64	Kongenitale Anomalien der Harnorgane
6	277	56	Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen
7	789	55	Sonstige Symptome, die das Abdomen und das Becken betreffen
8	278	54	Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung
9	287	37	Purpura und andere haemorrhagische Diathesen
10	787	34	Symptome, die das Verdauungssystem betreffen

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Abteilung Neonatologie und Intensivmedizin

Direktor:	Prof. Dr. Joachim Frenzel
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	36
Anzahl der Intensivbetten:	14
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 535
Vorstationäre Behandlungsfälle:	2
Nachstationäre Behandlungsfälle:	65
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	0
davon Notfälle:	0

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	786	167	Symptome, die das Atmungssystem betreffen
2	765	99	Störungen infolge kurzer Schwangerschaftsdauer
3	558	52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
4	466	50	Akute Bronchitis und Bronchiolitis
5	771	39	Infektionen, speziell in der Perinatalzeit
6	485	35	Bronchopneumonie durch n.n.bez. Erreger
7	780	31	Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände
8	466	26	Akute Bronchitis und Bronchiolitis
9	770	25	Sonstige resp. Krankheitszustand des Fetus und Neugeborenen
10	277	18	Sonstige und n.n.bez. Stoffwechselstörungen
10	764	18	Fetale Wachstumsretardierung und Mangelernährung
10	787	18	Symptome, die das Verdauungssystem betreffen

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Abteilung Neuropädiatrie

Direktor: **Prof. Dr. Ulrich Brandl**

Weiterbildungsbefugnis: **Voll (60 Monate)**

Anzahl der Betten: **18**

Anzahl der Intensivbetten: **0**

Durchgehende Notfallversorgung: **ja**
Ambulante Tätigkeit: **Poliklinikvertrag**

Behandlungsformen:

Vollstationäre Behandlungsfälle:	886
Vorstationäre Behandlungsfälle:	2
Nachstationäre Behandlungsfälle:	23
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	1 826
davon Notfälle:	0

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	345	198	Epilepsie
2	315	34	Umschriebene Entwicklungsrückstände
3	343	32	Infantile Zerebralparese
4	742	24	Sonstige kongenitale Anomalien des Nervensystems
5	784	22	Symptome, die Kopf und Hals betreffen
6	346	19	Migräne
7	359	18	Muskeldystrophien und andere Myopathien
7	780	18	Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände
8	331	17	Sonstige zerebrale Degenerationen
9	307	15	Spez., nicht anders klassifizierbare Symptome oder Syndrome
9	741	15	Spina bifida
10	318	14	Sonstige näher bezeichnete geistige Retardierung

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3.4. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Direktor:	Prof. Dr. Bernhard Blanz
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	26
Anzahl der Intensivbetten:	0
Anzahl der teilstationären Betten:	5
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	150
Vorstationäre Behandlungsfälle:	0
Nachstationäre Behandlungsfälle:	15
Teilstationäre Behandlungsfälle:	33
Ambulante Behandlungsfälle:	321
davon Notfälle:	0

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	307	38	Spezielle , n.a.k. Symptome oder Syndrome
2	312	37	anderweitig n.k. Störungen des Sozialverhaltens
3	314	15	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters
3	309	13	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
5	300	9	Neurosen
6	295	8	Schizophrene Psychosen
6	301	8	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)
7	278	4	Fettsucht und sonstige Formen der Überernährung
7	296	4	Affektive Psychosen
8	315	2	Umschriebene Entwicklungsrückstände

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

Dr. Gerhard Böhm
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3.5. Klinik für Neurologie

Direktor:	Prof. Dr. Cornelius Weiller
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	55
Anzahl der Intensivbetten:	6
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 527
Vorstationäre Behandlungsfälle:	7
Nachstationäre Behandlungsfälle:	22
Teilstationäre Behandlungsfälle:	39
Ambulante Behandlungsfälle:	1 699
davon Notfälle:	39

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	345	345	Epilepsie
2	434	132	Verschluss zerebraler Arterien
2	436	132	Akute aber ungenau bezeichnete zerebrovask. Krankheit
3	435	57	Zerebrale ischämische Attacken
4	340	51	Enzephalomyelitis disseminata
5	780	43	Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände
6	431	37	Intrazerebrale Hämorrhagie
7	357	34	Entzündliche und toxische Neuropatien
8	191	30	Bösartige Neubildung des Gehirns
8	346	30	Migräne
9	784	28	Symptome, die den Kopf und den Hals betreffen
10	307	22	Spez., nicht anders klass. Symptome oder Syndrome
10	331	22	Sonstige zerebrale Degenerationen
10	437	22	Sonstige und mangelhaft bez. Hirngefäßerkrankungen
10	724	22	Sonstige und n.n.bez. Affektionen des Rückens

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragter: **OA Dr. Christoph Terborg**
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3.6. Klinik für Psychiatrie

Direktor:	Prof. Dr. Heinrich Sauer
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	116
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächt. Verhaltenstherapie
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	1 289
Vorstationäre Behandlungsfälle:	0
Nachstationäre Behandlungsfälle:	135
Teilstationäre Behandlungsfälle:	57
Ambulante Behandlungsfälle:	1 063
davon Notfälle:	46

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	303	302	Alkoholabhängigkeit
2	295	248	Schizophrene Psychosen
3	296	200	Affektive Psychosen
4	300	100	Neurosen
5	290	69	Senile und präsenile organische Psychosen
6	291	64	Alkoholpsychosen
7	305	51	Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit
8	304	45	Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
8	309	45	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
9	293	21	Vorübergehende organische Psychosen
10	298	17	Andere nichtorganische Psychosen

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragte:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

OÄ Dr. Ursula Bauer
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

3.1.3.7. Klinik für Radiologie

Abteilung Strahlentherapie

Direktor:	Prof. Dr. Thomas Wendt
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	45
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächtigung
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	920
Vorstationäre Behandlungsfälle:	4
Nachstationäre Behandlungsfälle:	19
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	1 227
davon Notfälle:	ja (nicht gesondert erfasst)

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	162	267	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge
2	154	108	Bösartige Neubildung Rektum, Übergangsstadium, Colon sigmoideum ins Rektum und Anus
3	174	79	Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse
4	191	58	Bösartige Neubildung des Gehirns
5	150	55	Bösartige Neubildung der Speiseröhre
6	180	42	Bösartige Neubildung der Zervix uteri
7	182	39	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
8	202	38	Sonstige bösartige Neubildung des lymph. und histiozytären Systems
9	189	27	Bösartige Neubildung d Niere sowie sonstige und n.n.bez. Harnorgane
10	193	20	Bösartige Neubildung der Schilddrüse

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

Qualitätsbeauftragte: **OÄ Dr. Isolde Hacker**
 Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Klinik für Radiologie

Abteilung Nuklearmedizin

Direktor:	Prof. Dr. Dietmar Gottschild
Weiterbildungsbefugnis:	Voll (60 Monate)
Anzahl der Betten:	7
Anzahl der Intensivbetten:	0
Durchgehende Notfallversorgung:	ja
Ambulante Tätigkeit:	Poliklinikvertrag Institutsermächtigung
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	300
Vorstationäre Behandlungsfälle:	63
Nachstationäre Behandlungsfälle:	1
Teilstationäre Behandlungsfälle:	0
Ambulante Behandlungsfälle:	1 553
davon Notfälle:	0

Die häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	242	195	Thyreotoxikose mit oder ohne Struma
2	193	104	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
3	241	5	Knotenstruma ohne Thyreotoxikose
4	240	2	Struma simplex und n.n.bez. Struma

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils häufigsten Behandlungsdiagnosen der Klinik unter Zugrundelegung der dreistelligen ICD-9-Klassifizierung erstellt.

QualitätsbeauftragteR:
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

3.2. Übersicht über Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum

	Fehlm.	QS-int. s. 3.2.1	QS-ext. s. 3.2.2	QS-Labor s. 3.2.3	Sonstiges s. 3.2.4	Pflege s. 3.2.5
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie		+	+			+
Klinik für Augenheilkunde		+	+			+
Klinik für Chirurgie – Allgemeine und Viszerale Chirurgie		+	+		+	+
Klinik für Chirurgie – Kinderchirurgie		+	+			+
Klinik für Chirurgie – Thorax- und Gefäßchirurgie		+	+			+
Klinik für Chirurgie – Unfallchirurgie		+	+			+
Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe – Geburtshilfe		+	+	+		+
Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe – Frauenheilkunde		+	+			+
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		+				+
Klinik für Hautkrankheiten		+	+	+		+
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin I		+	+			+
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin II		+	+			+
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin III		+				+
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin IV		+	+			+
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin		+	+			+
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie		+	+			+
Klinik für Neurochirurgie		+	+			+
Klinik für Neurologie		+				+
Klinik für Psychiatrie		+	+			+
Klinik für Radiologie – Abt. Strahlentherapie		+	+			+
Klinik für Radiologie – Abt. Nuklearmedizin				+		
Klinik für Urologie		+				+
ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie		+				+
ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie					+	
ZZMK, Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde					+	
ZZMK, Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik u. Werkstoffkunde					+	
ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde	+					
Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene					+	
Apotheke des Klinikums				+	+	
Institut für Geschichte der Medizin	+					
Institut für Anatomie, Anatomie I	+					
Institut für Anatomie, Anatomie II	+					
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin				+		
Institut für Biochemie, Biochemie I	+					
Institut für Biochemie, Biochemie II	+					
Institut für Experimentelle Mikrobiologie	+					
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie		+				+
Institut für Humangenetik und Anthropologie		+	+	+		
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik				+	+	
Institut für Klinische Immunologie				+	+	
Institut für Klinische Pharmakologie				+	+	
Institut für Medizinische Mikrobiologie				+	+	
Institut für Medizinische Psychologie	+					
Institut für Medizinische Statistik, Inf. und Dokumentation	+					
Institut für Pathobiochemie	+					
Institut für Pathologie						
Institut für Pathophysiologie	+					
Institut für Pharmakologie und Toxikologie	+					
Institut für Phoniatrie und Päaudiologie		+				
Institut für Physiotherapie		+				+
Institut für Rechtsmedizin				+		
Institut für Physiologie – Neurophysiologie	+					
Institut für Physiologie – Herz-Kreislauf-Physiologie	+					
Institut für Transfusionsmedizin				+		
Institut für Ultrastrukturforschung	+					
Institut für Versuchstierkunde	+					
Institut für Virologie				+	+	
Institut für Antivirale Chemotherapie				+		
Zentrum für Vaskuläre Biologie und Medizin	+					

3.2.1. Übersicht über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum

Klinik(K.), Institut(I.), Poliklinik(P.)	Infektionsstatistik			Komplikationsstatistik			Dokumentation endosk. Eingriffe			Wöchentliche Visiten			M/M
	Ja	Bespr.	Pfl.-per.	Ja	Bespr.	Pfl.-per.	Schr.	Bild	Video	Rö	OA	Chef	
K. f. Anästhesiol. und Intensivtherapie													
Anästhesiologie	+	+		+	+		+	+	+				
Intensivtherapie	+	+	+	+	+		+	+	+	5	21	6	1/Mon
K. f. Augenheilkunde	+	+	+	+	+	+				0	2	1	5
K. f. Chirurgie													
Allgemeine u. Viszerale Chirurgie				+	+		+	+	+	10	2	1	1
Kinderchirurgie							+	+	+	5	5	5	
Thorax- und Gefäßchirurgie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	5	2	2	2
Unfallchirurgie	+	+	+	+	+		+	+	+	2	7	2	b.B.
K. f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe													
Frauenheilkunde	+	+	+	+	+	+	+	+	+	2	1	1	
Geburtshilfe	+	+	+	+	+	+	+	+		4	1	1	
K. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1	4	1	5
K. f. Hautkrankheiten	+	+	+	+	+	+	+			1	6	3	
Klinik für Innere Medizin													
K. f. Innere Medizin I	+	+	+	+	+	+	+	+	b.B.	5	1	1	
K. f. Innere Medizin II	+	+	+	+	+	+	+			7	2	1	
K. f. Innere Medizin III	+	+	+	+	+	+	+	+	+	5	2	1	1
K. f. Innere Medizin IV													
Pneumologie	+			+	+	+	+	+	+	5	2	1	
Rheumatologie										5	2	1	
Nephrologie				+	+		+			5	2	1	5
K. f. Kinder- und Jugendmedizin													
Allgem./Hämatologie/Onkologie	+	+	+	+	+	+	+	+		6	4	4	
Neonatologie	+	+	+	+	+	+				5	6	5	1
Neuropädiatrie	+	+	+							5	1	1	
K. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie										1	2	3	1
K. f. Neurochirurgie	+	+		+	+					7	5	2	
K. f. Neurologie										5	2	1	
K. f. Psychiatrie	über BADO	+	+	über BADO	+	+				2, b.B.	1	1	5
K. f. Radiologie													
Strahlentherapie				+	+	+	+	+	+	5	1	1	1
K. f. Urologie	+	+	+		+		+	+	+	5	2	7	
ZZMK, K. f. MKG-Chirurgie	+	+	+	+	+	+	+			2	5	3	
I. f. Diagnost. und Interv. Radiologie	+	+	+	+	+	+		+		7	5	2	
I. f. Humang. und Anthropologie (Fallbespr.)											2	2	
I. f. Phoniatrie und Pädaudiologie				+	+	+	+	+	+		1	3	b.B.
I. f. Physiotherapie										1	1	1	

M/M = Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
Bespr. = regelmäßige Beratung und Auswertung der jeweiligen Statistik
Pfl-per. = Besprechung der jeweiligen Statistik auch mit dem Pflegepersonal

3.2.2. Übersicht über externe Qualitätssicherungsprojekte am Klinikum

Klinik(K.), Institut(I.), Poliklinik(P.)	Bezeichnung/Art	Erf. Grad	Aus-dehng.	Aus-wertg.	FP fähig?
K. f. Anästhesiologie und Intensivtherapie	European Consortium for Intensive Care Data	100%	Eur	Eur	Nein
K. f. Augenheilkunde	European Cataract Outcome Study group	100%	Intern.	Intern.	Nein
K. f. Chirurgie - Allg. und Visz. Chirurgie	Strumachirurgie	100%	Bund	Bund	Nein
	Kolorektales Karzinom	100%	NL	NL	Nein
	Tumorbasisdokumentation	100%	Bund	Bund	Nein
- Kinderchirurgie	Laparoskopische und thorakoskopische Eingriffe	100%	Bund	Bund	Entf.
- Thoraxchirurgie	Carotischirurgie	100%	Bund	Bund	Ja
- Unfallchirurgie	Schultergelenkverletzungen		Bund	Bund	Nein
K. f. Frauenh. u. Geburtsh. - Frauenheilkunde	Operative Gynäkologie	100%	Pilot	Bund	Ja
- Geburtshilfe	Perinatalerhebung	100%	Bund	Bund	Ja
K. f. Hautkrankheiten	Extrakorporale Photopherese	100%	Intern.	Intern.	Entf.
	Ambulante Balneophototherapie	100%	Bund	Bund	Entf.
	Infor. Derm. Klin. – allerg. Kontaktekzem	100%	Bund	Bund	Entf.
	Register „Malignes Melanom“	100%	Intern.	Intern.	Entf.
	Melanomdispensaire	100%	Intern.	Intern.	Entf.
K. f. Innere Medizin I	ERCP – Studie	100%	Bund	Bund	Entf.
K. f. Innere Medizin I	Ulkusblutungsstudie	100%	Bund	Bund	Entf.
K. f. Innere Medizin II	Studie multizentr. Behandlungsprotokolle	70%	Pilot	Bund	Entf.
K. f. Innere Medizin III	PTCA – Studie	100%	Intern.	Intern.	Entf.
K. f. Innere Medizin IV	QS in der Rheumatologie	80%	Bund	Bund	Entf.
	QUASI – Niere	100%	Bund	Bund	Entf.
	Dialysestatistik EDTA/ERA	100%	Eur	Eur	Entf.
K. f. Kinder- und Jugendmedizin - Häm./Onk.	Standardisierte Therapie von Tumoren im Kindesalter	100%	Bund	Bund	Entf.
	Knochenmarktransplantation	100%	Bund	Bund	Ja
- Nephrologie	QUASI – Niere	100%	Bund	Bund	Entf.
- Pneumologie	QS Mucoviscidose	100%	Bund	Bund	Entf.
- Neonatologie	Neonatalerhebung	100%	Bund	Bund	Entf.
K. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie	Bestimmung der Aufenthaltsdauer	100%	Bund	Bund	Entf.
K. f. Neurochirurgie	Nervenwurzelkompression	100 %	Land	NRW	Entf.
K. f. Psychiatrie	Basis-Dokumentation d. DGPPN, modifiziert BMG-Projekt „Freiw. KH-Vergleiche“ gem. m. Uni RE	100%	Bund	Th/BY	Entf.
K. f. Radiologie – Strahlentherapie	Qualitätszirkel Radio-Onkologie	100%	Land	Land	Entf.
	Qual.-standards Diagn./Therap./Nachs. Maligner Tumoren	100%	Land	Land	Entf.
	Feldstudie Mamma-Ca	100%	Land	Land	Entf.
I. f. Humangenetik und Anthropologie	Zytogenetische Qualitätskontrolle	100%	Pilot	Bund	Entf.

Land = landesweit

NL = Neue Bundesländer

Bund = bundesweit

Eur = europaweit

Intern. = international

FP fähig? = Anwendung in der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten möglich

3.2.3. Übersicht über Qualitätskontrollen bei Laborparametern

Klinik(K), Institut(I)	Interne QS	Externe QS
K. f. Frauenh. und Geburtsh. – Geburtshilfe		Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich
K. f. Hautkrankheiten		Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich
K. f. Radiologie – Nuklearmedizin	Laborkontrolle bei: - Radiopharmakazubereitung - Radionuklidmesstechnik - Gamma-Kameras - Organmessplätzen - In-vitro-Messplätzen	Ringversuche bei in-vitro-Diagnostik
I. f. Allgemeine, Krankenhaus- u. Umwelthygiene	s. unter 3.2.4.	
Apotheke des Klinikums		Ringversuche „Harnsteine“
I. f. Arbeits-, Sozial- u. Umweltmedizin	Arbeits- und umweltmedizinischen Analysen	Ringversuche der Dtsch. Ges. f. Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., 1 - 2 x jährlich
I. f. Humangenetik und Anthropologie	interne wöchentliche Kontrolle der - genetischen Beratung - humanzytogenet. Diagnostik - molekulargenet. Diagnostik	Ringversuche Zytogenetik Molekulargen. Diagnostik Cystische Fibrose - Deutscher Ringversuch jährlich - Europäischer Ringversuch jährlich - Teilnahme an CF-Workshops Qualitätskontrolle genet. Beratung auf nationaler Ebene
I. f. Klin. Chem. und Laboratoriumsdiagn.	Hausinterne Standardarbeitsanweisungen (s. Einzelbericht)	Ringversuche der Dtsch. Ges. f. Klin. Chemie und INSTAND e.V., 2 x jährlich (s. Einzelber.)
I. f. Klinische Immunologie	Präzisions- und/oder Richtigkeitskontrollen tgl. bzw. in jeder Serie	- Ringversuche INSTAND e. V. f. verschiedene Parameter (s. 3.2.4) - Mtl. Ringversuche d. Allergy Quality Clubs f. spez. IgE's von Pharmacia
I. f. Klinische Pharmakologie	SOP's mit Geltungsbereich über das Institut hinaus	Arzneimitteluntersuchungen nach GCP Richtlinien der EU
I. f. Medizinische Mikrobiologie	Nährbodentestung Antibiogrammkontrolle nach DIN Laborkontrolle bei Bakteriologie, Mykologie, Serologie, Virologie, Parasitologie	- Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich bei: Bakteriologie Virusimmunologie, Infektionsserologie, Parasitologie - Ringversuche d. UK National External Quality Assessment Scheme for Microbiology
I. f. Rechtsmedizin	Laborkontrolle (hausinterne SOP's) bei: - DNA-Analytik - Blutgruppenserologie - Toxikologie Diskussion in Dienstberatung der: - Sektionsfälle - toxikologischen Analysen	Ringversuche: - Arzneistoff-Quantif. im Blut 2 x jährlich - Photomet. Bestimmungen 2 x jährlich - BTM-Nachw.+Quant. I. Blut 3 x jährlich - Kohlenwasserstoff (Nachweis+ Quantif. im Blut) 2 x jährlich - Blutalkoholbestimmung 2 x jährlich - Drogenscreening im Urin 2 x jährlich - Analyse unbek. Giftstoffe in Serum und Urin 6 x jährlich - Spurenringsversuch GEDNAP 2 x jährlich - DNA-Ringversuch 1 x jährlich
I. f. Transfusionsmedizin	- Tägliche Kontrolle aller Testmaterialien und –abläufe im Labor - Arzneimittelherstellung	- Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich bei: Immunhämatologie Virusimmunologie - Gewebetypisierung serologisch, molekulargenetisch - Qualitätskontrolle Eurotransplant - Qualitätskontrolle Molekulargenetik, Thrombozyten-, Granulozyten-, Erythrozytenkonzentrate - Qualitätskontrolle DIG
I. f. Virologie	Hausinterne Standards, wöchentl. interne Kontrolle der DNA-Analytik	
I. f. Antivirale Chemotherapie	Hausinterne Standards	Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich, bei: - Mikrobiol. Diagnostik - Tuberkulosediagnostik - Parasitologie - Parasitenimmunologie - Infektionsserologie - Virusimmunologie

3.2.4. Weitere Aktivitäten der Qualitätssicherung am Klinikum

3.2.4.1. Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Kieferorthopädie (Direktor: Prof. Dr. med.dent. habil. H. Graf)

Einführung

Im vergangenen Jahr hat der Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie zusammen mit den Oberärzten in Anbetracht der sich 1999 ändernden Raumsituation durch den Umzug des ZZMK in die angemieteten Räume des neuen ZZMK am Holzmarkt eine Reihe von qualitätsschaffenden und qualitätssichernden Maßnahmen realisiert. Der Prozess endet nicht mit dem Umzug in die neuen Räumlichkeiten, sondern bedarf in den nächsten Jahren geradezu einer exponentiell gesteigerten Palette an Aktivitäten. Zum einen muss die Zahl der Patienten wesentlich erhöht werden. Patienten, die auf Grund der unhaltbaren baulichen Verhältnisse der alten Zahnklinik in der Bachstraße und des nicht mehr zeitgemäßen technischen Geräteparks - es sei nur exemplarisch an das Fehlen der Amalgamabscheider erinnert - den Behandlern am Zentrum den Rücken gekehrt haben, müssen durch qualitätsbetonende PR-Maßnahmen zurückgewonnen werden. Darüber hinaus gilt es aber auch in der raum- und funktionsoptimierten neuen Zahnklinik alte sinnvolle Funktionen anzupassen und neue Möglichkeiten zusammen mit den Mitarbeitern vollständig auszuschöpfen.

Nach wie vor empfiehlt der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden für den Berichtszeitraum die Position, dass eine Zertifizierung nach ISO-Norm 9000 kieferorthopädischer Praxen derzeit nicht anzustreben ist. Ungeachtet dieser Empfehlung des Berufsverbandes führt der Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie eine Reihe von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch, die im Folgenden erläutert werden.

Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen

Fortbildung der Helferinnen und Zahntechniker

- mehrfach jährlich finden im Auftrag der Landeszahnärztekammer Qualifizierungskurse zur Erlangung der Bezeichnung „Fortgebildete Helferin Kieferorthopädie“ statt; die Mitarbeiterinnen der Klinik nehmen teil
- Fortbildungsangebot der Landeszahnärztekammer in Erfurt; auf Antrag wird Befreiung vom Dienst gewährt
- Post-Graduate-Kurse - von der Klinik organisiert - mit international anerkannte Professoren; Anwesenheit der Helferinnen und Zahntechnikerinnen wird gewünscht und gefördert
- in regelmäßigen Abständen Fortbildungsmaßnahmen in kleinen Gruppen durch Klinikdirektor und Oberärzte
- Optimierung der Arbeitsabläufe direkt am Behandlungsstuhl durch Weiterbildungsassistenten, die für die entsprechende Funktion laut Dienstplan eingeteilt sind; Supervising durch die Oberärzte
- Mitarbeiterschulung an neuen Geräten durch Oberärzte, Vertreter der Dentalindustrie und des Dentalhandels

Sicherung Prozessqualität „Helferin“

- Supervising der Prozessqualitäten „Ergonomie“ und „Funktionalität“ im Bereich der Vorbereitungs- und Behandlungsabläufe durch Oberärzte
- Besprechungsrunde (wöchentlich, obligatorisch)

Sicherung Prozessqualität „Organisationsbereich - Datenerfassung - Abrechnung“

- Materialbewirtschaftung „Therapie“ durch die leitende Helferin in Absprache mit den Oberärzten und dem dienstältesten Weiterbildungsassistenten der Poliklinik (siehe Dienstplan)

- Materialbewirtschaftung „Büro & Diagnostik“ durch die Chefsekretärin in Absprache mit dem Oberarzt
- Datenerfassung und Leistungserfassung durch ärztliches Personal handschriftlich in der Behandlungskarte; Chefarzt und Oberärzte führen Supervising durch; Fallbesprechungen wöchentlich
- computergestützte Datenerfassung durch hoch qualifizierte Abrechnungsfachkraft (regelmäßige Fortbildung auf Landesebene; ständiger enger Kontakt mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und dem klinischen Rechenzentrum)
- Probleme der Datenerfassung werden in Zusammenarbeit mit dem klinischen Rechenzentrum gelöst
- für den nächsten Berichtszeitraum wird die Einführung eines neuen zeitgemäßen Dokumentations- und Abrechnungssystem in Zusammenarbeit mit dem klinischen Rechenzentrum geplant

Fortbildung der Ärzte

- wöchentliche Dienstberatung durch den Direktor der Klinik
- wöchentlich interne Fortbildung (60 bis 90 Minuten)
- Konsultationen mit jedem Weiterbildungsassistenten - auch in Gruppen - durch den Direktor der Klinik in Zusammenarbeit mit den Oberärzten (Themenbereiche aus der gesamten Zahnmedizin unter besonderer Berücksichtigung kieferorthopädischer Fragestellungen)
- Fallvorstellung (Modell-/Röntgenvisite); jeder in der Klinik behandelte Fall wird einmal pro Jahr vorgestellt (Auswertung der Kiefermodelle und der Röntgenaufnahmen, kritische Diskussion der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen, ggf. rechtzeitige Einleitung optimierender Maßnahmen)
- jeder Fall muss vor dem Behandlungsabschluss (nach durchschnittlich 3 Jahren Behandlungszeit) und der Einleitung der Retentionsphase (6 - 12 Monate) und zur Registrierung im Recall in dieser Runde dem Direktor oder den Oberärzten vorgestellt werden
- das ärztliche Personal nimmt regelmäßig an Fortbildungen in der Klinik (Einladung international anerkannter Kapazitäten des Fachgebietes in der Klinik), auf Landesebene (Landeszahnärztekammer in Erfurt), an Veranstaltungen national und international teil
- die leitenden ärztlichen Mitarbeiter der Klinik sind auf den bedeutendsten Fachkongressen - meist mit eigenen Beiträgen - vertreten
- der Leiter der Einrichtung und die Oberärzte sind Mitglied der nationalen und internationalen Fachgesellschaften und des Berufsverbandes und beziehen Information durch Studium von Fachinformationen dieser Gruppen sowie durch den regelmäßigen Besuch der entsprechenden Veranstaltungen der Gesellschaften
- kontinuierliche Fortbildung jedes Weiterbildungsassistenten erfolgt im Rahmen der täglichen Behandlung am Patienten; Supervising durch die Oberärzte sichert Optimierung der Diagnostik- und Behandlungsstrategien am individuellen Fall

Sicherung Prozessqualität „Diagnostik“

- Erstellen und Auswerten der gesamten diagnostischen Unterlagen eines jeden Patienten ein Mal pro Jahr (Abformungen von Oberkiefer und Unterkiefer, Gipsmodelle, dreidimensionale Zuordnung der Modelle, Modellauswertung manuell, Fernröntgenseitenbild, Analyse des Fernröntgenseitenbildes computergestützt)
- wissenschaftliche Begleitung der dargestellten Analysetechniken im Rahmen von Doktorarbeiten
- Sicherung der Prozessqualität und Entwicklung neuer Techniken sowie deren Einführung in den klinischen Alltag ist wichtiger Forschungsschwerpunkt

Sicherung Prozessqualität „Behandlung“

- die wichtigen Erkenntnisse aus den Treffen der Fachgesellschaften werden gemeinsam auf Praktikabilität diskutiert und im Wechsel den Weiterbildungsassistenten vermittelt
- durch Supervising und die regelmäßigen Fallvorstellungen erfolgt die lückenlose Umsetzung der neuesten und effektivsten Behandlungstechniken

Sicherung Prozessqualität „Recall“

- der Leiter der Einrichtung überwacht persönlich die Langzeitstabilität der Behandlungsfälle (Forschungsschwerpunkt, ehemals Thema der Habilitationsschrift)
- Recall-Systeme für die einzelnen Behandlungsbereiche

Qualitätsüberwachung „Kieferorthopädische Behandlungsmittel“

- kieferorthopädische Materialien unterliegen den DIN-Normen; die meisten Lieferanten sind nach ISO 9000 zertifiziert
- da trotz Aufbau einer Forschungsabteilung im Bereich Erfurt des ZZMK Jena noch kein materialkundlicher Forschungsplatz für die Kieferorthopädie eingerichtet ist, erfolgt das Prozessmanagement über nationale und internationale Kontakte des Chefarztes und seiner Oberärzte
- ständige Kontakte mit Herstellern kieferorthopädischer Behandlungsmittel; halbjährlich Vorstellung von Neuigkeiten im Rahmen eines „Mittwoch-Kollegs“
- in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden wurde der vom Bundesgesundheitsamt empfohlene „Materialpass Kieferorthopädie“ eingeführt (Listung der exakten prozentualen Materialzusammensetzungen aller eingesetzten kieferorthopädischen Behandlungsmittel - vom Bracket über Kunststoff bis hin zu Farbstoffen)

Externe Qualitätssicherungsprojekte

Allgemeines

Die internationale Entwicklung gemeinsamer Diagnostik- und Therapieindizes ermöglicht auf nationaler und internationaler Ebene Vergleiche der in der Kieferorthopädie erhobenen patientenbezogenen Daten.

Nationales Management

- in der Bundesrepublik gibt es momentan kein öffentliches allgemein gültiges Qualitätssicherungsprojekt der Kieferorthopädie
- durch Präsentation der Diagnostik-/Behandlungsergebnisse auf nationalen Kongressen erfolgt derzeit ein Vergleich der Ergebnisqualität mit anderen Zentren
- im „Arbeitskreis Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte“ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde werden im Rahmen der jährlichen Treffen in Mainz die Standards überprüft und korrigiert
- in der „Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde werden regelmäßig die Standards überprüft und ggf. korrigiert
- „Qualitätszirkel Kieferorthopädie Thüringen (QKT)“ als Initiative des Klinikdirektors in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden findet regelmäßig statt; neben der fachlichen Fortbildung aller Gutachter im Freistaat kommt es zum regen Austausch unterschiedlichster Managementvarianten in der Kieferorthopädie; QKT ist von der Konzeption und Durchführung ein Novum in der Bundesrepublik; über QKT wurde national mehrfach auf Kongressen, bei der Jahrestagung des Berufsverbandes und in mehreren

Zeitschriften berichtet; die Kassenzahnärztliche Vereinigung nimmt reges Interesse an den Aktivitäten des QKT und sendet regelmäßig eine Vertreterin zu den Sitzungen

- der Oberarzt ist aktives Mitglied des „Initiativkreises umfassende Kieferorthopädie (IUK)“, einer Vereinigung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) zur Qualitätssicherung im Fachgebiet

Internationales Management

Hier ist besonders die Kooperation mit internationalen Verbänden wie der World Federation of Orthodontists (WFO), der American Association of Orthodontists (AAO), der European Orthodontic Society (EOS) und der European Federations of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA) hervorzuheben.

Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit

Allgemeines

Zurückgehende Patientenzahlen durch Überangebot kieferorthopädischer Leistungen im Gebiet der Stadt (165 % der empfohlenen Niederlassungsdichte) sind nicht zu verhindern. Aus diesem Grunde muss das Diagnostik- und Therapiespektrum der Poliklinik für Kieferorthopädie erweitert und attraktiver gestaltet werden.

Attraktivitätssteigernde Maßnahmen

- Umzug in neues Haus als Anmietobjekt für 10 Jahre in der Holzmarktpassage (An der alten Post 4) ab 1999
- Austausch der nicht funktionstüchtigen Behandlungseinheiten im neuen ZZMK gewährleistet (Arbeitsunfall Dr. G. im Zentrum) → aus haushaltstechnischen Gründen derzeit nicht möglich
- Teilrenovierungsmaßnahmen bis zum Umzug geplant
- Ausbau des Leistungsspektrums durch anspruchsvolle Diagnostik- und Behandlungsverfahren
 - systematische Behandlung mittels Straight-Wire-Apparaturen und Teilbogentechnik
 - systematische kieferorthopädische Behandlung von Patienten mit Schmerzen und Funktionsstörungen des Cranio-Mandibulären und Cranio-Cervicalen Systems
- Änderung der Behandlungszeiten (im Bereich Erfurt an 2 Tagen in der Woche bis 19 Uhr Sprechstunde)
 - Ausdehnung des Diagnostikangebotes (3-D-Technologien, interdisziplinäre Behandlungskonzepte)
 - kieferorthopädische Betreuung von Trauma-Patienten, perioperativ und Langzeitnachsorge bis hin zur okklusalen Vollrekonstruktion in Zusammenarbeit mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Poliklinik für Prothetik und Werkstoffkunde
 - kieferorthopädische Betreuung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten in Zusammenarbeit sowie „Syndrompatienten“ mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der Poliklinik für Prothetik und Werkstoffkunde und dem Institut für Phoniatrie/Pädaudiologie
 - kieferorthopädische Betreuung von Patienten mit schweren Dysgnathien im Rahmen der interdisziplinären KFO-Chirurgie-Sprechstunden in Zusammenarbeit mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und später der Poliklinik für Prothetik und Werkstoffkunde
 - Mitarbeit in der Schmerzsprechstunde der Klinik für Anästhesiologie
 - Kopfschmerzsprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Physiotherapie und dem Institut für medizinische Psychologie

- Kiefergelenksprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Physiotherapie, der Poliklinik für Prothetik und Werkstoffkunde, der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und dem Institut für Medizinische Psychologie
- Tinnitusprechstunde in Zusammenarbeit mit der Klinik für HNO
- Schnarchsprechstunde in Zusammenarbeit mit der Klinik für HNO

Optimierung des Organisationsablaufes

- Änderung der Haltung des Personals
- personalführende Gespräche
- schrittweise Annäherung an ein modernes, freundliches Patientenmanagement
- Einsatz modernster Software ist aus Gründen des Haushalt-Problems erst mit dem Umzug in das neue ZZMK möglich
- Einsatz der digitalen Röntgenologie (Reduktion der Strahlenbelastung) ist aus Gründen des Haushalt-Problems erst mit dem Umzug in das neue ZZMK möglich; Gefahr des Outsourcings von Leistungen, da vereinzelt Kollegen im niedergelassenen Bereich bereits über derartige Systeme verfügen

3.2.4.2. Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (Direktor: Prof. Dr. Edwin Lenz)

Allgemeines

Die Notwendigkeit zur Qualitätssicherung ist im medizinischen Bereich auf das Engste mit der ärztlichen Verpflichtung der Behandlung unserer Patienten nach anerkannten Regeln und dem Stand der Wissenschaft entsprechend verknüpft. Das Hauptaugenmerk der Bestrebungen zur Qualitätssicherung liegt dabei auf der Qualifizierung der Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, die es gewährleistet, dass auf allen Ebenen der Abteilung dieses Bestreben verstanden, verwirklicht und beachtet wird. Ein Qualitätsmanagementsystem besteht dabei aus der Organisationsstruktur, den Verfahren, Prozessen und Mitteln, die für die Verwirklichung des Qualitätsmanagement erforderlich sind. Für die weitere Betrachtung erscheint hierbei eine Differenzierung in die Bereiche Patientenversorgung, Lehre und Forschung sinnvoll zu sein.

Qualitätssicherung in der Patientenversorgung

In Bezug auf die Organisationsstruktur muss dabei zwischen der zahnärztlichen Patientenversorgung an sich und der in der zahnärztlich-prothetischen Behandlung integrierten zahntechnischen Herstellung von Therapiemitteln unterschieden werden.

Zahnärztlich-prothetische Therapie

Die Behandlung der Patienten obliegt allen zahnärztlichen Mitarbeitern der Poliklinik. Regelmäßige Besprechungen mit dem verantwortlichen Oberarzt dienen der Absicherung der Behandlungsqualität. Deren Standard basiert auf dem durch aktive Mitgliedschaft in einer Vielzahl an nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften gestützten Wissensschatz der Erfahrungsträger der Abteilung. Die Behandlung umfasst dabei auch die Patientenaufklärung im Vorfeld der Therapie über die Qualität, den Tragekomfort, die Hygienisierung und Pflege sowie die Kosten der prothetischen Behandlung. Im Zuge der Erhaltungstherapie werden Patienten mit umfangreichen oralen Rehabilitationen und implantat-prothetischen Versorgungen in ein Recall-Programm durch die ZMF, ggf. durch die behandelnden Zahnärzte aufgenommen.

Patienten, die einer dem Fachgebiet der zahnärztlichen Prothetik zugeordneten spezialisierten Behandlung bedürfen (Epithetische Prothetik, implantologisch-prothetische Versorgungen, Funktionsdiagnostik), werden von spezialisierten Zahnärzten betreut. Deren Qualifizierung wird durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sichergestellt.

Anfertigung der zahnärztlichen Therapiemittel

Die Anfertigung der zahnärztlichen Therapiemittel erfolgt zum überwiegenden Anteil im hauseigenen zahntechnischen Laboratorium. Wöchentlich durchgeführte Besprechungen, in denen die Planung und Konstruktion der anzufertigenden Arbeiten sowie die zahntechnische Ausführung unter Leitung des Direktors der Abteilung mit allen Oberärzten, Assistenz Zahnärzten und Zahntechnikern diskutiert werden, dienen der Optimierung der Qualität der angefertigten prothetischen Restaurationen.

Besondere Beachtung wird dabei der Absicherung der Biokompatibilität anzufertigender zahnärztlicher Therapiemittel gewidmet. Hierbei spielt die Anwendung des Werkstoffes Titan einschließlich der Qualitätskontrolle des Titangusses durch Röntgengrobstrukturanalyse eine entscheidende Rolle. Die Berücksichtigung des Aspektes der Biokompatibilität in der zahnärztlichen Therapie entspricht neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie auf den jährlichen Tagungen der AG Dentale Technologie, einer wissenschaftlichen Gesellschaft im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, unter kontinuierlicher aktiver Beteiligung der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde diskutiert werden (siehe Forschung).

Der Information der Patienten sowie zukünftigen Behandler soll dabei die dem Medizinproduktegesetz entsprechende Konformitätserklärung über alle verwendeten Materialien und insbesondere Legierungen dienen, wobei ausschließlich Materialien mit dem anerkannten CE-Zeichen zur Anwendung kommen.

Sicherung der Hygiene

Die Sterilisation und Wartung der Hand- und Winkelstücke und des zahnärztlichen Instrumentariums nach jeder Behandlung obliegt den Zahnärztlichen Helferinnen. Der Infektionsprophylaxe der zahntechnischen Mitarbeiter dient die Tauchdesinfektion aller Abformungen. Diese Vorgehensweise ist sowohl in der studentischen Ausbildung als auch der Patientenversorgung Stand der Technik.

Lehre

Die Aufgaben in der Lehre umfassen unter Leitung von Prof. Dr. med.dent.habil. E. Lenz die drei Schwerpunkte des Zahnmedizinstudiums:

- Vorklinische Ausbildung (Leiterin OA PD Dr. med.dent.habil. M. Schmidt)
- Zahnärztliche Werkstoffkunde (Leiter Prof. Dr. med.dent.habil. D. Welker)
- Klinische Ausbildung (Leiter OA PD Dr. med.dent.habil. W. Reinhardt)

Die Abstimmung der Lehrinhalte innerhalb der zahnärztlichen Prothetik sowie mit den anderen Fachdisziplinen am Zentrum ZMK obliegt dem Leiter der Einrichtung. Die Koordination der aktuellen Lehrinhalte sowie die Besprechung aufgetretener Probleme sind Themen der wöchentlichen Dienstbesprechung. Spezielle Thematiken, die ausschließlich einen drei o.g. Bereiche betreffen, sind Inhalt regelmäßiger Beratungen.

Die Sicherung der Behandlungsqualität in der klinischen Studentenausbildung am Patienten erfolgt durch die Kontrolle und das Testat, sowohl der zahnärztlichen als auch der zahntechnischen Leistungen, durch die Lehrassistenten, die Oberärzte und den Lehrstuhlinhaber.

Forschung

Schwerpunkte der wissenschaftlichen Aktivitäten der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde sind die:

- Abformmaterialien,
- Füllungs- und Befestigungswerkstoffe,
- zahnärztlichen Verbundverfahren (Metall-Composite, Silikon-Kunststoff),
- Durchführung klinischer Studien (neuer Werkstoffe und Technologien) und
- Anwendung neuer Technologien, speziell zahnärztlicher CAD/CAM-Systeme.

Die angewandten Untersuchungsverfahren orientieren sich dabei an den nationalen und internationalen Normen oder werden, ausgehend von normgerechten Verfahren, mit praxisrelevanten Methoden kombiniert (z.B. Durchführung von Langzeituntersuchungen). Durch die Teilnahme an internationalen wissenschaftlichen Tagungen und die Publikation der Ergebnisse in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Begutachtungsverfahren ist die Anwendung moderner Methoden gesichert. Eine weitere Absicherung wird durch regelmäßig durchgeführte nationale und internationale Literaturrecherchen zu aktuellen Fragestellungen gewährleistet.

Bei der Durchführung von Drittmittelprojekten wird durch die jeweiligen Projektträger von der Begutachtung über die Zwischenberichte bis zum Abschlussbericht ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt. Dies beinhaltet auch eine statistische Absicherung durch die Anwendung geeigneter Verfahren.

3.2.4.3. Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde (Direktor: Prof. Dr. Dr. Lutz Stößer)

Einführung

Die poliklinische Tätigkeit wird an den beiden Standorten Jena und Erfurt realisiert und basiert überwiegend auf der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen.

Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die zahnärztliche Versorgung wird von zwei habilitierten Zahnärzten (Fachzahnärzte für Kinderzahnheilkunde) und zwei wissenschaftlichen Assistenz Zahnärzten realisiert. Zur Qualitätssicherung erfolgen im Rahmen regelmäßiger Dienstbesprechungen Fallbeschreibungen aus der Patientenklintel mit Diagnostik und Behandlungsplanung. Zur Absicherung der klinischen Tätigkeit sind ständige Konsultationen möglich.

Umfassendes Aufklärungsmaterial (über Füllungsmaterialien und Behandlungskonzepte) liegt für die Patienten im Wartezimmer und in den Behandlungsräumen bereit und wird auf Wunsch des Patienten vom Behandler untersetzt.

Obwohl alle Mitarbeiter für Lehrverpflichtungen (Vorlesungen, Seminare, Praktika) mehrmals wöchentlich nach Jena fahren, wird im poliklinischen Bereich „Kinderzahnheilkunde“ ein Bestellsystem angewendet, so dass längere Wartezeiten (> 15 Minuten) vermieden werden.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen

Zahnärzte und zahnärztliche Helferinnen bilden sich ständig durch Teilnahme an Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen sowie im Selbststudium weiter. Die Lehrveranstaltungen im Fach Kinderzahnheilkunde werden ständig auf den Grundlagen eigener und internationaler wissenschaftlicher Kenntnisse aktualisiert. Neben den Vorlesungen werden die Studenten in kleinen Gruppen (6 Studenten) für die praktischen Tätigkeiten vorbereitet, und es werden in Proseminaren behandlungsbezogene Probleme diskutiert.

3.2.4.4. Klinik für Chirurgie, Allgemeine und Viszerale Chirurgie (Direktor: Prof. Dr. Johannes Scheele)

Über die bisherigen Ausführungen hinausgehend sollen an dieser Stelle die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Transplantationschirurgie und der operativen Behandlung maligner Tumore, insbesondere das Kolorektale Karzinom, das Pankreakarzinom, das Karzinom der Gallenblase und Gallenwege und das primäre Leberzellkarzinom genannt werden.

Für alle bösartigen Erkrankungen werden in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum der Universität sehr aufwändige qualitätssichernde Maßnahmen durchgeführt. Diese Maßnahmen sind insbesondere durch eine akribische Komplikationsstatistik, eine Letalitätsstatistik und eine Verlaufsdokumentation, die den angestrebten Erfüllungsgrad von 95 % nahezu erreicht hat, gekennzeichnet.

3.2.4.5. Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene (Direktor: Prof. Dr. Klaus Fiedler)

Auf Grund der Struktur des Institutes (Laborbereich als Dienstleistungen für die Krankenhaushygiene des Klinikums) erfolgt die **interne Qualitätssicherung** nach Pkt. 3.2.1. modifiziert:

- Nährbodentestungen
- Antibiotogrammkontrollen nach DIN
- Untersuchungen von Sterilisationsindikatoren nach DIN - Vorschriften
- Untersuchungen von mikrobiologischen Proben aus der Patientenumgebung, von Wasch-, Spül- und Desinfektionsautomaten (einschließlich manueller Geräteaufbereitung) nach DIN und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (früher Bundesgesundheitsamt)
- Fixierung hauseigener Arbeitsanweisungen und Aktualisierung bei Veränderungen
- interner Ringversuch für Wasseranalytik der Fa. Lange mit standardisierten Proben
- wöchentliche Visiten durch Direktor des Institutes: Routine 1x/Woche
- wöchentliche Visiten durch Oberarzt: mindestens 3x / Woche
- Auswertung der Befunde mit Hygieneschwestern des Klinikums mehrmals wöchentlich
- Auswertung der Befunde mit Krankenhaushygieniker des Klinikums mindestens einmal wöchentlich, bei kritischen Befunden sofort nach Diagnostik
- Dokumentation der Befunde mittels Diskette an Krankenhaushygieniker des Klinikums, von dort Weiterleitung an die Kliniken und operative Kontrolle durch Hygieneschwestern

Bzgl. **externer Qualitätskontrollen** sind für hygienische Fragestellungen bisher keine Ringversuche im Angebot.

Weiterbildung der Mitarbeiter

- mehrmals jährlich Mitwirkung, Organisation und Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen von zentralen Gesellschaften und Arbeitsgemeinschaften (z.B. Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin, Gesellschaft für Krankenhaushygiene AG „Thüringer Hygieniker“) und Fortbildungskursen insbesondere auf dem Fachgebiet Mikrobiologie
- Durchführung der jährlich stattfindenden Tagung „Krankenhaushygiene“, besonders zur Weiterbildung des Personals über aktuelle Hygiene-Themen und Auswertung interessanter Untersuchungen im Klinikum
- Fortbildungsangebote des Institutes für AiP, mittleres medizinisches Personal

3.2.4.6. Institut für Medizinische Mikrobiologie (Prof. Dr. med. Eberhard Straube)

Am Institut für Medizinische Mikrobiologie werden interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Dies betrifft zunächst die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Labor und bezieht sich auf die interne Qualitätsprüfung von Nährmedien und Methoden, darüber hinaus auf die Antibiogrammkontrolle nach DIN sowie allgemeine Laborkontrolle in den bakteriologischen, mykologischen, serologischen, virologischen und parasitologischen Laborbereichen.

Darüber hinaus nehmen wir 2 Mal im Jahr an deutschlandweiten Ringversuchen des INSTAND e.V. teil. Diese Ringversuche betreffen die Bakteriologie, die Virologie, die Infektionsserologie und die Parasitologie. Weiterhin nehmen wir an internationalen Ringversuchen der UK National External Quality Assessment Scheme for Microbiology teil.

Durch Überprüfung von Sterilisatoren und andere krankenhaushygienischen Untersuchungen, insbesondere auf dem Gebiet der molekularen Epidemiologie sowie durch regelmäßige und routinemäßige mikrobiologische Überwachung bestimmter Patientengruppen, insbesondere von transplantierten Patienten, tragen wir zur Qualitätssicherung verschiedenen klinischen Bereichen bei.

3.2.4.7. Institut für Klinische Immunologie

Die Qualitätssicherung am Institut für Klinische Immunologie teilt sich auf in folgende Aktivitäten:

- Teilnahme an Ringversuchen,
- Mitführung von Hersteller- (Funktions-) Kontrollen und
- Mitführung von laborinternen Kontrollen
- Weiterbildungsveranstaltungen.

Des Weiteren sind folgende Maßnahmen zu erwähnen:

- 1) externe Ringversuche von INSTAND e.V. (Institut für Standardisierung und Dokumentation im medizinischen Laboratorium e.V.; im Auftrag der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Vereinigungen)

Parameter:

spezifische IgE-Antikörper (Allergie)

Immunglobuline G, A, M, D, E

Komplement C3 und C4

alpha-1-anti-Trypsin

Albumin, CrP, Haptoglobin, Coeruloplasmin

Autoimmunerkrankungen:

I: AAK gegen Zellkernantigene (ANF [IIF], DNS[IIF,ELISA])

II: Suchtest AAK (Kombischnitt Leber/Niere/Magen [IIF])

III: ANCA (IIF), MPO+PR3 (FELISA), GBM (IIF+ELISA)

IV: Pemphigus (IIF)

V: Schilddrüsen-Ak (MAK+TAK [Aggl], TPO [ELISA], TRAK [RIA])

VI: ENA (WB)

Immunphänotypisierung von Lymphozyten

Immunphänotypisierung von Leukämien und Lymphomen

- 2) Tag-zu-Tag-Präzisionskontrollen für:

spezifische IgE-Antikörper

alle o.g. Serologieparameter außer Haptoglobin und Coeruloplasmin und für ASL

- 3) Test-zu-Test-Präzisionskontrollen für: alle im ELISA, RIA ausgeführten Autoantikörperbestimmungen
- 4) Teilnahme am monatlichen Ringversuch für spezifische IgE´s von PHARMACIA durch ALLERGY QUALITY CLUB
- 5) Einhaltung von Zertifizierungskriterien nach DIN („Checklisten Immunologie“) im FACS-Labor
Gerätekalibrierung
MTA-Weiterbildung
- 6) als externer Service zur Qualitätssicherung
Ausrichtung Arbeitstagung „Qualitätssicherung im FACS-Labor“
Restleukozytenzählung in Thrombozyten- und Erythrozytenpräparaten für Transfusionsmedizin

3.2.4.8. Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik (OA Dr. D. Schmidt, Dr. U. Tietz)

Interne Qualitätssicherung

- In 1998 konnte mit der vollständigen Anbindung aller Laborbereiche, einschließlich der Speziallabore, an das Labor-Daten-System ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der labordiagnostischen Versorgung (Basis- und Spezialdiagnostik) am Klinikum erreicht werden.

Mit dem Einsatz dieser DV stehen den Nutzern am Klinikum einheitliche und standardisierte Anforderungsbelege, sowie ein wesentlich effizienterer Befundzugriff und eine exakte Befunddokumentation der Laborergebnisse zur Verfügung.

Die Responszeiten konnten damit auch für viele Spezialuntersuchungen verkürzt werden. Durch die geschaffenen einheitlichen Laborstrukturen in den neugegliederten Kernlaboren Bachstraße, KIM und Kinderklinik ist es möglich, mit hausinternen, standardisierten Arbeitsanweisungen zu arbeiten.

Diese Arbeitsvorschriften werden laufend aktualisiert und stehen allen Mitarbeitern des Institutes für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik zur Verfügung und können aus dem Rechnernetz des Klinikums abgerufen werden.

Die mit dieser Neustrukturierung verbundene Umstellung auf einheitliche Laborgerätetechnik und Labormethoden am gesamten Institut, die auch in 1998 fortgeführt wurde, führte zu einer Verbesserung der Qualität der Laborergebnisse für das Klinikum. Dies ist belegbar durch ein 100%iges Bestehen aller durchgeführten externen Qualitätskontrollen und Ringversuche (s. dort).

- Gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer (Rili-BÄK) werden für alle Laboruntersuchungen interne Qualitätskontrollen durchgeführt. Untersuchungen auf Präzision und Richtigkeit der Analyseergebnisse sind rund um die Uhr, an allen Tagen des Jahres, erforderlich.

Die medizinische Validierung der Laborergebnisse durch akademisches Fachpersonal wird angestrebt.

Das detaillierte Procedere für den Ablauf der Qualitätskontrolle für den Bereich „Klinische Chemie“ ist unten dargestellt.

Externe Qualitätssicherung

- Im Jahr 1998 führten wir unsere Ringversuche bei der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie (DGKC) und am Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium (INSTAND) durch.

Durch die Teilnahme am Ringversuch bei zwei unabhängigen Kontrollinstitutionen ist eine Erhöhung in der Beurteilung der Qualität unserer Laborergebnisse zu erwarten.

In folgenden Fachgebieten wurde in 1998 an Ringversuchen teilgenommen:

Klinische Chemie (Serum)	24 Parameter
Klinische Chemie (Urinkontrollen)	16 Parameter
Pharmaka	16 Parameter
Spurenelemente	10 Parameter
Hämatologie	7 Parameter
Hormone	12 Parameter
Aminosäureanalytik	alle AS
Blutgasanalytik	3 Parameter
Hämostaseologie	6 Parameter
Immunologie-Plasmoproteine/Gammopathien	14 Parameter

Unser Institut beteiligt sich pro Jahr mit zwei Ringversuchen an der externen Qualitätskontrolle. Durch die Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie (DGKC) und das Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium (INSTAND) konnten für **alle** Parameter der aufgeführten Fachgebiete der Klinischen Chemie und Laboratoriumsdiagnostik eine erfolgreiche Teilnahme mit den entsprechenden Laborzertifikaten bescheinigt werden.

Festlegung zur Durchführung einer einheitlichen Qualitätskontrolle für den Arbeitsbereich „Klinische Chemie“

1. Präzisionskontrolle

In jeder Arbeitsschicht (8 h) einmal mit Lyphocheck I (BIO-RAD)
Zusätzlich in K 1 und K 2 in der Normalschicht (11.00 Uhr) zur Zeit des größten Arbeitsanfalles

2. Richtigkeitskontrolle

Lyphocheck I und II (über den gesamten medizinisch relevanten Bereich – 1x/Tag)

3. Zeitlicher Ablauf der Qualitätskontrollen

Präzisions- und Richtigkeitskontrollen werden in allen Laborbereichen zu festgesetzten Zeiten (s. Tabelle) durchgeführt.

Schicht	Kontrollen	Zeiten
Normalschicht (7.00 - 15.30 Uhr)	Lyphocheck I (Präzision)	11.00 Uhr (nur in K 1 und K 2)
	Lyphocheck I (Präzision + Richtigkeit)	14.00 - 15.00 Uhr (K 1, K 2, Ki.-klinik)
Spätschicht (15.30 - 22.30 Uhr)	Lyphocheck I (Präzision)	21.00 - 22.00 Uhr (K 1, K 2, Ki.-klinik)
Nachtschicht (22.30 - 7.00 Uhr)	Lyphocheck I (Präzision)	5.00 - 6.00 Uhr (Ki.-klinik 7.00 - 8.00 Uhr)
	Lyphocheck II (Richtigkeit)	5.00 - 6.00 Uhr (Ki.-klinik 7.00 - 8.00 Uhr)

Zeitlicher Ablauf der Qualitätskontrollen

4. Monatliche Berechnung der Präzision

Es wird nur 1 Wert pro Tag (immer aus der gleichen Schicht berücksichtigt (K 1 und K 2: 5.00 - 6.00 Uhr; Ki.-klinik: 7.00 - 8.00 Uhr). Am Monatsende wird der VK berechnet und mit den Rili-BÄK Vorgaben vergli-

chen. Die monatliche Präzisionskontrolle wird durch Angabe von Methode, VK, Datum und Unterschrift dokumentiert.

5. Maßnahmen bei fehlerhafter Präzision und Richtigkeit

- Alle Werte sollen im Bereich ± 3 s liegen
- Handlungsbedarf besteht, wenn an 3 aufeinander folgenden Tagen die Präzision außerhalb
- ± 2 s liegt (Analoges gilt für die Richtigkeitskontrolle) → Überprüfen des Analysenganges. Änderung von „Slope/Offset“ erfolgt **nur** durch den Laborleiter und wird im Gerätehefter dokumentiert.

6. „Nicht-Rili-BÄK-pflichtige“ Parameter

Bei allen „nicht-Rili-BÄK-pflichtigen“ Messgrößen werden Präzision und Richtigkeit überprüft, sofern es geeignete Materialien gibt.

7. Bordbuch/Wartung/Dokumentation

Für jeden Synchron-Automaten wird ein Bordbuch angelegt, um die durchgeführten Kontrollen und eventuelle Maßnahmen zur Fehlerbeseitigung zu dokumentieren. Nach jeder durchgeführten Präzisions-/ Richtigkeitskontrolle wird durch Angabe von Namen, Datum und Unterschrift die ordnungsgemäße Durchführung der QK und die Präzision bzw. Richtigkeit der überprüften Methode von der an dem Arbeitsplatz tätigen MTA bestätigt. Auch die Wartungen der Automaten werden hier mit Namen Datum und Unterschrift dokumentiert. Die Wartungen sind zeitlich so durchzuführen, dass diese vor den Qualitätskontrollen abgeschlossen sind.

8. Kontroll-Panels

An allen Synchron-Automaten werden 4 Kontroll-Panels eingerichtet (s. Tabelle 2), um die Ergebnisse der vorstehend genannten Maßnahmen zu dokumentieren (Präzision, Richtigkeit). Nach Beseitigung eventueller Fehler muss die Qualitätskontrolle wiederholt werden.

Liegen die in der QK ermittelten Werte außerhalb von $\pm 3s$ ist das Gerät außer Kontrolle. Der entsprechende Parameter darf auf diesem Gerät dann nicht mehr bestimmt werden. Erst wenn das analytische Problem behoben worden ist und die erneute QK in Ordnung ist, kann der entsprechende Parameter wieder auf diesem Gerät bestimmt werden. Patientenproben die vor der Havarie analysiert wurden, müssen evtl. erneut bestimmt werden. QK-Werte außerhalb von $\pm 3s$ werden nach erfolgter Problemlösung aus dem Panel zur monatlichen Präzisionskontrolle gelöscht und nicht zur Ermittlung des VK am Monatsende verwendet. In den Kontroll-Panels zur Richtigkeit verbleiben diese Werte unverändert.

Synchron Qualitätskontroll-Panels

1	Präzision	Lyphocheck I	Monats VK
2	Präzision	Lyphocheck I	Restliche Präzisionskontrollen
3	Richtigkeit	Lyphocheck I	Tägliche Richtigkeitskontrollen
4	Richtigkeit	Lyphocheck II	Tägliche Richtigkeitskontrollen

Tabelle 2: Qualitätskontroll-Panels Synchron

9. **14-tägig** wird zur internen Qualitätskontrolle ein **Ringversuch** durchgeführt. Hierzu wird QK-Material aliquotiert und gleichzeitig in die einzelnen Laborbereiche verschickt. Als QK-Material sollten nicht die oben genannten QK-Materialien, sondern eine Patientenprobe verwendet werden. Die erhaltenen Ergebnisse werden je nach Gerät in den Bordbüchern dokumentiert.

3.2.4.9. Klinik-Apotheke (Dr. Michael Hartmann)

Intern Klinikum

Maßnahmen der Apotheke zum internen Qualitätsmanagement des Klinikums sind die Stationsbegehungen und das Verfahren zur Abwehr von Arzneimittelrisiken. Die Arzneimittelvorräte jeder einzelnen Station und Teileinheit werden von der Apotheke nach § 32 Apothekenbetriebsordnung halbjährlich überprüft. Nach § 2 des Arzneimittelgesetzes gelten auch die so genannten Medicalprodukte, also sterile Einmalartikel, Verbandstoffe, Nahtmaterialien und Implantate als Arzneimittelvorräte. Bei der Arzneimittelkontrolle auf der Station soll vor allem die Lagerung und Aufbewahrung der Arzneimittelvorräte beurteilt werden. Ins Gewicht fallen dabei kühle Lagerung, Arzneimittel mit kurzer Haltbarkeit nach Anbruch, Parenteralia zur Mehrfachentnahmen, Staub- und Lichtschutz usw. Als Serviceleistung werden auch die Betäubungsmittelvorräte und -bücher kontrolliert, so dass die Stationen bei Überprüfung der Überwachungsbehörde eine einwandfreie Buchführung aufweisen. Eine Ausfertigung des Protokolls über die Stationsbegehung wird dem Vorstand zugeleitet, eine weitere wird dem für die Arzneimittelversorgung zuständigen Arzt ausgehändigt und die Dritte wird in der Apotheke aufbewahrt.

In der Apotheke ist das Verfahren zur Abwehr von Arzneimittelrisiken von Arzneimittelrisiken institutionalisiert. Nach § 21 Apothekenbetriebsordnung hat der Apothekenleiter bei Arzneimittelrisiken dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr getroffen werden und die zuständige Überwachungsbehörde informiert wird. Bei Arzneimittelrückrufen werden die Klinikdirektoren und Oberschwester informiert. Betroffene Arzneimittel werden an die Apotheke zurückgeschickt und an den Hersteller zurückgegeben oder vernichtet.

Intern Apotheke

Alle Arbeitsbereiche der Apotheke werden nach den geltenden gesetzlichen Regelungen betrieben (Apothekengesetz, Apothekenbetriebsordnung, Arzneimittelgesetz, Gefahrstoffverordnung, Eichordnung usw.). Eine externe Qualitätskontrolle hierüber findet durch die zuständige Überwachungsbehörde, dem Landesverwaltungsamt Weimar, statt. Die externe Qualitätskontrolle für die Harnsteinanalytik ist durch die Teilnahme am Ringversuch Harnsteine abgesichert.

Darüber hinaus sind in der Apotheke als interne Qualitätskontrolle SOP's und Prozessabläufe dokumentiert. Für unsere Kunden ist ein Beschwerdemanagement eingerichtet.

3.2.4.10. Laborkommission (Dr. Michael Hartmann)

Die Laborkommission ist als Funktionskommission des Ärztlichen Direktors für den Bereich Laboratoriumsdiagnostik in der Krankenversorgung am Klinikum der FSU zuständig. Insbesondere hat sie die Aufgabe, Struktur, Versorgungsumfang, Versorgungssicherheit, Qualität und Versorgungssicherheit, Konzentrierung und Wirtschaftlichkeit zu erarbeiten und zu betreiben. In Wahrnehmung dieser Aufgabe

- definiert die Laborkommission die am Klinikum vorgehaltenen diagnostischen Verfahren und schreibt diese fort.
- entscheidet die Laborkommission über Neuaufnahmen und Streichungen von Untersuchungen im Leistungskatalog.
- bewertet die Laborkommission alle Anträge zur Ersatz- und Neubeschaffung von Geräten und gibt eine Empfehlung ab.
- prüft die Laborkommission alle Anträge auf Personalzuweisung im Rahmen der Labordiagnostik und gibt eine Empfehlung ab.

Die Laborkommission wird ferner zu speziell mit der labordiagnostischen Versorgung zusammenhängenden Fragen im Auftrag des Ärztlichen Direktors tätig.

3.2.4.11. Arzneimittelkommission/Institut für Klinische Pharmakologie (Prof. Dr. Annemarie Hoffmann)

Die Arzneimittelkommission des Klinikums der FSU ist eine Funktionskommission des Ärztlichen Direktors. Vorsitzende der Kommission ist die Direktorin des Instituts für Klinische Pharmakologie, Frau Professor Hoffmann, Geschäftsführer der Direktor der Apotheke, Herr Dr. Hartmann. Mitglieder sind Vertreter aller Kliniken und Institute, die an der Pharmakotherapie beteiligt sind.

Die Arzneimittelkommission hat insbesondere die Aufgabe, die Arzneimittelliste des Klinikums, in der die für den laufenden Verbrauch bestimmten Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten zu erstellen und fortzuschreiben. Dabei sind auch Gesichtspunkte der Arzneimittelsicherheit zu berücksichtigen.

Die Apotheke liefert grundsätzlich nur Arzneimittel, die in der Arzneimittelliste aufgenommen worden sind. Sind für den Einzelfall Anforderungen eines Arzneimittels notwendig, muss dieses auf einem eigens dafür vorgesehenen Formblatt angefordert werden, das die Unterschrift des zuständigen Klinikdirektors oder Oberarztes trägt.

Weiterhin erstellt die Arzneimittelkommission in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachvertretern Empfehlungen mit dem Ziel einer rationalen und wirtschaftlichen Therapie und berät das Klinikum über sonstige Angelegenheiten aus dem Arzneimittelbereich.

3.2.4.12. Bericht zur Arbeit der Beschaffungskommission (Leitung: Christel Tschirschwitz)

Die Arbeit der Beschaffungskommission wurde auch 1998, unter Anleitung und Themengebung der Abteilung Materialwirtschaft, fortgesetzt.

Folgende **Schwerpunkthemen** wurden besprochen:

1. **Information zu den** 1998 vorgesehenen **Ausschreibungen** zu medizinischem Verbrauchsmaterial und der Festlegung, dass künftig die Vergabeberatungen zu **Materialien**, die das **gesamte Klinikum** betreffen, im Rahmen der Beschaffungskommission durchgeführt werden.
2. Vorstellung der neuen Absaugbeutel der **Firma Medela** und **Kostenanalyse** zur Umstellung des gesamten Klinikums von bisher 3 Absaugsystemen (Medela, Baxter, Abbott) auf das neue Absaugbeutelssystem der Firma Medela. Dieses System bringt dem Klinikum nicht nur einen **Preisvorteil** beim **Einkauf** der Einmalabsaugbeutel, sondern auch bei den **Entsorgungskosten**. Die Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgt ab 1999.
3. Information zum Stand der **Wiederaufbereitung von Einmalprodukten** durch eine Fremdfirma, welches 1997 durch die Beschaffungskommission diskutiert und befürwortet wurde.

Die Wiederaufbereitung wird von der Klinik für Innere Medizin/Abt. Kardiologie, Klinik für Innere Medizin/Endoskopie und Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie/AB Klinik für Innere Medizin wahrgenommen.

In dem Zeitraum 01. Januar 1998 bis 30. April 1999 konnten bereits ca. 145 000,- DM eingespart werden.

4. **Information zu Änderungen (Novelle) zum MPG** (Medizinproduktegesetz)

- Verlängerung der Aufbrandfrist bis 30. Juni 2001 für Medizinprodukte ohne CE-Kennzeichnung, die sich am 14. Juni 1998 beim Verbraucher (Krankenhaus) befanden.
- Abverkauf von Medizinprodukten ohne CE-Kennzeichnung, die sich am 14. Juni 1998 in der Handelskette befanden, ist vom Händler noch bis zum 30. Juni 2001 möglich.
- Nach dem 14. Juni 1998 ist kein erstmaliges Inverkehrbringen von Medizinprodukten ohne CE-Zertifizierung erlaubt.

Beispiele zu Pkt. 1 - Vergabeberatungen zu Ausschreibungen

Nr. 09/98 - Verbandstoffe (außer Apothekensortiment): Durch die Beschaffungskommission und ausgewählte Anwender wurde das Sortiment an Verbandstoffen (Antithrombosestrümpfe, Kompressions-, Trikotschlauch-, Netzschlauch-, Klebe-, Gips-, Stützbinden, Schienensysteme, Bandagen, Zellstoff und Fixierpflaster für Venenverweilkanülen) für die nächsten 2 Jahre festgelegt.

Die Ausschreibung erbrachte eine **Einsparung von ca. 45 000,-- DM** pro Jahr.

Gleichzeitig wurde die Fortführung des Waschkonzeptes von Thrombosestrümpfen und verschiedenen Binden diskutiert. Es wurde festgelegt, dass ein Strumpf maximal 6x gewaschen werden soll (Herstellerangaben 10x) und danach ausgesondert.

Nr. 23/98 - Op- und Untersuchungshandschuhe: Zur Festlegung des Handschuhesortimentes des Klinikums wurde **neben dem Preis** vor allem die **Allergieproblematik** berücksichtigt und somit die Angaben zum Proteingehalt, den Inhaltsstoffen (Thinrane, Benzothiazole, Combande usw.) herangezogen.

In der Vergabeberatung wurde festgelegt, dass künftig **keine puderhaltigen Untersuchungshandschuhe** lagerhaltig zur Verfügung gestellt werden.

Durch die Ausschreibung wurde eine **Einsparung von ca. 30 000,-- DM** pro Jahr erzielt.

Neuausschreibungen

Diskussion über die Beibehaltung bzw. Neuausschreibung folgender Sortimente, da die Möglichkeit von Vertragsverlängerungen mit den derzeitigen Lieferanten besteht:

- **Op-Bedarf**
- **Urologisches Verbrauchsmaterial**
- **Verbrauchsmaterial für die Beatmung und Anästhesie**

Außerhalb der in der Beschaffungskommission beratenen Themen wurden seitens der Abteilung Materialwirtschaft bei medizinischem Verbrauchsmaterial durch Ausschreibungen und gezielte Preisverhandlungen und Angebotseinholungen **Einsparungen in Höhe von ca. 1 000 000,-- DM** erzielt.

Sortimentsänderungen werden immer nach erfolgter Mustertestung unter Einbeziehung der Anwender vorgenommen.

3.2.4.13. Bericht der Krankenhaushygiene

Dem Hygienemanagement kommt im Rahmen der Qualitätssicherung eine große Bedeutung zu, da die Klinikhygiene sämtliche Bereiche der Vermeidung und Verminderung von im Krankenhaus bzw. in dessen sozioökologischem Umfeld erworbene Krankheiten aller (un)mittelbar beteiligten Personen umfasst.

Die personellen Voraussetzungen zur Realisierung des umfassenden Aufgabenspektrums der Krankenhaushygiene sind durch den hauptamtlich tätigen *Klinikhygieniker* und vier *Hygienefachkräfte* (davon 3 Fachkräfte mit abgeschlossener Weiterbildung zur Krankenschwester für Krankenhaushygiene und 1 Fachkraft in Ausbildung) gegeben. In allen Kliniken und den vorwiegend klinisch tätigen Instituten wurden von den Einrichtungsdirektoren Ärzte bzw. Naturwissenschaftler mit langer Berufserfahrung als *Hygienebeauftragte* benannt, wobei in Kliniken mit Geschäftsführenden Direktoren auch nur ein Hygienebeauftragter bestellt wurde. Sie erfüllen ihre Aufgaben in enger Zusammenarbeit mit dem Klinikhygieniker und den Hygienefachkräften. Als Beratungsorgan für den Ärztlichen Direktor beim Auftreten epidemischer Krankenhausinfektionen oder besonderer krankenhaushygienischer Probleme wurde eine *Hygienekommission* berufen. Ihr gehören neben dem Klinikumvorstand und anderen leitenden Mitarbeitern auch die Hygienebeauftragten aller Einrichtungen an. Die gesamte Kommission musste seit ihrem Bestehen noch nicht eingeladen werden, krankenhaushygienische Probleme werden in kleineren Kreisen oder in tangierenden Fachkommissionen besprochen und ggf. in die Sitzung des Klinikumvorstandes zur Beschlussfassung eingebracht. Zur internen Fortbildung insbesondere der Hygienebeauftragten aber auch anderer interessierter Personen findet jährlich mindestens eine Tagung zu krankenhaushygienischen Fragen unter wissenschaftlicher Leitung des Institutes für Allgemeine Krankenhaus- und Umwelthygiene oder der Klinikhygiene statt. Jährlich erscheinen mehrere Hygieneinformationen, die die Festlegungen im *Hygieneplan* des Klinikums erläutern, konkretisieren oder aktualisieren.

Außer dem genannten Hygieneplan existieren für ausgewählte Bereiche, beispielsweise auch den *Op-Bereich*, *abteilungsspezifische Hygienepläne* und für jede Station und jeden Funktionsbereich gibt es spezifische *Desinfektionspläne*.

An *externen Qualitätssicherungsmaßnahmen* auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nehmen wir bisher nicht teil. Beispielsweise haben wir uns wegen des hohen Aufwandes nicht auf freiwilliger Basis mit anderen Klinika zur Erfassung und Auswertung der Rate nosokomialer Infektionen zusammengeschlossen. Die Kriterien zur Feststellung nosokomialer Infektionen sind an unserem Klinikum bekannt und die *nosokomialen Infektionen* werden schwerpunktmäßig durch die ärztlichen Mitarbeiter erfasst. Eine generelle Weiterleitung und Auswertung durch die Klinikhygiene erfolgt jedoch aus zwei Gründen nicht. Erstens wird die Häufigkeit der klinisch manifesten nosokomialen Infektionserkrankungen von vielen patientenspezifischen und therapiebedingten Zufallseinflüssen bestimmt und somit können Änderungen dieser zufallsbeeinflussten Infektionserkrankungen kein sicheres Indiz für die Notwendigkeit krankenhaushygienischer Interventionen sein. Zweitens ist die grundlegende Voraussetzung für exogen bedingte - und damit beeinflussbare - nosokomiale Infektionen die mikrobielle Kontamination in der belebten und unbelebten Umwelt des Patienten. Diese im Rahmen der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfasste Kontamination ist somit ein wesentlich sinnvollerer Indikator zur Bewertung des krankenhausbefindenden sekundären Erkrankungsrisikos von Patienten.

Die *interne Qualitätssicherung* im Hygienemanagement ist entsprechend der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention vom Robert Koch Institut aufgebaut:

1. *Beratung des Personals in Fragen der Krankenhaushygiene und der persönlichen Infektionsprävention:*

- Beantwortung von ca. 900 aktuellen krankenhaushygienischen Anfragen der Mitarbeiter des Klinikums
- Besuch von 21 regionalen und überregionalen Fortbildungsveranstaltungen

2. *Regelmäßige Begehung der Krankenhausbereiche:*

Begehung aller Krankenhausbereiche zur Erarbeitung krankenhaushygienischer Zustandsanalysen mindestens einmal jährlich sowie zusätzlich anlassbedingt, Begehung der Schwerpunktbereiche - wie Op-Abteilungen, invasive Diagnostikbereiche, Intensivtherapie-Stationen, Onkologische Stationen, Psychiatrische Stationen, Dialyse, Instrumentenaufbereitung, Küchen - mindestens vierteljährlich

3. *Erstellung von Krankenhaus- und abteilungsspezifischen Hygieneplänen:*

- Herausgabe von 4 Aktualisierungen/Erläuterungen zum Hygieneplan des Klinikums
- Beginn der Überarbeitung/Aktualisierung aller abteilungsspezifischen Desinfektionspläne

4. *Regelmäßige fachliche Überwachung der in den Hygieneplänen aufgeführten Maßnahmen:*
 - Begehung der Krankenhausbereiche entsprechend Punkt 2
 - Mitwirkung an der Ausarbeitung der Pflegestandards hinsichtlich krankenhaushygienischer Aspekte
5. *Mitwirkung bei der Festlegung von Desinfektionsmaßnahmen und deren Überwachung, z.B. bei Infektionskrankheiten:*
 - Mitarbeit in der Arzneimittelkommission insbesondere hinsichtlich Antibiotika und Desinfektionsmittel
 - Aktualisierung von 37 Isolierungshinweisen für ausgewählte Infektionskrankheiten
 - Durchführung von 33 mikrobiologischen Untersuchungsserien zur Kontrolle der Krankenhausreinigung und Flächendesinfektion (auf Grund der Ergebnisse der mikrobiologischen Kontrolle in Verbindung mit dem makroskopischen Eindruck kündigte das Dezernat für Wirtschaft den Vertrag mit einer Dienstleistungsfirma Reinigung)
5. *Fortbildung des Krankenhauspersonals auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene:*
 - Organisation und/oder Mitwirkung an 30 Weiterbildungsveranstaltungen zu hygiene relevanten Themen für medizinisches und technisches Personal
6. *Hygienisch-mikrobiologische Prüfungen von Desinfektions- und Sterilisationsgeräten*

<i>Desinfektionsgeräte:</i>	108 Prüfungen von Reinigungs-, Desinfektions- und Trocknungsautomaten, 114 Prüfungen von Steckbeckenspülautomaten, 18 Prüfungen von Vaporisatoren
<i>Sterilisationsgeräte:</i>	Festlegung und Kontrolle der physikalischen, chemischen und biologischen Überwachungsmaßnahmen
<i>Ver- und Entsorgungsanlagen:</i>	14 Serien zur Bestimmung der mikrobiellen Kontamination der medizinischen Gase, 68 Abklatsch- und Abstrichserien in den Stationsküchen, 11 Serien in den Hauptküchen und 4 Serien in den Küchen der Pausenversorgung im Rahmen der Eigenkontrollpflicht der Küchen im Krankenhaus, Untersuchung von 49 Einzelkomponenten der Lebensmittel-Rückstellproben, 340 Probeentnahmen zur Bestimmung der mikrobiellen Kontamination der angelieferten Frischwäsche
<i>Wasser:</i>	167 Überprüfungen der Trinkwasserversorgung entsprechend der Trinkwasserverordnung, 55 Untersuchungen auf Legionellen im Warmwasser, 11 Untersuchungen von Wasser aus Umkehrosmoseanlagen
<i>Lufttechnischen Anlagen:</i>	13 Prüfprotokolle von Laminarboxen und sterilen Einheiten, 37 Messreihen in Op-Abteilungen u.a. kritischen Bereichen
8. *Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen u.a. als Umgebungsuntersuchungen in Risikobereichen und zur Prüfung von Desinfektionsmaßnahmen:*
 - Verbindung der Begehungen in den Klinikbereichen mit didaktisch orientierten mikrobiologischen Untersuchungen von den Händen (206 Abklatschuntersuchungen) und von hygienisch-pflegetechnisch bedeutsamen Maßnahmen (154 Abstrichuntersuchungen von Konnektionsstellen, mikrobiologische Untersuchung von 57 Endoskopen und 2 Inkubatoren, 3 Untersuchungsserien zur Aufbereitung von Kontaktlinsen)
 - 800 Abklatschuntersuchungen in Risikobereichen zur Bestimmung der mikrobiellen Umgebungskontamination hinsichtlich Erreger und Resistenzspektrum
 - mikrobiologisches Monitoring in hygienisch relevanten Funktionsabteilungen (11 Untersuchungsserien)
9. *Hygienisch-physikalische Untersuchungen u.a. von Desinfektionsmitteldosiergeräten*

und Desinfektionsmittellösungen: 61 Desinfektionsmittelkonzentrationsbestimmungen

Wasser: mikrobiologische Untersuchung von wasserbetriebenen Behandlungseinheiten (16 Beatmungsgeräte, 47 Inhalationsgeräte, 31 zahnärztliche Einheiten, 12 Untersuchungsserien an Dialysegeräten)
25 Untersuchungen von VE-Wasser hinsichtlich physikalischer Parameter

10. *Aufklärung von Infektionszwischenfällen:*

- Ermittlung von Infektionsquellen und Übertragungswegen und Festlegung von Maßnahmen zur Unterbrechung möglicher Ausbreitungswege bei 23 potenziellen Geschehen
- 21 Untersuchungsserien zur Ursachenermittlung bei einer Häufung nosokomialer Infektionen

11. *Erarbeitung von Richtlinien für die Erstellung von Infektionsstatistiken sowie deren epidemiologische Auswertung und Beurteilung:*

Während der Stationsbegehungen Hinweise auf die im Hygieneplan aufgeführten Kriterien zur Feststellung von nosokomialen Infektionen durch den behandelnden Arzt

12. *Beratung bei der Beschaffung von medizinischen sowie medizintechnischen Materialien und Geräten:*

- Teilnahme an der Vorbereitung und Auswertung von Ausschreibungsunterlagen
- Mitarbeit in der Beschaffungskommission
- 100 Abklatschuntersuchungen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung

13. *Beratung bei Beschaffung von Sterilisations- und Desinfektionsgeräten sowie von Desinfektionsmitteln und Antiseptika:*

Mitarbeit an Auswertung von Ausschreibungsunterlagen, Mitarbeit in Arzneimittelkommission, Überarbeitung der Desinfektionsmittelliste für das Klinikum in Zusammenarbeit mit dem Klinikapotheker

14. *Hygienische Beratung bei Vorplanung, Entwurf und Bauausführung bei Sanierung, Um- und Neubau von Krankenhausbereichen:*

- 13 Abklatschuntersuchungsserien einschließlich Raumluftmessungen auf das Vorkommen von Sporen von Schimmelpilzen und Hefen zur Sicherstellung entsprechender Sanierungsmaßnahmen
- Krankenhaushygienische Stellungnahmen und Beratungen zu den Maßnahmen unter Koordination Dezernat Technik bzw. Staatsbauamt einschließlich der Neubaumaßnahme „Klinikum 2000“

15. *Hygienische Abnahme aller Sanierungs-, Umbau und Neubauvorhaben von Krankenhausbereichen:*

Mikrobiologische und hygienische Begleitung und Abnahme von 50 fertig gestellten Maßnahmen im Zusammenwirken mit Dezernat Technik und Projektierungsbüro

16. *Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde:*

- Hinweise auf Meldepflicht durch den behandelnden Arzt bei allen bekannt gewordenen übertragbaren meldepflichtigen Erkrankungen
- Erstellung der Checklisten für die Begehung aller 14 Klinika durch das Gesundheitsamt

17. *Geschäftsführung der Hygienekommission sowie der Desinfektionsmittelkommission des Krankenhauses:*

Wie bereits ausgeführt, werden entsprechend des Hygieneplanes die Mitglieder der Hygienekommission nur beim Auftreten von epidemischen Krankenhausinfektionen oder besonderen krankenhaushygienischen Problemen eingeladen. 1998 traten derartige Probleme klinikübergreifend nicht auf. Hausinterne hygienisch relevante Probleme wurden aus Effektivitätsgründen mit den direkt verantwortlichen Personen, ggf. unter Einbeziehung des Vorsitzenden der Hygienekommission, Herrn Prof. Seewald - Ärztlicher Direktor - beraten.

Die Desinfektionsmittelkommission ist Bestandteil der Arzneimittelkommission.

18. *Beratung bei Fragen des gesundheitlichen Umweltschutzes im Krankenhaus*

Mitarbeit im Arbeitsschutzausschuss und in der Küchenkommission

19. *Beratung in Fragen der Ökologie unter Abwägung ökologischer, hygienischer und infektionspräventiver Gesichtspunkte:*

- Teilnahme an den Begehungen auf der Grundlage des Arbeitssicherheitsgesetzes (Teilnehmer: Direktor der Einrichtung, Arbeitssicherheit, Betriebsärztliche Untersuchungsstelle, Umweltschutz- und Abfallbeauftragter, Dezernat Technik, Dezernat Wirtschaft, Personalrat, Klinikhygieniker, ggf. Strahlenschutzbeauftragter, ggf. Beauftragter für Gentechnik)
- Abstimmung zu ökologisch-hygienischen Fragestellungen mit dem Umweltschutz- und Abfallbeauftragten

Als kritische Bereiche bei der Qualitätssicherung durch die Mitarbeiter der Klinikhygiene sind zu nennen:

- Von Aufsichtsbehörden und Vertretern der Justiz wird die Rate nosokomialer Infektionen als Indikator für die Ergebnisqualität gesehen. Wie bereits dargestellt, wird diese Rate jedoch von vielen unbeeinflussbaren Faktoren (wie z.B. Alter und Immunstatus des Patienten, Art und Schwere des Eingriffs, Operationstechnik) mitbestimmt, so dass keine Vergleichbarkeit der Werte gegeben ist. Trotzdem ist es erforderlich, die nosokomialen Infektionen insbesondere in Hochrisikobereichen zu erfassen und auszuwerten, auch als Nachweis beispielsweise der Konstanz der Rate während Baumaßnahmen und anderer gefährdungsträchtiger Situationen.
- Eine Datenvernetzung der Klinikhygiene mit dem Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene einerseits und den Stationen und Funktionsbereichen andererseits könnte die Bekanntgabe und Auswertung der erhobenen Befunde beschleunigen.

3.2.4.14. Bericht des Sachgebietes Wirtschaftsbetriebe/Küchenkommission zur Patientenverpflegung (Leiter: Rolf Sonnenschein)

Die Arbeit der Küchenkommission unterstützte das Dezernat Wirtschaft bei den Bemühungen, die Qualität der Speiserversorgung zu verbessern und Lösungen für die Speiserversorgung mit dem Neubau „Klinikum 2000“ zu finden.

Die Arbeitsschwerpunkte zur **internen Qualitätssicherung** im Jahre 1998 bestanden darin, unter den gegebenen Bedingungen alle vorhandenen Potenziale auszuschöpfen und spürbare Verbesserungen für die Patienten zu erreichen:

- Das Angebot, am gesamten Klinikum drei Menüs für Patienten bereitzustellen, wurde 1998 von wesentlich mehr Stationen als im Vorjahr genutzt.
- Das Verpflegungsschema wurde aktualisiert und die zum Einsatz kommenden Lebensmittel auf Zusatzstoffe überprüft.
- Die Stationshilfen wurden vom Dezernat Wirtschaft zum fachgerechten, hygienischen Umgang mit Lebensmitteln geschult.
- Im Rahmen der Umsetzung des bundeseinheitlichen Lebensmittelhygienegesetzes wurde das HACCP-System (Hazard Analysis Critical Control Points) eingeführt.
- Die Qualitätssicherung wurde durch Kontrollen der Mitarbeiterin für Housekeeping, durch Stationsbegehungen von Mitarbeitern des SG Wirtschaftsbetriebe und durch Hinweise der Küchenkommission und von Patienten unterstützt.

- Eine gemeinsame Umfrage zur Mitarbeiterversorgung wurde vom Personalrat und vom SG Wirtschaftsbetriebe durchgeführt und ausgewertet.

Das Dezernat Wirtschaft ist bemüht, die **Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung** umzusetzen und gleichzeitig regionale Essgewohnheiten zu berücksichtigen. Im Jahre 1998 wurde damit begonnen, Rezepturen so zu verändern, dass im Rahmen der personellen Möglichkeiten der Küchen weniger Fertigprodukte eingesetzt werden konnten.

Es werden insgesamt 5 Mahlzeiten angeboten, wobei das 2. Frühstück mit dem Frühstück und die Vespermahlzeit mit dem Mittagessen geliefert werden. In der Regel werden die Mahlzeiten am Klinikum wie folgt serviert:

Frühstück	07.00 – 08.00 Uhr
Mittagessen	11.30 – 12.30 Uhr
Abendessen	17.30 – 18.30 Uhr

Am gesamten Klinikum wird vom Dezernat Wirtschaft **Wahlessen** angeboten. Der Patient hat 3 Menüs zur Auswahl, wovon eines immer Leichte Vollkost ist.

In der Klinik für Innere Medizin, in der Kinderklinik und zum Mittagessen in der Klinik für Neurochirurgie wird per Tablettensystem versorgt. Alle anderen Kliniken erhalten die Verpflegung im herkömmlichen Schöpfsystem, weil die technischen Voraussetzungen zu einer Speiseverteilung noch nicht gegeben sind. Leider sind immer noch nicht alle Stationen im Innenstadtbereich bereit, die Patienten aus den 3 angebotenen Menüs wählen zu lassen.

Auf der Station 5 der Klinik für Chirurgie wurde ein Büffetwagen zur Abendbrotversorgung getestet, den ein Sächsischer Hersteller auf Anregung des Dezernats Wirtschaft entwickelt hat, und der im Innenstadtbereich zum Einsatz kommen soll.

Im Jahre 1998 wurde die Planung der Zentralküche im Neubau „Klinikum 2000“ vorbereitet, aus der zu Beginn des Jahres 2001 das gesamte Klinikum per Speiseverteilung im Cook&Chill-System versorgt werden wird.

Die **diätetische Versorgung** wird entsprechend des Verpflegungsschemas des Klinikums von allen Küchen durchgeführt. Ende 1998 wurde die Diätküche Hautklinik, die zuvor den Innenstadtbereich versorgte, geschlossen und die diätetischen Aufgaben sowie das Personal auf die Küchen Bachstrasse und Nervenklinik aufgeteilt. Dadurch wurden Transportwege verkürzt und die hygienische Sicherheit erhöht.

Ernährungsberatung für Patienten kann für das gesamte Klinikum angefordert werden. Hierfür sorgen den jeweiligen Kliniken zugeordnete Ernährungsberaterinnen in der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie eine Diätassistentin im SG Wirtschaftsbetriebe. Im Rahmen der Fortbildung am Klinikum und in Gruppenschulungen für Patienten werden diätetische Erkenntnisse weitergegeben.

3.2.4.15. Bericht der Stabsstelle Arbeitssicherheit (Verantwortlich: Roland Beibst)

In der Norm DIN 55350 wird Qualität als Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen einer Dienstleistung definiert, die sich auf die Eignung zur Erfüllung gegebener Forderungen beziehen.

Die betriebliche Arbeitsorganisation leistet einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung des Qualitätssicherungssystems. Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz haben viele Gemeinsamkeiten. Ein gutes Qualitätssicherungssystem dient auch zur Verminderung von Störfaktoren (z.B. Arbeitsaufgaben, Bränden). Bei der Einführung des Qualitätssicherungssystems im Klinikum sind richtungswise die Fachkräfte für Arbeitssicherheit von Anfang an beteiligt.

Arbeitssicherheit hat Qualitätscharakter. Unfallverhütung und Gesundheitsschutz haben die gleiche Bedeutung wie die Qualität der erbrachten Leistung. Unzureichend geschützte Arbeitsverfahren und ungenügend gesicherte Mitarbeiter schließen auf Dauer Qualitätsmängel ein. Qualitätsmanagement und Arbeitssicherheitsmanagement gehören somit zusammen.

In der Praxis tangieren Probleme der Arbeitssicherheit mit Problemen aus dem Risk-Management (erweiterter Sicherheitsbegriff unter Einschluss von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz), wie arbeitsorganisatorische Mängel, Säumigkeiten, Rechtsverstöße und vor allem Qualitätsmängel.

Die Organisation der Arbeitssicherheit bildet den Rahmen für alle innerbetrieblichen Maßnahmen mit denen der Schutz der Beschäftigten vor Gefahren verwirklicht wird. Dies kann nur durch optimales Zusammenwirken der Klinikumsleitung und allen Beschäftigten geschehen.

Die Qualität, d.h. Intensität der Zusammenarbeit, hängt nicht nur ab von der in der Regel vorhandenen Kooperationsbereitschaft der vor Ort zuständigen Vorgesetzten, sondern auch von den begrenzten personellen Möglichkeiten. Sie kann deshalb sicher nicht überall gleich gut und erfolgreich sein, dennoch ist sie notwendig und ausbaufähig. Wo diese Zusammenarbeit besonders gut funktioniert, ist sie nicht reglementiert, sondern gewachsen aus gegenseitigem Respekt und aus der Einsicht, dass nur gemeinsames, abgestimmtes Handeln und gegenseitige Information für die Prävention und für die Akzeptanz im Klinikum den notwendigen Erfolg hat. Weil die Zusammenarbeit so erfolgreich sein kann, muss es das Ziel sein, sie weiter zu verbessern, d.h. nicht gängeln und reglementieren, sondern neue Möglichkeiten und Formen der Zusammenarbeit suchen und die Mitarbeiter dazu anzuhalten, diese auch zu praktizieren.

Diese einleitende Darstellung macht sich erforderlich, um die Komplexität und Vielschichtigkeit der Aufgaben zum arbeitsschutzgerechten Hinwirken bis zu jedem einzelnen Arbeitsplatz zu verdeutlichen. Qualität muss durchgängig in den Strukturen Berücksichtigung finden.

Für die Umsetzung von den genannten qualitätssichernden Herangehensweisen wurde im Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena zusätzlich zu den anstehenden Aufgaben der Stabsstelle Arbeitssicherheit des Verwaltungsdirektors mit Dezernaten und Fachbereichen Arbeitsgruppen gebildet, um für die Aufgaben des Arbeitsschutzes ein breites Spektrum in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und damit praktikable und ökonomische Lösungen aufzuzeigen:

- Die Arbeitsgruppe „Erschwerniszuschläge“, bestehend aus den Fachgebieten Personalwesen, Betriebsarzt, Klinikhygienikerin, Strahlenschutz, Biologische Sicherheit, Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und Personalrat, erarbeitete eine Senkung der 1997 vorhandenen 1 700 Erschwerniszuschläge im Klinikum auf ca. 700 Erschwernisse. Die Beurteilung von Erschwernissen bei der Arbeit ist ein ständiger Prozess und beansprucht ständig Vertreter aus der Arbeitsgruppe zu qualifizierten fachlichen Beurteilungen.
- Durch die Arbeitsgruppe „Suchtprävention“, bestehend aus Personalwesen, Betriebsarzt, Facharzt, Arbeitssicherheit und Personalrat, wurde ein Programm, eine Dienstvereinbarung „Suchthilfe“ sowie ein Entwurf einer Dienstanweisung „Alkohol“ erarbeitet. Ansprechpartner für alkoholgefährdete Bedienstete wurden in Form von Suchthelfern im Klinikum gewonnen. Zielgerichtet werden Schulungen von Bediensteten durchgeführt.
- Die gegründete Arbeitsgruppe „Bildschirmarbeitsplätze“, bestehend aus Vertretern der Dezernate Technik, Wirtschaft, Personalwesen, dem Rechenzentrum, dem Betriebsarzt und der Stabsstelle Arbeitssicherheit, erarbeitete die Vorgehensweise für BS-Arbeitsplätze, welche sich aus dem § 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes ergeben. Dazu erfolgte die rechnergestützte Erfassung von ca. 1 000 BS-Arbeitsplätzen im Klinikum.
- Dem Gremium des „Arbeitsschutzausschusses“ ist es möglich auf Grund der gesetzlich geforderten Besetzung qualitativ hochwertige Vorschläge zu übergreifenden Problemen des Arbeitsschutzes zu unterbreiten. Insbesondere wurden Messungen zum Ausschluss von gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz veranlasst und Kriterien für die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes erarbeitet.

- Als ständiges Mitglied in der AG KIM des Neubaus „Klinikum 2000“ konnten rechtzeitig (schon während der Planungsphase) arbeitssicherheits- und brandschutzrelevante Forderungen Beachtung finden.
- Eine enge Zusammenarbeit mit dem Katastrophenschutzbeauftragten und dem Dezernat Wirtschaft des Klinikums bewirkte eine ständige qualitative Verbesserung von vorhandenen praxisbezogenen Katastrophenschutzplänen in den einzelnen Einrichtungen des Klinikums.
- Die Mitwirkung in der AG „Kleiderordnung“ des Klinikums bewirkt schon bei der Vorauswahl von entsprechender Schutzbekleidung eine Auswertung von Fragen der persönlichen Schutzausrüstung.
- Beim Parkraumbewirtschaftungskonzept des Klinikums wurde durch die Arbeitssicherheit zielgerichtet auf vorhandene Stellplätze für Sicherheitsfahrzeuge, wie z.B. die Feuerwehr, praxisbezogen Einfluss genommen.

Neben vielen Bereichsbegehungen werden vor Ort Probleme des Arbeits- und Brandschutzes einer Lösung zugeführt, welche unter Umständen bis zu verwaltungsorganisatorisch optimierten Varianten führt z.B. Schaffung von bautechnisch offen stehenden Türen für reibungslosen Personenverkehr im Pflege- und Patientenbereich.

Fluchttreppenhäuser und Entrauchungsanlagen sind das Ergebnis von Gefahrenverhütungsschauen mit der Feuerwehr Stadt Jena.

Ein Wirken zur Abstellung von Mängeln auf dem Gebiet der Medizin- bzw. Haustechnik erfolgt neben Begehungen durch Regelungen seitens der Stabsstelle Arbeitssicherheit mit dem TÜV. So werden Protokolle zu sicherheitsrelevanter Technik wie Fahrstühle, BMZ und Elektroverteilungen, die durch den TÜV geprüft werden, zwangsläufig der Arbeitssicherheit zur Kenntnis gegeben.

Probleme zur Erfassung von nicht registrierten Medizingeräten konnten in Zusammenarbeit mit dem Dezernat Technik/ Medizintechnik, Dezernat Wirtschaft und dem Beauftragten für Biologische Sicherheit erkannt und einer Lösung zugeführt werden.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgt die Schulung zu sach- und fachkundigen Personen seitens Dezernat Technik.

Für die Einbindung des Arbeits- und Brandschutzes in alle Strukturen und Abläufe der Einrichtung des Klinikums sind die Sicherheitsbeauftragten die wertvolle Hilfe vor Ort. Eine urkundliche Ernennung erfolgte für ca. 80 Bedienstete unter Mitwirkung des Personalrates.

Für die Arbeitssicherheit gilt auch die Erfahrungen anderer zu nutzen, um Risiken zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu vermindern. Das Wissen um mögliche Gefährdungen sowie die Kenntnis der Methoden und Instrumentarien muss im Rahmen der Kooperation auf unterschiedlichen Ebenen und auf vielfältige Weise weitergegeben werden. Vertrauensvolle Zusammenarbeit und institutionalisierter Erfahrungsaustausch sind somit die Grundvoraussetzung für den Erfolg von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

- In Anbindung an die Unfallkasse Thüringen (UKT) - ehemals GUVV Thüringen - existiert die Arbeitsgruppe „Universitäten, Hochschulen und Kliniken in Thüringen“. In dieser Arbeitsgruppe fungiert der Leiter der Stabsstelle Arbeitssicherheit teilweise als Abteilungsleiter für die Vorbereitung von praxisbezogener Umsetzung neuer Gesetzlichkeiten z.B. aus dem Arbeitsschutzgesetz.

So können im Weiteren in der Arbeitsgruppe der Unfallkasse Thüringen mit allen Sicherheitsfachkräften o.g. Arbeitsgruppen Erfahrungen ausgetauscht werden.

Nach Schwerpunktthemen werden Inhalte behandelt, wie z.B. die Gefährdungsanalyse von Arbeitsplätzen als Umsetzung in Landesrecht.

- Der Leiter der Stabsstelle Arbeitssicherheit als VDSJ-Mitglied (Verband Deutscher Sicherheitsingenieure) und Mitglied in dessen Fachgruppe „Hochschulen und wissenschaftliche Institutionen“ kann bundesweit bei gemeinsamen Fachtagungen die Erfahrungen und Herangehensweisen der Sicherheitsingenieure für die Umsetzung von Gesetzlichkeiten nutzen. Ein weiterer Sicherheitsingenieur der Stabsstelle trat dem VDSJ bei.

Somit ist die Weitergabe der aktuellen Inhalte in Form von Schulungen und Seminaren sowie eine aktuelle qualitativ hochwertige Arbeitsweise im Klinikum möglich und wird im Rahmen des Schulungsplanes der Stabsstelle Arbeitssicherheit durchgeführt.

Das Denken in Systemen setzt sich immer mehr durch. So werden im Klinikum beginnend bei der Planung von Maßnahmen die Fachingenieure für Arbeitssicherheit sowie berührende Fachbereiche einbezogen, um die Vielfalt der zu beachtenden Gesetze und Rechtlichkeiten wirkungsvoll zu integrieren.

Das Arbeitsschutzgesetz gibt hierzu erneut durch die Verpflichtung zur menschengerechten Gestaltung von Arbeit eine gesetzliche Grundlage.

Zukunftsorientierter, effizienter betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz bedarf viel stärker als bisher zusätzlicher eigenverantwortlicher Leistungen aller Beteiligten in einem Unternehmen, sowohl seitens des Arbeitgebers als auch seitens der Beschäftigten.

3.2.4.16. Bericht des Umweltschutz- und Abfallbeauftragten

Der Schutz unserer Umwelt gehört in zunehmendem Umfang zur Hauptaufgabe jedes gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und persönlichen Handelns. Diesem Schutzbedürfnis muss sich eine Universitätsklinik in besonderem Maße und vorbildhaft verpflichtet fühlen, denn auch durch die Tätigkeiten in Lehre, Forschung und Klinik wird die Umwelt zwangsläufig belastet.

Dem Umweltschutzbeauftragten obliegt nicht nur die Kontrolle der Einhaltung aller gesetzlich relevanten Regelungen, die den Schutz der Luft, des Wassers und des Bodens betreffen, vielmehr muss er seine Bemühungen auf die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung oder Verminderung dieser Belastungen lenken. Das bedeutet in jedem Falle Verminderung von Emissionen aller Art, also Minderung des Verbrauchs von Energie und Wasser, Minimierung der Schadstoffbelastung der Luft und des Abwassers und insbesondere die Reduktion des Abfallaufkommens jeder Art sowie das verstärkte Rückführen von Abfällen in die Kreislaufwirtschaft. Fast immer lassen sich durch Investitionen auf diesem Gebiet auch gleichzeitig Kosten senken.

Im Jahr 1998 sind gegenüber dem Vorjahr folgende prozentuale Veränderungen zu verzeichnen:

Wärme- und Elektroenergieverbrauch	Minderung um	4,5 %
Wasserverbrauch und Abwasseraufkommen	Erhöhung um	11,7 %
Gesamtaufkommen an Abfall	Erhöhung um	9,8 %
Anteil der Wertstoffeffassung (Recycling)	Erhöhung um	3,4 %

Besonders erfreulich ist der weitere Rückgang im Energieverbrauch, der heute dem guten Durchschnitt vergleichbarer Einrichtungen in Deutschland ohne Wäschereien entspricht. Er ist die Folge qualitativer Verbesserungen in der Bausubstanz und der Gebäudebetriebsweise durch das Dezernat Technik sowie der Anschaffung energiefreundlicher Gerätesysteme in Zusammenarbeit zwischen Nutzern und dem Dezernat Wirtschaft.

Bei der Beurteilung der Erhöhungen des Wasserverbrauchs und der Gesamtabfallmenge (Detailangaben zum Abfallaufkommen siehe Berichtssteil des Dezernats Wirtschaft) müssen die erhöhten Leistungszahlen und veränderten Leistungsarten gegenüber 1997 Berücksichtigung finden. Die Erhöhungen korrelieren etwa mit diesen Zahlen.

Der Wasserverbrauch von 152 m³ pro Jahr und tagesbelegtem Bett entspricht wie der Energieverbrauch etwa dem deutschen Durchschnitt (bei vergleichbaren Kliniken mit ausgegliederter Wäscherei).

Mit 2,83 kg klinikspezifischem Abfall pro Pflergetag liegt das Klinikum der FSU Jena im *untersten Fünftel (!)* des Schwankungsbereiches deutscher Krankenhäuser mit mehr als 800 Planbetten. Das ist hauptsächlich das Ergebnis einer guten Beschaffungspolitik, die oft gegen Widerstände die nach der Wende besonders bevorzugten Einwegartikel langsam wieder zurückdrängt. Hier zahlt sich die gute Arbeit der Beschaffungskommission aber auch die ständige Aufklärung der Mitarbeiter vor Ort aus. Ganz besonders bewährt haben sich das moderne Mehrweg-

Sterilwäschekonzept wie auch Bemühungen zur Wiederverwertung von Einwegartikeln im gesetzlich gestatteten Rahmen.

Ein Verdienst von Mitarbeitern des Dezernats Wirtschaft ist die ständige Erhöhung des Anteils der zur Verwertung kommenden Abfälle. Hier nehmen wir deutschlandweit mit 37 % im Berichtsjahr eine noch verbesserungsfähige Mittelposition ein. Deshalb wurden 1998 durch dieses Dezernat Grundlagen geschaffen, um in Zukunft einzelne Abfallströme quantifizieren, analysieren und beeinflussen zu können.

Mit der Fertigstellung der Waschanlage für Abfallwagen und –container im Landgrafengebiet kann nach langjährigen Bemühungen endlich eine Hygienelücke im Entsorgungsbereich geschlossen werden.

Ein besonderes Aufgabenfeld ist die umweltgerechte Verwertung und Beseitigung sowie die Lagerung und der Transport von Gefahrstoffen. Zur Strategie gehört die schrittweise Verminderung des Umweltgefährdungspotenzials durch Reduzierung der Gefahrgutbestände im Klinikum auf das erforderliche Mindestmaß. Im Berichtszeitraum konnten mit den Schwerpunkten Kinderklinik und Institut für Pathologie sowie Standort Erfurt die Altlasten um weitere 5,5 Tonnen Laborchemikalien reduziert werden. Zum Schutz des Abwassers wurde das Sammelsystem für verschiedene Arten Altlösungsmittel weiter ausgebaut. Dadurch war es auch 1998 möglich, die geforderten Grenzwerte bei der Übergabe von Abwasser ins kommunale Netz einzuhalten.

Neben der kontinuierlichen Weiterbildung von Mitarbeitern des Klinikums zu Fragen der Ökologie im Krankenhaus sowie den Gefahrguttransportschulungen der Kraftfahrer unseres Klinikums wurden auch außerhalb Jenas umfangreiche Aktivitäten entwickelt. Der Umweltschutzbeauftragte ist Vorsitzender der „Arbeitsgruppe zur Förderung des Umweltschutzes an Thüringer Krankenhäusern“ und Mitglied der Arbeitsgruppe „Krankenhausabwasser“ der Deutschen Abwassertechnischen Vereinigung, die sich mit der Herausgabe eines Regelwerkes für Krankenhäuser zum umweltgerechten Verhalten auf dem Gebiet des Abwassers beschäftigt. Als Mitglied des Referats Krankenhausökologie der Fachvereinigung Krankenhaustechnik wurde mit der Einführung eines deutschlandweiten Systems zur ökologischen Bewertung von Medicalprodukten begonnen, an dem sich auch unser Klinikum beteiligen wird. Weiterhin wurde der Umweltschutzbeauftragte im Jahre 1998 von der LKG Thüringen zum ordentlichen Mitglied für die Arbeitsgruppe „Umweltschutz im Krankenhaus“ bei der DKG berufen.

3.2.5. Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflege- und Funktionsdienst

3.2.5.1. Bericht der Pflegedienstleitung (Direktorin Pflegedienst: Anne-Rose Schierenbeck)

Zielsetzung der Pflege:

- Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Mensch, die Achtung seiner Werte, seiner Würde, unabhängig von seinem Alter und Geschlecht, seiner Religion, Volkszugehörigkeit und Weltanschauung.
- Die Durchführung von Pflege erfordert die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben, berücksichtigt dabei die Ganzheitlichkeit und die sich ergebenden unterschiedlichen Bedürfnisse des Menschen.
- Die Zufriedenheit des Patienten ist Maßstab unseres Handelns.

Um die Ziele zu erreichen, werden Arbeitsabläufe von der Aufnahme über die Diagnose und Therapieplanung bis zur Entlassung und Nachsorge in der Pflegedokumentation erfasst und damit die Erbringung von Leistungen und ihrer Ergebnisse kontrollfähig dokumentiert.

In diesem Vorgang sehen wir noch Reserven:

1. in der Sicherstellung der Zugänglichkeit anderer Berufsgruppen der Krankenversorgung - Informationsaustausch
2. unter betriebswirtschaftlichen Aspekten der Leistungserfassung und Abrechenbarkeit

Innerhalb der Pflege gewinnen die Pflegeanamnese und der Pflegebericht an Bedeutung.

Die Pflege wird als Prozess erbracht, in dem Pflegestandards eine feste Position einnehmen. Das Bewusstsein um eine patientenorientierte Arbeitsablauforganisation, z.B. durch Bereichspflege oder Bezugspflege, wächst.

Die Verwendung von Stellenbeschreibungen unterstützt die konkrete Verantwortlichkeit des einzelnen Mitarbeiters.

Dazu gehört auch das gezielte Einarbeiten neuer Mitarbeiter sowie die Anleitung von Auszubildenden und Praktikanten.

Zur Sicherung der Qualität der Pflege gehört der Personaleinsatz nach persönlicher Kompetenz in Abhängigkeit von nachgewiesenen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeitsaufgaben.

Das ist ein sehr umfangreicher Komplex, der nur durch die Zusammenarbeit der Pflegedienstleitungen erfolgreich ist.

Regelmäßige Unterweisungen in Brandschutz, Arbeitsschutz und Hygienemaßnahmen sowie das Verhalten im Notfall schulen das Bewusstsein zur Vermeidung von Risiken. Dazu kommen nachweispflichtige Belehrungen in der Umsetzung des MPG.

Den Mitarbeitern steht ein breit gefächertes Angebot zur Fortbildung unter Nutzung der Kapazitäten des Klinikums zur Verfügung (Vorträge, Arbeitsgruppen, Hospitationen, Seminare). Es werden neben fachlichen Fragen, Themen der Ethik, der Hygiene, der Kommunikation, des Arbeitsrechts, des Umweltschutzes, der Betriebswirtschaft und der Arbeitssicherheit angeboten. Alle Schwestern/Pfleger in Funktionsbereichen verfügen über die vorgeschriebenen Kenntnisse zum Strahlenschutz. Fortbildungen für spezielle Leistungen werden auch außerhalb des Klinikums realisiert, z.B. für Stationsleitungen.

Die Fachweiterbildungen für Anästhesie und Intensivpflege, Operationsdienst, Pädiatrie und Intensivpflege werden im Verbund mit 14 Krankenhäusern erbracht.

Die Bereitschaft zur Qualifikation und der damit verbundenen Übernahme von Verantwortung ist ständig gewachsen.

Ein Schwerpunkt in der Pflege ist die Ausbildung. Zur Unterstützung der Anleitung während der Praktika wurden Schwestern/Pfleger zu Inhalten und Anforderungen der Ausbildung sowie mit pädagogischen, psychologischen Grundwissen geschult. Die Ausbildungsbeauftragten sind Ansprechpartner für Auszubildende und Mitarbeiter in diesen Fragen.

Die aus der Entwicklung des Klinikums entstehenden Anforderungen an die Pflege werden über Arbeitsgruppen auf verschiedenen Ebenen in die Ausbildung über die Schule eingebracht.

Für weitere Ausbildungsberufe werden in der Pflege Praktikumsplätze bereitgestellt und die Praktikanten entsprechend ihres Auftrages durch Schwestern/Pfleger angeleitet und geführt.

Zur Förderung der Kommunikation, auch unter dem Gesichtspunkt gemeinsamer Arbeit im Neubau, wurden Arbeitsgruppen etabliert. Schwerpunkt sind Gruppen, die sich mit Pflegestandards auseinandersetzen. Ziel ist es, Akzeptanz durch den Pflegedienst und ärztlichen Dienst für konkrete einheitliche Arbeitsweisen zu erhalten, die für die Aus- und Weiterbildung sowie die Einarbeitung neuer Mitarbeiter von großer Bedeutung sind. Die Standards sind Maßstäbe für angemessenes pflegerisches Handeln, sie bestimmen eine festgesetzte Qualität und sind überprüfbar. Sie sind so ausgelegt, dass klinische Flexibilität möglich ist und Entscheidungen einfließen können.

Eine weitere Gruppe von Schwestern/Pflegern setzt sich mit Fragen der Ethik auseinander. Ein Pfleger ist ständiges Mitglied der Ethikkommission der Fakultät.

Ende 1998 hat sich eine Gruppe von Pflegenden zusammengefunden, um pflegerische Probleme der Transplantationsmedizin interdisziplinär zu bearbeiten.

Die beratenden Tätigkeiten von Schwestern wurden weiter ausgebaut und sind fester Bestandteil fachübergreifender Arbeit - Ernährungsberatung, Stomatherapie, Schmerztherapie -.

1998 wurden regelmäßige Beratungen der Pflegedienstleitungen mit einem Vertreter der Apotheke eingeführt, um kurze Informationswege zu sichern.

Eine engere Verzahnung zu den Physiotherapeuten ist in der Entwicklung zu verzeichnen.

Einen hohen Stellenwert hat der Sozialdienst in der Sicherung der Nachsorge der Patienten, bei sinkender Verweildauer, erhalten. Die Mitarbeiterinnen bemühen sich um einen nahtlosen Übergang von der stationären zur ambulanten Pflege unter Nutzung des Wissens einzelner Berufsgruppen. Sie verbessern durch umfassende Kenntnisse über bestehende Versorgungsmöglichkeiten und Kooperation mit den nachstationären Einrichtungen die Betreuungs- und Behandlungskontinuität. So werden Fehlbelegung und ungewollte Heimeinweisungen sowie Wiedereinweisung in ein Krankenhaus vermieden. Sie kooperieren mit dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und den Patienten zur Lösung sozialer, pflegerischer und medizinischer Fragestellungen.

Fester Bestandteil ist inzwischen ehrenamtliche Arbeit im Klinikum in Form von Besuchsdiensten, Hospizarbeit und Zusammenarbeit und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Hier muss das Bewusstsein und das Interesse der Mitarbeiter zu den angebotenen Leistungen weiter ausgebaut werden.

In der Kinderklinik konnte zur Unterstützung der Familien eine Betreuung für Geschwisterkinder eingerichtet werden.

Der Pflegedienst hat gelernt, seine Arbeit der Öffentlichkeit zu präsentieren. So beteiligen sich die Mitarbeiter regelmäßig am Berufsinformationsmarkt der Stadt Jena und veröffentlichen am Tag der Krankenpflege Inhalte ihrer Arbeit. 1998 wurde einer breiten Öffentlichkeit die Problematik „Kind im Krankenhaus“ vorgestellt, die von allen Fachbereichen der Kinderkrankenpflege gestaltet wurde.

Auf wissenschaftlichen Veranstaltungen haben Schwestern/Pfleger die Möglichkeiten zu Referaten erhalten, in Fachzeitschriften wurden einzelne Artikel veröffentlicht.

Das Engagement für berufspolitische Fragestellungen ist gestiegen, Wahlfunktionen wurden übernommen, um Pflege aktiv in die Gestaltung der Gesellschaft einzubinden.

3.2.5.2. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin „Jussuf Ibrahim“, Bericht des Pflegedienstes (Pflegedienstleitung: Rita Hönicke, Stabsstelle Qualitätssicherung: Schwester Telse Nick)

Stabsstelle Qualitätssicherung in der Kinderkrankenpflege: Die Projektstelle des qualitätsbeauftragten Mitarbeiters wurde mit 0,5 VK bestätigt. (Juli 1996 - Juni 1998 1,0 VK). Somit können sowohl begonnene Qualitätssicherungsmaßnahmen fortgesetzt als auch neue aufgenommen werden.

Die AG Standard Kinder setzte ihre Arbeit fort. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind Mitarbeiter von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (KKJ) und den Kinderstationen des Klinikums (Kinderchirurgie, Urologie, Augen- und Hautklinik, HNO, Kinder- und Jugend-Psychiatrie). Bis zum Jahresende konnten dadurch 19 genehmigte Pflegestandards in die tägliche Arbeit übernommen werden. Dabei handelt es sich um 4 neu entwickelte (z.T. 1997 begonnen) sowie 15 Standards aus der Anfangszeit der Standardgruppe von 1994/96, die vollständig überarbeitet wurden bzw. deren begonnene Überarbeitung abgeschlossen werden konnte.

Gemeinsame Veranstaltung mit Vertretern aller am Klinikum tätigen Standard-Arbeitsgruppen: Dabei konnten die Vertreter der Kinderklinik über ihre Erfahrungen mit der Einführung von und Arbeit mit Pflegestandards im pflegerischen Alltag berichten und diese weitergeben.

Weitestgehend einheitliche Führung der Pflegedokumentation: Ziel ist es, eine Transparenz der Pflegeleistungen, Sicherheit beim Kurvenschreiben und -lesen sowie Kontinuität für den Patienten auch bei Verlegung innerhalb der Klinik herzustellen.

Zunächst fand auf allen Stationen eine Kurvenüberprüfung durch die Pflegedienstleiterin und die qualitätsbeauftragte Mitarbeiterin einschließlich Auswertung im Team (Pflegepersonal und Stationsarzt) statt. Im Anschluss daran wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die das Erstellen von Richtlinien zur einheitlichen Kurvenführung übernahm.

Nach der Ausgabe von Musterkurven mit Legende und Richtlinien und einem Probelauf wurden von der AG noch einige Korrekturen vorgenommen. Die Klinikleitung wurde über die Veränderungen informiert. Für den Herbst 1999 ist eine erneute Überprüfung geplant.

Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Laborabteilung des Hauses: Um Unstimmigkeiten abzubauen bzw. auszuräumen, wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Dabei wurden nicht nur Probleme aufgedeckt, sondern auch Hinweise und Vorschläge an die Adresse des Labors aufgegriffen.

Die Auswertung fand zunächst zwischen Laborleitung (Arzt, MTA), Pflegedienstleitung und Qub MA statt, bei der auch die Probleme von Seiten des Labors mit den Stationen ausdiskutiert wurden. In einer erweiterten Runde, an der auch der Direktor des Institutes für Klinische Chemie und Labordiagnostik, Prof. Deufel, teilnahm, wurden Regelungen getroffen, die für Labor und Stationen bindend sind.

Führungen für Mitarbeiter des Pflegedienstes durch die Laborräume wurden wahrgenommen. Sie dienen dem Kennenlernen der Arbeit der MTA's mit neuer Technik und somit zur besseren Verständigung der unterschiedlichen Berufsgruppen untereinander.

Verbesserung der Studentenpraktika auf Station: Eine weitere Umfrage an das Pflegepersonal diente der Problemerkennung im Zusammenhang mit den Studentenpraktika. Vor allem eine bessere Koordination und Integration in den Tagesablauf der Station sowie Stressabbau durch Mehrfachuntersuchungen für die Patienten wurden angestrebt.

„Tag des Kinderkrankenhauses“

Anlässlich des Weltkindertages am 20. September beteiligte sich die KKJ erstmals an dem bundesweiten Aufruf, initiiert von Gkind (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.).

Vom 17. -19. 09. 1998 veranstalteten wir im Burgau-Park Aktionstage, bei denen alle Stationen und Funktionsbereiche der KKJ einschließlich der Lehrausbildung, aber auch Kinderstationen des Klinikums und Elterninitiativen sich mittels Postern, Infoständen und Beratungen einem breitem Publikum präsentieren konnten, Einblicke in die tägliche Arbeit gaben und die Bedeutung der Versorgung kranker Kinder durch fachspezifisch geschultes Personal verdeutlichten.

Am Sonntag, den 20. September fand ein „**Tag der offenen Tür**“ statt. Es wurden Führungen über alle Stationen veranstaltet. Anschließend wurde von den Ärzten eine Vortragsreihe zu verschiedenen Themen um das kranke Kind gehalten.

Etwa 70 Interessenten nahmen an den Veranstaltungen dieses Tages teil, während ihre Kinder bei Spiel und Bastelarbeiten durch die Erzieher der Kinderklinik betreut wurden.

„Geschwisterkindergarten“

Am 20. November 1998 wurde der mit Mitteln der Kinderhilfsstiftung finanzierte und vom Arbeitsamt durch Bewilligung von 3 SAM-Kräften unterstützte Kindergarten nach nur 6-monatiger Vorbereitungszeit eröffnet. Dadurch ist es möglich, dass Eltern in Ruhe ihr krankes Kind auf Station besuchen und in der Pflege angeleitet werden können, während das gesunde Geschwisterkind beschäftigt und beaufsichtigt wird.

Fort- und Weiterbildung

Neben der Arbeit auf den Stationen und in den Funktionsbereichen der Klinik gehört die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen des Klinikums auch außerhalb der Dienstzeiten sowie an Tagungen außerhalb Jenas zur Selbstverständlichkeit für das Pflegepersonal und wird rege in Anspruch genommen.

Von einigen Mitarbeitern wurden auch Vorträge dafür übernommen:

- | | |
|-----------------------------|--|
| „Tag der Krankenpflege“ | Grit Haase und Telse Nick „Infusionstherapie gestern und heute“
Ariane Gerstmann Posterpräsentation „Diabetes mellitus Typ I“ |
| Fb-Veranstaltung/Fa. Nestlè | Kathrin Künzel „Die veränderten Aufgaben einer Kinderkrankenschwester auf der Aufnahme- und Infektionsstation“ |
| Fb-Veranstaltung/Klinikum | Kerstin Weitnauer „Pflegerische Anforderungen an die Schwester während der Stammzellseparation“ |

8 Schwestern der Stationen 5 und 9 nahmen an der Fb-Veranstaltung „Basale Stimulation für Früh- und Neugeborene“ in Leipzig teil. 3 Schwestern der CF-Ambulanz absolvieren eine Fortbildung „Atemtraining“. 2 Schwestern der Klinik arbeiten im bundesweiten Workshop zum „Pflegestandard Mucoviscidose“ mit. Des Weiteren konnte Angelika Völkner ein Referat zum Thema „Frühgeborene und deren Eltern - Integration der Eltern in die Neugeborenenintensivstation“ in der Fachzeitschrift „Kinderkrankenschwester“ (Heft 8/98) veröffentlichen. Folgende Mitarbeiter absolvierten Weiterbildungsmaßnahmen: Kathrin Künzel (Stationsleitung), Rica Pfeifer, Jana Ziegenhahn (Praxisanleiter). Frau Wollweber und Frau Freund nahmen an der Fortbildung Praxisanleiterinnen (Mentorinnen) vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit für die Betreuung der Erzieherpraktikanten (einjähriges Praktikum) teil.

Strukturelle Veränderungen: Durch Baumaßnahmen der Station 10 sowie Schließung und Zusammenlegung von Station 7 und 8 gab es Mitarbeitergespräche, Einarbeitungszeiten und neue, veränderte Bedingungen für die betreffenden Mitarbeiter (3,5 Planstellen gekürzt!)

Hospitationen: 3 Fachschulklassen (Kinderkrankenpflegeausbildung) aus Gera und Erfurt in der KMT/Station 3.

3.2.6. Qualitätssicherung in der Medizinischen Fakultät

3.2.6.1. Qualitätssicherung der Forschung in der Fakultät

Über die Evaluierung von Forschung, insbesondere über die Messbarkeit der Qualität, ist in den letzten Jahren viel, größtenteils konstruktiv, jedoch auch kontrovers diskutiert worden. Die Leistungseinschätzung soll als Steuerungsinstrument für eine Leistungssteigerung dienen, und da Leistung in der Forschung aus vielen, fachgebietsgeprägten Fassetten besteht, ist bereits deren metrische Bestimmung ein anspruchsvolles und zugleich verantwortungsvolles Vorhaben. Die Bestimmung von Impact-Faktoren und eingeworbenen Drittmitteln wird nicht ausreichen, sie bestimmen erst einmal den Ist-Stand, von dem sich allerdings Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Forschungsqualität ableiten lassen. Eine derartige „Leistungskontrolle“ reicht nicht aus, es muss eine Reihe von flankierenden, prospektiven Maßnahmen geben, die die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung schaffen. Es ist eine betriebswirtschaftliche Erfahrung, dass dazu qualifiziertes und motiviertes Personal sowie kräftige Investitionen für Struktur und Ausstattung gehören. In Zeiten leerer öffentlicher Kassen wird der Rotstift in der Regel pauschal und somit oftmals auch an falscher Stelle angesetzt. Der Freistaat Thüringen ist nicht reich genug, um sich billige Forschung leisten zu können. Mit diesem Paradoxon soll auf die Verantwortung der politischen Entscheidungsträger hingewiesen werden. Kreativität ist auf allen Ebenen zu fordern, die Fakultäten können nur einen Teil dazu leisten. Dies hat die Medizinische Fakultät bereits vor Jahren getan, indem sie den Verbund Klinischer For-

schung (VKF) mit Unterstützung des BMBF und des Landes gegründet hat, in dem die aktuellen Forschungsschwerpunkte der Fakultät organisatorisch zusammengefasst und betreut sowie hinsichtlich ihrer Leitungsfähigkeit evaluiert werden. Die Qualitätssicherung der durch den VKF geförderten Projekte wird durch

- ein strenges internes und externes Begutachtungssystem,
- eine ausschließliche Förderung interdisziplinärer und auf das inhaltliche Rahmenthema des jeweiligen Schwerpunktes fokussierter Teilprojekte und
- eine auch unabhängig von den extern begutachteten Teilprojekten leistungsorientierte Mittelvergabe kontinuierlich gewährleistet. Weiterhin werden die VKF-Forschungsschwerpunkte hinsichtlich ihrer perspektivischen Weiterentwicklung kontrolliert, d.h.
 - zusätzlich eingeworbene Drittmittel, Publikationstätigkeit und Doktorandenförderung sind berichtspflichtig und dienen zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Schwerpunkte sowie der Teilprojekte und
 - die Eigeninitiativen der Schwerpunkte in Richtung Sonderforschungsbereich, Forschergruppen etc. werden in die Qualitätsbewertung bei Begutachtungen einbezogen.

Bei all diesen qualitätssichernden Maßnahmen kommt der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats des VKF, bestehend aus externen Gutachtern, eine besondere Rolle zu. Eine vorbereitende interne Evaluierung ist gefordert und wird durchgeführt, weil nur dadurch die Fokussierung auf fakultätsspezifische Forschungsprofile erfolgen kann.

Eine auf dem aktuellen Stand basierende und auf eine mittelfristige Entwicklungsperspektive festgelegte Leistungsevaluierung muss durch zukunftsorientierte Maßnahmen ergänzt werden. Wie sichern wir die Qualität der Forschung in der Zukunft? Eine wesentliche Komponente sind Nachwuchsprogramme für junge Wissenschaftler und Studenten. So wurde im VKF eine Nachwuchsgruppe etabliert, deren Leitungsposition international ausgeschrieben war. In einem speziellen Nachwuchsprogramm fördert der VKF 26 Einzelprojekte junger Wissenschaftler, wobei die Anträge dem DFG-Format entsprechen mussten und einer VKF-internen Begutachtung unterzogen wurden. Das aktuellste Förderprogramm besteht aus 5 Forschungsstipendien für Studenten, die das bisherige Promotionsstipendium (1999: Zeiss-Stipendium) ergänzen sollen. Hiermit werden die „Saatkörner“ für die Qualität unserer zukünftigen Forschung gelegt.

Die wesentlichen Prinzipien der Qualitätssicherung des VKF sind in eine allgemeine Forschungsevaluierung für alle budgetierungspflichtigen Abteilungen übernommen worden. So werden ab dem Jahr 2000 die Publikationstätigkeit und die Drittmiteleinwerbungen jeder Einrichtung über die letzten drei Jahre ermittelt und zu einem Punktwert zusammengeführt, der die Grundlage für die einrichtungsbezogene, leistungsorientierte Budgetierung Forschung und Lehre bildet. Die Qualität der Forschung wird durch das Berechnungssystem vorrangig berücksichtigt, d.h. damit ist die Basis für Steuerungsmechanismen zur Erhöhung der Qualität der Forschung geschaffen worden. Das Konzept ist flexibel, so dass Adaptationen an aktuelle Erfordernisse bzw. Defizite kurzfristig erfolgen können.

Um die Qualität der Forschung der gesamten Fakultät zu steigern, müssen strukturverändernde Maßnahmen als Steuerungsinstrumente hinzukommen. Dies ist bisher vor allem durch eine abgestimmte Berufungsstrategie geschehen. Zukünftig wird ein Wettbewerb um Forschungsflächen und Personal nicht auszuschließen sein.

3.2.6.2. Aktivitäten des Projektes „Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät“ (Dr. Uwe Berger, Institut für Medizinische Psychologie)

Die Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät der FSU Jena wird seit Juni 1998 bis voraussichtlich Juni 2000 durch ein Projekt aus Mitteln des Hochschulsonderprogramms III (HSPIII) unterstützt. Das Projekt steht unter der Leitung des amtierenden Studiendekans Prof. Bernhard Strauß, mit der Durchführung war vom 1. Juni 1998 bis zum 31. Dezember 1998 Dipl.-Psych. Mirjam Mette-Zillessen beauftragt, seit 1. Januar 1999 Dr. Uwe Berger.

Wesentliche Aufgabe des HSPIII-Projektes ist die Implementierung eines Verfahrens der Lehrevaluation, das den Vorgaben der Neuregelungen des Thüringer Hochschulgesetzes (§ 10a) entspricht. Demnach ist die Lehrevaluation ein Teil des Selbstberichtes der Fakultät bzw. der Universität, der alle zwei Jahre dem Ministerium vorgelegt werden muss. Inhalt der Lehrevaluation ist die Beurteilung und Erfassung der Lehraktivitäten mit geeigneten Messinstrumenten unter Beteiligung der Studierenden. Unter Berücksichtigung folgender Soll-Parameter wird damit die Lehrevaluation als Instrumentarium zur kontinuierlichen Verbesserung der Lehre betrachtet:

- Förderung der Kommunikation zwischen Lehrenden und Studierenden mit dem Ziel der Definition von Gütekriterien der Lehre
- Diskussion und Implementierung struktureller Verbesserungen des Medizinstudiums
- Auseinandersetzung mit der diesbezüglichen politischen Diskussion in Vorträgen und Diskussionsforen, um auf Qualitätsverbesserung gerichtete Einstellungsänderungen bei allen Beteiligten zu erreichen
- Vermittlung von Transparenz des Lehrangebotes der Fakultät zur Profilbildung nach außen und Bereitstellung von Gestaltungsspielräumen nach innen
- Erarbeitung einer technischen Lösung für die Durchführung, Auswertung und Rückmeldung der Evaluation

Letzteres geschieht in Kooperation mit dem Rechenzentrum der FSUJ (Dr. Rainer Wegner) und dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (Prof. Rainer Schiele, Dr. Reinhard Bartsch). Darüber hinaus findet eine Zusammenarbeit mit dem „Universitätsprojekt Evaluation der Lehre“ (Prof. Rolf Steyer, Dr. Thomas Buhl) auf mehreren Ebenen statt: Zum einen im Austausch der Erfahrungen mit – auf Grund anderer institutioneller und ökonomischer Vorgaben – unterschiedlichen technischen und inhaltlichen Lösungen des Evaluationsverfahrens und zum anderen im direkten Vergleich der beiden gesondert entwickelten Erhebungsbogen für die Evaluation der Vorlesungen und Seminare zum Zweck der Item- und Skalenanalyse. Schließlich wurde bereits damit begonnen, gemeinsam mit dem Lehrevaluations-Projekt der Medizin an der Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Elmar Brähler einen Fragebogen zur Beurteilung der Lehre durch die Lehrenden selbst zu entwickeln.

Die unmittelbaren Aufgaben der Lehrevaluation im Jahr 1998 bestanden zunächst in Weiterentwicklung und Einsatz von geeigneten Fragebogen für die Studierenden und in der Koordination des Projektes mit der Arbeit der Fachschaft Medizin, da diese bereits seit 1993 in gemeinsamer Initiative mit der damaligen Studiendekanin Prof. Annelies Klein Lehrevaluationen durchführte und die entsprechenden Ergebnisse und Erfahrungen möglichst Gewinn bringend eingesetzt und fortgeführt werden sollten. In Kooperation mit der Fachschaft und den MitarbeiterInnen des Studiendekanats wurden im Sommersemester 1998 folgende Bereiche evaluiert:

- Vorlesungen und Seminare durch die Studierenden
- Praktisches Jahr

Der quantitative Kern der Erhebung bestand in der Erfassung verschiedener Dimensionen der Lehre – wie Didaktik, Nachvollziehbarkeit, Prüfungsrelevanz usw. – durch Urteile der Studierenden. Im Anschluss an die Beantwortung der Items bestand dann die Möglichkeit zur Verfassung eines freien Kommentars. Die Fragebogen wurden den Studierenden am Ende der Lehrveranstaltungen vorgelegt und anschließend getrennt nach Dozierenden statistisch ausgewertet. Die Auswertung wurde dann den Dozierenden zusammen mit den transkribierten Kommentaren zugeschickt und in Form einer Broschüre für die Studierenden veröffentlicht.

Um einen möglichst breiten Meinungs austausch zu diesem Vorgehen zu ermöglichen, wurde ein öffentliches Diskussionsforum initiiert. Hier ergaben sich drei Hauptprobleme des Verfahrens bis dato:

1. Als äußerst problematisch erwies sich die Veröffentlichung der freien Kommentare. Um die Studierenden vor etwaigen Repressalien zu schützen, wurden die handgeschriebenen Kommentare abgetippt und mit den Namen der betreffenden Dozierenden veröffentlicht. Diese Anonymität seitens der Studierenden führte jedoch zu einer Reihe sehr unsachlicher Kommentare, durch die sich verschiedene Lehrende persönlich angegriffen und

gekränkt fühlten. Die beabsichtigte Steigerung – konstruktiver! – Kommunikation zwischen Lehrenden und Studierenden fand demzufolge nicht statt.

2. Da für die statistische Auswertung ca. 6 000 Fragebogenseiten mit jeweils 2 x 12 Fragen größtenteils von Hand in die Datenmatrix des Statistikprogramms (SPSS) übertragen und die freien Kommentare ebenfalls von Hand transkribiert werden mussten, traten erhebliche Verzögerungen bis zur Rückmeldung der Ergebnisse ein. Hinzu kamen Probleme auf Grund der fehlenden Erfahrung der Beteiligten mit der Handhabung von Datenmengen dieser Größe, so dass ein Teil der Auswertung und Veröffentlichung wieder zurückgezogen und wiederholt werden musste.
3. Da die Kompetenz und Verantwortung für die Evaluation nun nicht mehr allein bei der Fachschaft lag, war diese nicht mehr bereit, allein für die Kosten des Fragebogendrucks und der Ergebnisveröffentlichung aufzukommen. Zusätzlich erforderte die Begrenzung des Evaluations-Projektes als Pilotprojekt die Erprobung kostengünstigerer Formen beider Posten.

Auf Grund dieser Probleme und mit Fokus auf die oben skizzierten Ziele bzw. Soll-Parameter der Lehrevaluation wurden für die kommenden Auswertungen folgende Änderungen geplant:

- Rückmeldung der vollständigen (transkribierten) Kommentare nur noch an die Dozierenden; veröffentlicht werden dann Zusammenfassungen der Kommentare mit Angaben zu Anzahl insgesamt, Verteilung Lob vs. Kritik sowie Unterteilung in allgemeine und spezielle Kommentare und abschließender Kurzzusammenfassung des vermittelten Meinungsbildes.
- Rückmeldung der Befragungsergebnisse an die Dozierenden per Versand eines Datenträgers (CD oder Diskette), der alle Informationen, Tabellen und Grafiken als HTML-Datei enthält. Diese Dateien sind auf allen Computern mit dem Betriebssystem „Windows“ oder einem beliebigen Internet-Browser lesbar und können ohne größeren Aufwand sowohl vom Statistikprogramm SPSS als auch vom Textverarbeitungsprogramm „Word“ aus als Exportdatei erstellt werden. Die Studierenden können über ihre User-ID diese Datei über die Fachschaft direkt aus dem Netz abrufen. Mit diesem Verfahren ist eine möglichst ökonomische und (zunächst) universitätsinterne Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse gewährleistet. Diese Vorgehensweise stellt einen Kompromiss dar aus der Forderung verschiedener Dozent/inn/en, die Ergebnisse der Evaluation nicht der Allgemeinheit zugänglich zu machen und den Wünschen der Studierenden, die Evaluation aus Gründen der größeren Verbindlichkeit zu veröffentlichen (in der Novelle des Hochschulrahmengesetzes ist die Veröffentlichung als Soll-Vorschrift formuliert, wobei nicht klar ist, ob sich die Veröffentlichung auf die Studierendenbefragungen direkt oder auf den Selbstbericht insgesamt bezieht). Sollten zu einem späteren Zeitpunkt alle Beteiligten einer globalen Veröffentlichung zustimmen, kann dies sofort ohne Neu-Aufwand via Internet geschehen.
- Rationalisierung der Auswertungsprozedur durch Einsatz einer automatisierten Datenerfassung: In Kooperation mit dem Rechenzentrum der Universität soll ein dort vorhandener Hochleistungs-Scanner zum Einlesen der Fragebogen als Bilddateien genutzt werden; die Mitbenutzung einer durch das Institut für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin angeschafften Software (Remark Office OMR) soll dann das Einlesen der Bilddateien und die anschließende Konvertierung in SPSS-Datensätze ermöglichen.
- Erweiterung des Evaluationsspektrums durch Beurteilung der Lehre durch die Lehrenden (in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig, Prof. Elmar Brähler) und Evaluation der Praktika.
- Erweiterung der transparenten Vermittlung der Ziele der Lehrevaluation durch ausführliche Informationen zur Ergebnis-Rückmeldung und Einrichtung einer Internetseite mit Verweisen auf entsprechende Literatur, Vorträge, Gesetzestexte, Protokolle der Diskussionsforen usw.
- Internet-Adresse: http://www.uni-jena.de/~s7beuw/P_evamed.html

3.2.7. Qualitätsbeauftragte am Klinikum Ansprechpartner und Koordinatoren für qualitätssteigernde Maßnahmen

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	OA Dr. Martin Specht
Klinik für Augenheilkunde	Prof. Dr. Jürgen Strobel
Klinik für Chirurgie - Allgemeine und Viszerale Chirurgie	PD Dr. Annelore Altendorf-Hofmann
Klinik für Chirurgie – Kinderchirurgie	Dr. Silke Giggel
Klinik für Chirurgie – Thorax- und Gefäßchirurgie	OA Dr. Jürgen Heyne
Klinik für Chirurgie – Unfallchirurgie	OA Dr. Peter Ullrich
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Abt. Geburtshilfe	PD Dr. Udo Möller
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Abt. Frauenheilkunde	OÄ Dr. Adelheid Merker
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	Dr. Ralf Meyer
Klinik für Hautkrankheiten	OÄ Dr. Andrea Bauer
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin I	Dr. Michael Hocke
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin II	Kristina Kluziok
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin III	OÄ Dr. Gudrun Dannberg
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin IV	
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Dr. Gerhard Böhm
Klinik für Neurochirurgie	OA Dr. Albrecht Hochstetter
Klinik für Neurologie	OA Dr. Christoph Terborg
Klinik für Psychiatrie	OÄ Dr. Ursula Bauer
Klinik für Radiologie – Abt. Strahlentherapie	OÄ Dr. Isolde Hacker
Klinik für Radiologie – Abt. Nuklearmedizin	
Klinik für Urologie	Dr. Gernot Eschholz
ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	
ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie	OA Dr. Stefan Kopp
ZZMK, Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde	Prof. Dr. Annerose Borutta
ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde	Dr. Monika Hinz
ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde	OÄ Dr. Regina Montag
Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene	OÄ Dr. Christine Mühlhausen
Apotheke des Klinikums	
Institut für Geschichte der Medizin	
Institut für Anatomie, Anatomie I	
Institut für Anatomie, Anatomie II	
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin	Dr. Michael Erler
Institut für Biochemie, Biochemie I	
Institut für Biochemie, Biochemie II	
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	
Institut für Humangenetik und Anthropologie	Dr. Ilse Chudoba
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	OAss. Dr. Ulrich Tietz
Institut für Klinische Immunologie	Dr. Udo Junker
Institut für Klinische Pharmakologie	PD Dr. Marion Hippus
Institut für Medizinische Mikrobiologie	
Institut für Medizinische Psychologie	Dipl. Psych. Dieter Heim
Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation	
Institut für Pathobiochemie	
Institut für Pathologie	
Institut für Pathophysiologie	
Institut für Pharmakologie und Toxikologie	OÄ Dr. Petra Schelhorn-Neise
Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie	Dr. Uwe Schreiber
Institut für Physiotherapie	PD Dr. Ulrich Demme
Institut für Rechtsmedizin	
Institut für Physiologie - Neurophysiologie	
Institut für Physiologie – Herz-Kreislauf-Physiologie	
Institut für Transfusionsmedizin	
Institut für Ultrastrukturforschung	
Institut für Versuchstierkunde	
Institut für Virologie	Dr. Renate Egerer
Institut für Antivirale Chemotherapie	Prof. Dr. Inge Färber
MP-Arbeitsgruppe Pharmakologische Hämostaseologie	
MP-Arbeitsgruppe Molekulare Zellbiologie	
Zentrum für Vaskuläre Biologie und Medizin	
Tumorzentrum Jena e.V.	

3.3. TQM im Jahr 1998 am Klinikum

Das Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität blickt auf drei Jahre Qualitätsmanagement zurück.

Nach Analysen im Jahr 1995 wurde im Februar 1996 anlässlich einer Direktorenkonferenz die Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems beschlossen. Zur Planung und Umsetzung dieses Ziels wurde eine Regiegruppe gebildet. Unter ihrer Leitung wurden maßgeblich alle Aktivitäten zum Qualitätsmanagement gebündelt. Zur Bearbeitung einzelner Aufgaben wurden Arbeitsgruppen gebildet.

Zeugnis dieser Arbeiten sind die Qualitätsberichte aus den Jahren 1996 und 1997.

Das Qualitätsmanagement-Jahr 1998 ist gekennzeichnet durch Aktivitäten mit verschiedenen Wirkungsgraden. Die in einzelnen Einrichtungen begonnenen Aktivitäten wurden mit Erfolg fortgeführt. Davon zeugt nicht zuletzt dieser Bericht.

So erhielt die Klinik für Urologie das Qualitätszertifikat des „European Board of Urology“. Zwei Kliniken der Inneren Medizin bemühten sich, den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel einer Zertifizierung vorzubereiten.

Schlusspunkt des TQM-Jahres bildete ein vorwärts gerichtetes Resümee: Die Qualitätsmanagementaktivitäten sollen wieder verstärkt werden, die Stelle eines Qualitätsmanagers wurde ausgeschrieben.

Für die Zukunft: Lassen wir die Akteure an ihren Plätzen. Bilden wir Themengruppen, wenn es an den Arbeitsplätzen selbst oder über eine Schnittstelle zu beschränkenden Einflüssen kommt. Vermeiden wir jeden künstlichen Überbau.