

## 1 Inhaltsverzeichnis

1	<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	1
2	<b>Vorwort</b> .....	3
3	<b>Der Qualitätsbericht 1999</b> .....	4
3.1	<b>Krankenhausstrukturdaten</b> .....	4
3.1.1	<b>Allgemeine Angaben zum Klinikum</b> .....	4
3.1.2	<b>Organigramm</b> .....	6
3.1.3	<b>Abteilungsprofil für die operativen Fächer</b> .....	7
3.1.3.1	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie .....	7
3.1.3.2	Klinik für Augenheilkunde .....	8
3.1.3.3	Klinik für Chirurgie .....	9
	Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie .....	9
	Abteilung Kinderchirurgie .....	10
	Abteilung Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie .....	11
	Abteilung Unfallchirurgie .....	13
3.1.3.4	Klinik für Neurochirurgie .....	14
3.1.3.5	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	15
	Abteilung Allgemeine Frauenheilkunde .....	15
	Abteilung Allgemeine Geburtshilfe .....	16
3.1.3.6	Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten .....	17
3.1.3.7	Klinik für Urologie .....	18
3.1.3.8	ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie .....	19
3.1.4	<b>Abteilungsprofil für die konservativen Fächer</b> .....	20
3.1.4.1	Klinik für Hautkrankheiten .....	20
3.1.4.2	Klinik für Innere Medizin .....	21
	Klinik Innere Medizin I: Gastroenterologie, Hepatologie .....	21
	Klinik Innere Medizin II: Hämatologie und internistische Onkologie Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen .....	22
	Klinik Innere Medizin III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin .....	23
	Klinik Innere Medizin IV: Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie Allergologie/Immunologie .....	24
3.1.4.3	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin .....	25
	Abteilung Allgemeine Pädiatrie .....	25
	Abteilung Neonatologie und Intensivmedizin .....	26
	Abteilung Neuropädiatrie .....	27
3.1.4.4	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	28
3.1.4.5	Klinik für Neurologie .....	29
3.1.4.6	Klinik für Psychiatrie .....	30
3.1.4.7	Klinik für Radiologie .....	31
	Abteilung Strahlentherapie .....	31
	Abteilung Nuklearmedizin .....	32
3.2	<b>Übersicht über Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum</b> .....	33
3.2.1	<b>Übersicht über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen am Klinikum</b> .....	34
3.2.2	<b>Übersicht über externe Qualitätssicherungsprojekte am Klinikum</b> .....	35
3.2.3	<b>Übersicht über Qualitätskontrollen bei Laborparametern</b> .....	36

<b>3.2.4</b>	<b>Weitere Aktivitäten der Qualitätssicherung am Klinikum .....</b>	<b>37</b>
3.2.4.1	Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie .....	37
3.2.4.2	Klinik für Chirurgie, Allgemeine und Viszerale Chirurgie .....	37
3.2.4.3	Klinik für Innere Medizin II .....	37
3.2.4.4	Klinik für Innere Medizin III .....	38
3.2.4.5	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	38
3.2.4.6	Klinik für Neurologie.....	38
3.2.4.7	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Kieferorthopädie.....	40
3.2.4.8	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde .....	44
3.2.4.9	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	45
3.2.4.10	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde Bereiche Jena und Erfurt.....	47
3.2.4.11	Klinik-Apotheke .....	48
3.2.4.12	Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene.....	49
3.2.4.13	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	50
3.2.4.14	Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik .....	50
3.2.4.15	Institut für Klinische Immunologie.....	53
3.2.4.16	Institut für Pathologie.....	54
3.2.4.17	Institut für Rechtsmedizin: Qualitätssicherung in toxikologisch-chemischen Labor.....	56
3.2.4.18	Institut für Transfusionsmedizin.....	57
3.2.4.19	Laborkommission .....	58
3.2.4.20	Arzneimittelkommission/Institut für Klinische Pharmakologie.....	58
3.2.4.21	Bericht zur Arbeit der Beschaffungskommission.....	59
3.2.4.22	Bericht der Krankenhaushygiene.....	59
3.2.4.23	Bericht des Sachgebietes Wirtschaftsbetriebe/Küchenkommission zur Patientenverpflegung .....	61
3.2.4.24	Bericht der Stabsstelle Arbeitssicherheit.....	63
3.2.4.25	Bericht des Umweltschutz- und Abfallbeauftragten.....	66
<b>3.2.5</b>	<b>Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegedienst .....</b>	<b>69</b>
<b>3.2.6</b>	<b>Qualitätssicherung in der Medizinischen Fakultät .....</b>	<b>70</b>
3.2.6.1	Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät.....	70
3.2.6.2	Qualitätssicherung der Forschung in der Fakultät .....	70
3.2.6.3	Projekt „Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät“ .....	71
<b>3.2.7</b>	<b>Qualitätsbeauftragte am Klinikum .....</b>	<b>74</b>
<b>3.3</b>	<b>TQM im Jahr 1999 am Klinikum.....</b>	<b>75</b>

## 2 Vorwort

Mit dieser Broschüre legt der Vorstand des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena den vierten Qualitätsbericht vor.

Er gibt Auskunft 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 bei der Sicherung der Krankenversorgung eine große Verantwortung zu.

Mit der Gesundheitsreform 2000 und der Einführung der fallgruppenbezogenen Entgeltung der Versorgungsleistung über die Bildung der sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) wird die Qualität der Leistungserbringung eine existenzielle Bedeutung erlangen. Das Klinikum muss diesen Anforderungen gerecht 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 helfen uns, dieses Ziel zu erreichen.

Gleichfalls ist das Klinikum entschlossen, einen Beitrag zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens zu leisten und somit 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 1999

#### 3.1 Krankenhausstrukturdaten

##### 3.1.1 Allgemeine Angaben zum Klinikum

Name und Anschrift:	<b>Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena Bachstraße 18, 07743 Jena</b>
Institutionskennzeichen:	<b>261 600 736</b>
Träger:	<b>Freistaat Thüringen</b>
Versorgungsstufe:	<b>Maximalversorgung, Grund- und Regelversorgung (aus örtlicher Gegebenheit)</b>
Anzahl der Betten:	<b>1 394 Planbetten 1 382 aufgestellte Betten</b>
Bettenführende Abteilungen*:	<b>Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (3600)</b> <b>Klinik für Augenheilkunde (2700)</b> <b>Klinik für Chirurgie</b> Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie (1500) Abteilung Kinderchirurgie (1300) Abteilung Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (2100, 1800) Abteilung Unfallchirurgie (1600) <b>Klinik für Neurochirurgie (1700)</b> <b>Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)</b> Abteilung Allgemeine Frauenheilkunde Abteilung Allgemeine Geburtshilfe <b>Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (2600)</b> <b>Klinik für Hautkrankheiten (3400)</b> <b>Klinik für Innere Medizin</b> <b>KIM I: Gastroenterologie, Hepatologie (0700)</b> <b>KIM II: Hämatologie und internistische Onkologie</b> <b>Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen (0500)</b> <b>KIM III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin (0300)</b> <b>KIM IV: Nephrologie, Rheumatologie, Pneumologie</b> <b>Allergologie/Immunologie (0400)</b> <b>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin</b> Abteilung Allgemeine Pädiatrie (1000) Abteilung Neonatologie und Intensivmedizin (1200) Abteilung Neuropädiatrie (1028) <b>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000)</b> <b>Klinik für Neurologie (2800)</b> <b>Klinik für Psychiatrie (2900)</b> <b>Klinik für Radiologie</b> Abteilung Strahlentherapie (3300) Abteilung Nuklearmedizin (3200) <b>Klinik für Urologie (2200)</b> <b>ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (3500)</b>

\* Die Zahlen in Klammern entsprechen der Definition lt. § 301 SGB V, nicht der der Weiterbildungsverordnung.

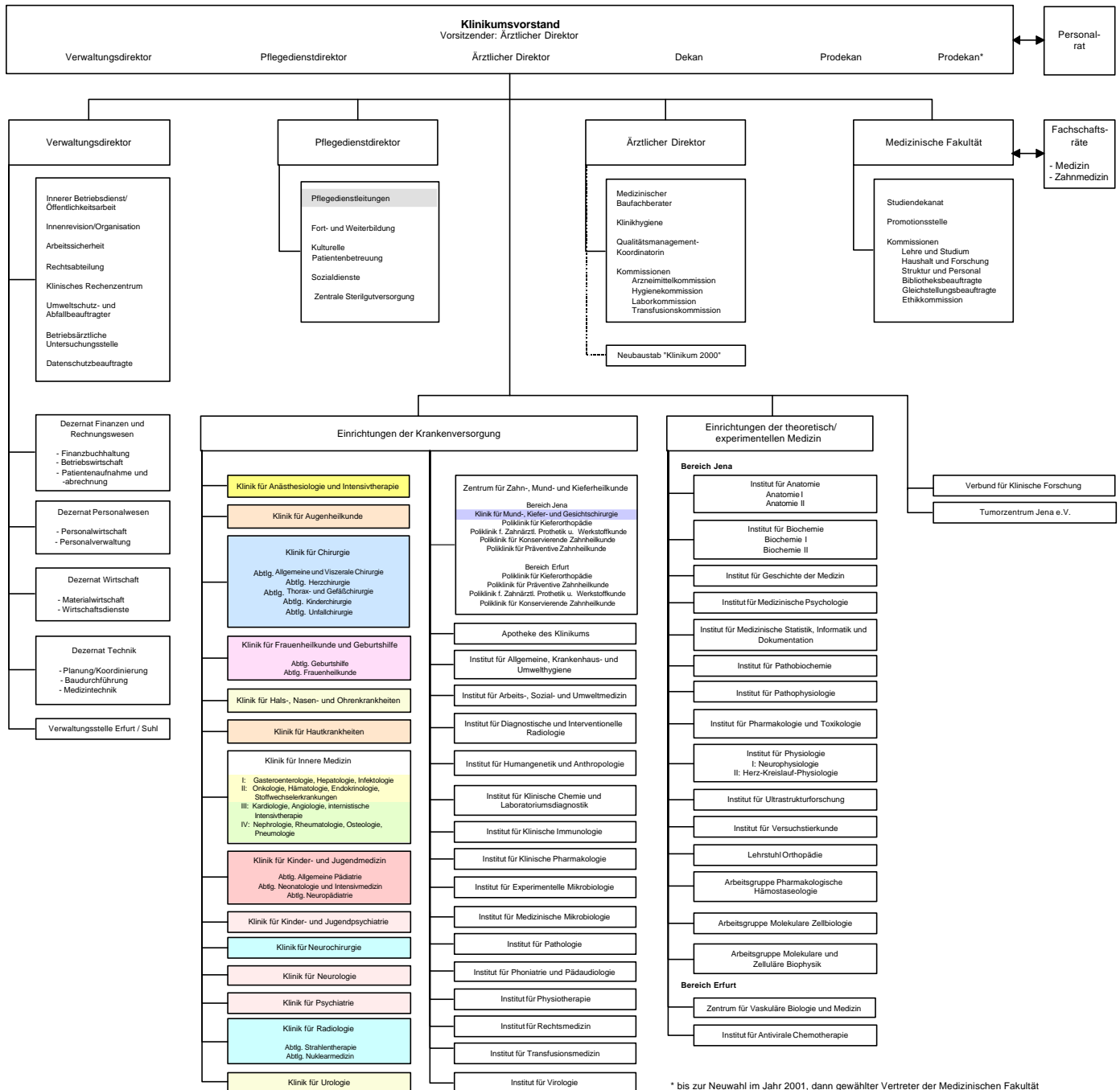
Nicht bettenführende Abteilungen:

**Apothek**e 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**  
**Lehrstuhl Orthopädie**  
**Arbeitsgruppe Pharmakologische Hämostaseologie**  
**Arbeitsgruppe Molekulare Zellbiologie**  
**Institut für Antivirale Chemotherapie - Erfurt**  
**Zentrum für Vaskuläre Biologie und Medizin - Erfurt**

## 3.1.2 Organigramm



### 3.1.3 **Abteilungsprofil für die operativen Fächer**

#### 3.1.3.1 **Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie**

Direktor:	<b>Prof. Dr. Konrad Reinhart</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Planbetten	<b>26</b>
Anzahl der aufgestellten Betten:	<b>bis 09/99 18 ab 09/99: 28</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>22 (+ 6 ITS II)</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>

Behandlungsformen und Leistungsstatistik:

##### **Anästhesiologie:**

Anästhesien	<b>18 287</b>
davon: Intubationsnarkosen	<b>12 780</b>
Periduralanästhesien	<b>350</b>
Spinalanästhesien	<b>545</b>
Sonderleistungen	<b>44 888</b>

##### **Intensivtherapie:**

Behandelte Patienten	<b>1 515</b>
davon: Notaufnahmen	<b>264</b>
Liegedauer < 24 h	<b>779</b>
Beatmungspatienten	<b>781</b>

##### **Notfallmedizin:**

NEF	<b>3 913</b>
RTH	<b>1 090</b>

##### **Schmerztherapie:**

Ambulante Konsultationen	<b>2 195</b>
Stationäre Konsultationen	<b>3 906</b>

Qualitätsbeauftragter:	<b>OA Dr. Martin Brauer</b>
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	<b>siehe Übersichten</b>

Besonderheiten der Klinik:

- Die Klinik wurde durch die „European Academy of Anaesthesiology“ und dem „European Board of Anaesthesiology of the UEMS“ zertifiziert. Sie erfüllt den europäischen „Standard of Excellence“ und gilt als akkreditiertes Fachzentrum für die Ausbildung von Anästhesisten.
- Projekt Qualitätssicherung in der Schmerztherapie (s.a. Abschnitt 3.2.4.1)

### 3.1.3.2 Klinik für Augenheilkunde

Direktor:	<b>Prof. Dr. Jürgen Strobel</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>45</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>2 640</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>5</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>171</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>64</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>6 427</b>
davon Notfälle:	<b>1 342</b>
davon Operationen:	<b>2 462</b>
Operationen:	<b>5 229</b>
davon ambulante Laseroperationen	<b>2 021</b>

Die 11 häufigsten Operationen:

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-144	1 823	<b>Extrakaps. Linsenextraktion (Linsenkernverflüssigung)</b>
2	5-155	1 756	<b>Excision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choridea</b>
3	5-154	712	<b>andere Operationen zur Fixation der Netzhaut</b>
4	5-158	416	<b>Operationen am Corpus vitreum</b>
5	5-142	287	<b>Diszision der Linse und Kapsulotomie</b>
6	5-091	133	<b>Excision und Destruktion von erkranktem Gewebe am Augenlid</b>
7	5-101	127	<b>Verkürzende Eingriffe an geraden Augenmuskeln</b>
8	5-102	107	<b>Verlängernde (schwächende) Eingriffe an geraden Augenmuskeln</b>
8	5-132	107	<b>Senkung d. Augeninnendruckes durch Operation am Corpus ciliare</b>
9	5-136	102	<b>andere Iridektomie und Iriditomie</b>
10	5-152	85	<b>Fixation der Netzhaut durch Plombenauflagerung</b>
11	5-153	60	<b>Fixation der Netzhaut durch bulbusumschnürende Maßnahmen</b>

Diese Übersicht wurde auf der Basis der jeweils 11 häufigsten Operationen der Klinik unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung der Op-Dokumentation und Angaben der Klinik erstellt.

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



### 3.1.3.3 Klinik für Chirurgie

#### Abteilung Allgemeine und Viszerale Chirurgie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Johannes Scheele</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>86</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>8</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 383</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>14</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>155</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 921</b>
davon Notfälle:	<b>76</b>
davon Operationen:	<b>2</b>
Operationen:	<b>1 802</b>
Die 10 häufigsten Operationen:	

ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	267	<b>Operative Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen</b>
2	198	<b>Resezierende Eingriffe an Kolon und Rektum</b>
3	164	<b>Hernienoperationen</b>
4	143	<b>Appendektomien</b>
5	133	<b>Portimplantationen</b>
6	124	<b>Leberresektionen</b>
7	59	<b>Operative Eingriffe am Pankreas</b>
8	53	<b>Dünndarmresektionen</b>
9	50	<b>Magenresektionen</b>
10	34	<b>Operative Eingriffe an der Schilddrüse</b>

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

Qualitätsbeauftragte:	<b>Prof. Dr. Annelore Altendorf-Hofmann</b>
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	<b>siehe Übersichten</b>
Besonderheiten der Klinik:	<b>31 Lebertransplantationen</b> <b>6 Pankreattransplantationen</b> <b>5 multiviszereale Transplantationen</b>

## Klinik für Chirurgie

### Abteilung Kinderchirurgie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Felix Schier</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>30</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 336</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>18</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>206</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 865</b>
davon Notfälle:	<b>1 862</b>
davon Operationen:	<b>0</b>
Operationen:	<b>743</b>
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-530	124	Verschluss einer Hernie inguinalis
2	5-399	91	Operationen an den Blutgefäßen / Hickmann-Katheter
3	1-694	87	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
4	5-203	46	Geschl. Reposition Fraktur Unterarm und Hand
5	5-470	44	Appendektomie (laparoskopisch und offen)
6	5-787	34	Entfernung von Osteosynthesematerial
7	5-915	32	Lasertherapie Gewebe Haut und Unterhaut
8	5-624	27	Orchidopexie mit Funikulolyse einseitig
9	5-790	26	Geschl. Reposition einer Fraktur, Luxation, Epiphysenlösung mit Osteosynthese
10	5-640	25	Operationen am Präputium

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Op-Statistik der Kinderchirurgie unter Zugrundelegung der ICPM-Verschlüsselung erstellt.

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

Besonderheiten der Klinik: - Vielzahl von Indikationen ab dem Säuglingsalter, z.B. Fundoplicatis, Herniotomie, Appedektomie, Ureterabgangsstenose  
- Hämangiombehandlung mit Laser- und Kryotherapie  
- Transurethrale Injektionsbehandlung bei Ureterostiuminsuffizienz  
- Implantation von Vagusstimulatoren zur Epilepsiebehandlung

## Klinik für Chirurgie

### Abteilung Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

#### Thorax- und Gefäßchirurgie

Direktor: **Prof. Dr. Martin Bartel (bis 30.09.1999)**  
**Prof. Dr. Thorsten Wahlers (ab 01.10.1999)**

Weiterbildungsbefugnis: **Voll (60 Monate)**

Anzahl der Betten: **37**  
Anzahl der Intensivbetten: **0**

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

#### Behandlungsformen:

Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 868</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>44</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>354</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 590</b>
davon Notfälle:	<b>21</b>
davon Operationen:	<b>0</b>

Operationen: **1 672**

Die 10 häufigsten Operationen:

ICPM	Fallzahl	Klarschrift
<b>1</b>	<b>396</b>	<b>Gefäßrekonstruktionen</b>
<b>2</b>	<b>395</b>	<b>Bronchoskopien</b>
<b>3</b>	<b>214</b>	<b>Schilddrüsenoperationen</b>
<b>4</b>	<b>110</b>	<b>Venöse Operationen</b>
<b>5</b>	<b>103</b>	<b>Shuntchirurgie</b>
<b>6</b>	<b>99</b>	<b>Operative Thorakoskopien</b>
<b>7</b>	<b>89</b>	<b>Exstirpation/E nukleation von Tumoren im Thorax</b>
<b>8</b>	<b>70</b>	<b>Amputationen</b>
<b>9</b>	<b>62</b>	<b>Lobektomien</b>
<b>10</b>	<b>52</b>	<b>Nebenschilddrüsenoperationen</b>

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

Qualitätsbeauftragte:  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

**OÄ Dr. Tina Cohnert**  
**siehe Übersichten**

**Klinik für Chirurgie**

**Abteilung Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie**

**Herzchirurgie**

Direktor: **Prof. Dr. Thorsten Wahlers (ab 01.09.1999)**

Weiterbildungsbefugnis: **36 (+12 Monate)**

Anzahl der Betten: **20**

Anzahl der Intensivbetten: **0**

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

**Behandlungsformen:**

Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>142</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>11</b>
davon Notfälle:	<b>0</b>
davon Operationen:	<b>0</b>

Operationen: **164**

Die 10 häufigsten Operationen:

	<b>ICPM</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>5-361</b>	<b>73</b>	<b>Aortokoronare Bypassoperation unter Verwendung von Arterien und/oder Venen mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine</b>
<b>2</b>	<b>5-351</b>	<b>19</b>	<b>Ersatz der Aortenklappe mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine</b>
<b>3</b>	<b>5-362</b>	<b>13</b>	<b>Kombinationseingriffe mit aortokoronarer Revaskularisation und Klappenersatz mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine</b>
<b>4</b>	<b>5-359</b>	<b>9</b>	<b>Eingriff bei angeborenem Herzfehler mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine</b>
<b>5</b>	<b>5-396</b>	<b>6</b>	<b>Minimal-invasive Koronarrevaskularisation (MIDCAB)</b>
<b>6</b>	<b>5-354</b>	<b>5</b>	<b>Prothetischer Ersatz der Aorta ascendens mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine</b>
<b>7</b>	<b>5-377</b>	<b>4</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>

Diese Übersicht wurde auf der Basis der Operationsstatistik der Herzchirurgie erstellt.

Qualitätsbeauftragte:  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

**OÄ Dr. Tina Cohnert**  
**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: **1 952**

Vorstationäre Behandlungsfälle: **12**

Nachstationäre Behandlungsfälle: **340**

Teilstationäre Behandlungsfälle: **0**

Ambulante Behandlungsfälle: **9 773**

davon Notfälle: **7 556**

davon Operationen: **6**

#### Operationen:

Unfallchirurgie: **2 111**

Nothilfezentrum: **1 773**

Nothilfezentrum/ambulant: **1 746**

#### Die häufigsten Operationen:

	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>1 064</b>	<b>Osteosynthesen</b>
<b>2</b>	<b>390</b>	<b>Plastisch-chirurgische Operationen, temporärer alloplastischer Hautersatz</b>
<b>3</b>	<b>297</b>	<b>Arthroskopische Oper. an Knie-, Schulter-, Sprung- und Handgelenk</b>
<b>4</b>	<b>116</b>	<b>Endoprothesen (Hüfte, Knie, Schulter)</b>
<b>5</b>	<b>24</b>	<b>Replantationen</b>
		<b>Polytraumaversorgung</b>

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

Qualitätsbeauftragter:  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

**Dr. Thomas Schmidt**  
**siehe Übersichten**

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

### 3.1.3.4 Klinik für Neurochirurgie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Rolf Kalff</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (72 Monate)</b>
Anzahl der Planbetten	<b>45</b>
Anzahl der aufgestellten Betten:	<b>42</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>6</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja (Konsultätigkeit im Nothilfezentrum)</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 149</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>112</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>53</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 486</b>
davon Notfälle:	<b>0</b>
davon Operationen:	<b>18</b>
Operationen:	<b>1 454</b>
Die 10 häufigsten Operationen:	

	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>708</b>	<b>Operationen bei Wirbelsäulen und Rückenmarkserkrankungen davon 657 bei degenerativen, entzündl. u. traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule 51 bei intraspinalen Tumoren darunter 195 instrumentierte Spondylodesen</b>
<b>2</b>	<b>292</b>	<b>Operationen bei Schädel- und Gehirnprozessen davon 259 supratentoriell 33 infratentoriell</b>
<b>3</b>	<b>214</b>	<b>Operationen bei Hydrocephalus</b>
<b>4</b>	<b>156</b>	<b>Operationen bei Schädelhirnverletzungen</b>
<b>5</b>	<b>84</b>	<b>Operationen an peripheren Nerven, Schmerzeingriffe, Muskel- und Nervenbiopsien sowie Verschiedenes</b>

Diese Übersicht wurde nach den Angaben der Klinik erstellt.

Qualitätsbeauftragter.  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

**Dr. Albrecht Hochstetter**  
**siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Intraoperatives CT und NeuroNavigation als Forschungsschwerpunkt zur Entwicklung eines hohen Qualitätsstandards bei der instrumentierten Spondylodese.

### 3.1.3.5 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### Abteilung Allgemeine Frauenheilkunde

Direktor:	<b>Prof. Dr. Achim Schneider MPH</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>58</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 040</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>355</b> (für alle Abteilungen FK)
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>455</b> (für alle Abteilungen FK)
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>792</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>8 856</b>
davon Notfälle:	<b>299</b>
davon Operationen:	<b>2 579</b>
Operative Eingriffe insgesamt:	<b>4 320</b>

Das Behandlungsspektrum der Abteilung spiegelt sich in folgender Übersicht wider:

<b>Laparoskopische Operationen</b>	<b>1 267</b>
<b>Laparotomien</b>	<b>58</b>
<b>Vaginale Hysterektomien</b>	<b>159</b>
<b>Gynäkologische Karzinomoperationen</b>	<b>241</b>
<b>Inkontinenz-/Deszensusoperationen</b>	<b>118</b>
<b>Mamma-Operationen</b>	<b>528</b>
<b>Bauchdeckenreduktionsplastiken</b>	<b>4</b>
<b>Kleinere gynäkologische Operationen</b>	<b>1 595</b>
<b>Nicht gynäkologische Eingriffe im Zusammenhang mit gynäkologischen Operationen</b>	<b>335</b>

Qualitätsbeauftragte:	<b>OÄ Dr. Adelheid Merker</b>
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	<b>siehe Übersichten</b>

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:	<b>Prof. Dr. Hans-Joachim Seewald</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>42</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 679</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>355</b> (für alle Abteilungen FK)
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>345</b> (für alle Abteilungen FK)
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 609</b>
Davon Notfälle:	<b>151</b>
davon Operationen:	<b>0</b>
Operationen:	<b>277</b>
Geburtenstatistik:	
<b>Geburten:</b>	<b>1 061</b>
<b>Geborene Kinder:</b>	<b>1 097</b>

	FP	Fallzahl	Klarschrift
1	16.01	844	Versorgung eines Neugeborenen, Geburt ab dem 260. Schw.-Tag
2	16.041	745	Vaginale Entbindung ab dem 260. Schw.-Tag
3	16.051	154	Schnittentbindung ab dem 260. Schw.-Tag
4		52	keine FP, da Geburt vor 225. Schw.-Tag oder außerhalb d. Klinik
5	16.061	48	Vaginale Entbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag
6	16.02	42	Versorgung eines Frühgeborenen in der Frauenklinik
7	16.071	30	Schnittentbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag
8	16.03	21	Geburt, Versorgung von Mutter und Kind unter 24 Std. i. d. Klinik
9	16.062	4	Vaginale Entbindung zw. 225. und 259. Schw.-Tag bei Mehrlingen
10	16.042	4	Vaginale Entbindung ab dem 260. Schw.-Tag bei Mehrlingen
11	16.052	3	Schnittentbindung ab dem 260. Schw.-Tag bei Mehrlingen

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

Qualitätsbeauftragter: **PD Dr. Udo Möller**  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:



### 3.1.3.6 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Direktor:	<b>Prof. Dr. Eggert Beleites</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>64</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 423</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>296</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>387</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>7 781</b>
davon Notfälle:	<b>2 255</b>
davon Operationen:	<b>213</b>
Operationen:	<b>3 061</b>
Die 10 häufigsten Operationen:	

	ICPM	Fallzahl	Klarschrift
1	5-221-223	548	Operationen an den Nasennebenhöhlen
2	5-285	425	Adenotomie
3	5-215	312	Operationen an der Nasenmuschel
4	5-214	305	Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5	5-281	227	Tonsillektomie
6	5-200	226	Parazentese
7	5-218	200	Septorhinoplastik
8	1-621	139	Tracheoskopie
..9	5-216	105	Reposition einer Nasengerüstfraktur
10	5-194	64	Myringoplastik

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:

**Dr. Ralf Meyer**  
**siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

### 3.1.3.7 Klinik für Urologie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Jörg Schubert</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>60</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>2 630</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>103</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>316</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>6 141</b>
davon Notfälle:	<b>534</b>
davon Operationen:	<b>20</b>
Operationen:	<b>2 025</b>
Die 10 häufigsten Operationen:	

	<b>ICPM</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>5-573</b>	<b>330</b>	<b>Transurethrale Resektion von Harnblasengewebe</b>
<b>2</b>	<b>5-550</b>	<b>203</b>	<b>Perkutane transrenale Nephrostomie</b>
<b>3</b>	<b>5-601</b>	<b>151</b>	<b>Transurethrale Excision und Destruktion von Prostatagewebe</b>
<b>4</b>	<b>5-640</b>	<b>121</b>	<b>Frenulum- und Präputiumplastik</b>
<b>4</b>	<b>5-560/8-136</b>	<b>121</b>	<b>Bougierung des Ureters und nachfolgende Stenteinlage</b>
<b>5</b>	<b>5-585</b>	<b>65</b>	<b>Urethrotomia interna</b>
<b>6</b>	<b>5-555</b>	<b>61</b>	<b>Nierentransplantation</b>
<b>6</b>	<b>5-554</b>	<b>61</b>	<b>Nephrektomie</b>
<b>7</b>	<b>5-604</b>	<b>55</b>	<b>Retropubische radikale Prostatektomie</b>
<b>8</b>	<b>5-568</b>	<b>45</b>	<b>Urethrozystoneostomie einseitig</b>

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.

### 3.1.3.8 ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Dr. Dieter Schumann</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>40</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 496</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>38</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 032</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Neuzugänge:	<b>5 775</b>
davon Notfälle:	<b>625</b>
davon Operationen:	<b>1 940</b>
Konsultationen:	<b>11 605</b>
Operationen:	
Die 10 häufigsten Operationen:	

	<b>ICPM</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>5-900</b>	<b>362</b>	<b>Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut</b>
<b>2</b>	<b>5-894</b>	<b>355</b>	<b>Lok. Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut</b>
<b>3</b>	<b>5-231</b>	<b>240</b>	<b>Operative Zahnentfernung</b>
<b>4</b>	<b>5-230</b>	<b>173</b>	<b>Zahnextraktion</b>
<b>5</b>	<b>5-779</b>	<b>155</b>	<b>andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen</b>
<b>6</b>	<b>5-776</b>	<b>119</b>	<b>Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes</b>
<b>7</b>	<b>5-913</b>	<b>110</b>	<b>Entfernung oberflächlicher Hautschichten</b>
<b>8</b>	<b>5-273</b>	<b>103</b>	<b>Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle</b>
<b>9</b>	<b>5-884</b>	<b>82</b>	<b>Mammareduktionsplastik</b>
<b>10</b>	<b>5-276</b>	<b>81</b>	<b>Plast. Rekonstruktion einer Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte</b>

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

Qualitätsbeauftragte:  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:

**Frau Astrid Prochnau**  
**siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

### 3.1.4 Abteilungsprofil für die konservativen Fächer

#### 3.1.4.1 Klinik für Hautkrankheiten

Direktor:	<b>Prof. Dr. Peter Elsner</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>40</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 345</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>86</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>192</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>591</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>10 111</b>
davon Notfälle:	<b>754</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	<b>ICD</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>172</b>	<b>182</b>	<b>Bösartiges Melanom der Haut</b>
<b>2</b>	<b>710</b>	<b>120</b>	<b>Diffuse Krankheiten des Bindegewebes</b>
<b>3</b>	<b>202</b>	<b>118</b>	<b>Sonstige bösartige Neubildungen des lymph. Systems</b>
<b>4</b>	<b>696</b>	<b>81</b>	<b>Psoriasis und ähnliche Affektionen</b>
<b>5</b>	<b>707</b>	<b>75</b>	<b>Chronisches Ulkus der Haut</b>
<b>6</b>	<b>173</b>	<b>74</b>	<b>Sonstige bösartige Neubildungen der Haut</b>
<b>7</b>	<b>995</b>	<b>70</b>	<b>Bestimmte schädliche Wirkungen, n.a.k.</b>
<b>8</b>	<b>692</b>	<b>68</b>	<b>Kontaktdermatitis und sonstige Ekzeme</b>
<b>9</b>	<b>691</b>	<b>61</b>	<b>Atopik-Dermatitis und verwandte Affektionen</b>
<b>10</b>	<b>708</b>	<b>54</b>	<b>Urtikaria</b>

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:

### 3.1.4.2 Klinik für Innere Medizin

#### Klinik Innere Medizin I: Gastroenterologie, Hepatologie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Hans Bosseckert</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>60 Monate</b> Gebiet Innere Medizin <b>6 Monate</b> nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	<b>100</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>2 985</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>5</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>82</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>3 316</b>
davon Notfälle:	<b>2</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	571	276	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose
2	577	182	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse
3	157	156	Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse
4	151	135	Bösartige Neubildung des Magens
5	995	133	Bestimmte schädliche Wirkungen, n.a.k.
6	555	117	Regionale Enteritis
7	574	106	Cholelithiasis
8	211	105	Gutartige Neubildungen sonstiger Teile des Verdauungssystems
9	307	91	Spezielle, n.a.k. Symptome oder Syndrome
10	153	71	Bösartige Neubildung des Dickdarmes

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  
Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen**

Direktor:	<b>Prof. Dr. Klaus Höffken</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>60 Monate</b> Gebiet Innere Medizin <b>6 Monate</b> nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	<b>103</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>8</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 459</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>15</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>82</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>300</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>5 570</b>
davon Notfälle:	<b>1</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	250	475	Diabetes mellitus
2	200	414	Lymphosarkom und Retikulumzellsarkom
3	174	255	Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse
4	202	249	Sonstige bösartige Neubildungen des lymphatischen Systems
7	205	179	Myeloische Leukämie
9	203	142	Multipl. Myelom und immunproliferative Neubildungen
8	154	140	Bösartige Neubildung Rektum, Übergangsstadium Colon sigmoideum ins Rektum und Anus
8	162	136	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge
5	201	116	Morbus Hodgkin
10	171	115	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: **Dr. Harald Schmalenberg**  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

### **Klinik für Innere Medizin**

#### **Klinik Innere Medizin III: Kardiologie und internistische Intensivmedizin**

Direktor:	<b>Prof. Dr. Hans-Reiner Figulla</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>60 Monate</b> Gebiet Innere Medizin <b>6 Monate</b> nichtspez. intern. Intensivmed.
Anzahl der Betten:	<b>97</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>12</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 810</b> (seit 01.01.99 ohne Notaufnahme)
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>6</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>10</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>3 214</b>
davon Notfälle:	<b>1</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	<b>ICD</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>427</b>	<b>566</b>	<b>Herzrhythmusstörungen</b>
<b>2</b>	<b>414</b>	<b>536</b>	<b>Sonstige Formen von chronisch ischämischen Herzkrankheiten</b>
<b>3</b>	<b>413</b>	<b>367</b>	<b>Angina pectoris</b>
<b>4</b>	<b>410</b>	<b>259</b>	<b>Akuter Myokardinfarkt</b>
<b>5</b>	<b>428</b>	<b>257</b>	<b>Herzinsuffizienz</b>
<b>6</b>	<b>429</b>	<b>177</b>	<b>Unzur. beschr. Herzkrankheiten und Kompl. einer Herzerkrankung</b>
<b>7</b>	<b>440</b>	<b>167</b>	<b>Arteriosklerose</b>
<b>8</b>	<b>401</b>	<b>137</b>	<b>Essenzielle Hypertonie</b>
<b>9</b>	<b>426</b>	<b>96</b>	<b>Störungen im Erregungsleitungssystems des Herzens</b>
<b>10</b>	<b>780</b>	<b>85</b>	<b>Allgemeine Symptome</b>

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  
Allergologie/Immunologie**

Direktor:	<b>Prof. Dr. Günter Stein</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>60 Monate</b> Gebiet Innere Medizin <b>6 Monate</b> nichtspez. intern. Intensivmed. <b>24 Monate</b> Teilgebiet Nephrologie <b>24 Monate</b> Teilgebiet Rheumatologie <b>24 Monate</b> Teilgebiet Pneumologie <b>24 Monate</b> Zusatzbezeichnung. Allergologie Fachkunde Bronchoskopie Fachkunde transthorakale Sonographie
Anzahl der Betten:	<b>80</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b> <b>Institutsermächtigung</b> <b>1.) „Rheumazentrum Jena e.V.“</b> <b>2.) „Nephrologische Ambulanz“</b> <b>3.) „Allergologische Ambulanz“</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>2 543</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>2</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>36</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>67</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>4 695</b>
davon Notfälle:	<b>486</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	162	295	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge
2	710	292	Diffuse Krankheiten des Bindegewebes
3	585	237	Chronisches Nierenversagen
4	714	144	PCP und sonstige entzündliche Polyarthropathien
5	733	112	Sonstige Affektionen der Knochen und Knorpel
6	491	102	Chronische Bronchitis
7	401	86	Essenzielle Hypertonie
8	780	83	Allgemeine Symptome
9	V42.0	75	Sonstiges näher bez. Organ od. Gewebe
10	485	58	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:

**OA Dr. P.R. Grahmann**  
**siehe Übersichten**



### 3.1.4.3 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

#### Abteilung Allgemeine Pädiatrie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Felix Zintl</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>68</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>5</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag Institutsermächtig. Kinderkardiologie</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>3 210</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>6</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>177</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>13 738</b>
davon Notfälle:	<b>2 730</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	995	153	Best. schädliche Wirkungen, anderw. n. klassifiziert
2	558	104	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
3	485	64	Bronchopneumonie durch n.n.bez. Erreger
4	277	63	Sonstige und nicht näher bezeichnete Stoffwechselstörungen
4	780	63	Allgemeine Symptome
5	465	60	Akute Infektionen der oberen Luftwege
6	749	58	Gaumen- und Lippenspalte
7	786	56	Symptome der Atmungsorgane und sonstige Symptome d. Brustkorbs
8	714	49	PCP und sonstige entzündliche Polyarthropathien
9	753	47	Kongenitale Anomalien der Harnorgane
10	250	44	Diabetes mellitus
10	787	44	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, kommissarisch:	<b>PD Dr. Dirk Schramm</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>24</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>14</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>953</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>60</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>0</b>
davon Notfälle:	<b>0</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	<b>ICD</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>786</b>	<b>213</b>	<b>Symptome, die das Atmungssystem betreffen</b>
<b>2</b>	<b>765</b>	<b>138</b>	<b>Störungen infolge kurzer Schwangerschaftsdauer</b>
<b>3</b>	<b>770</b>	<b>39</b>	<b>Sonstige resp. Krankheitszustand des Fetus und Neugeborenen</b>
<b>4</b>	<b>771</b>	<b>31</b>	<b>Infektionen, speziell in der Perinatalzeit</b>
<b>5</b>	<b>345</b>	<b>21</b>	<b>Epilepsie</b>
<b>6</b>	<b>779</b>	<b>15</b>	<b>Sonst. u. mangelh. bez. Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit</b>
<b>7</b>	<b>485</b>	<b>14</b>	<b>Bronchopneumonie durch n.n.bez. Erreger</b>
<b>8</b>	<b>774</b>	<b>13</b>	<b>Neugeborenen-Gelbsucht</b>
<b>8</b>	<b>780</b>	<b>13</b>	<b>Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände</b>
<b>9</b>	<b>651</b>	<b>10</b>	<b>Mehrlingsschwangerschaft</b>
<b>10</b>	<b>305</b>	<b>9</b>	<b>Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit</b>
<b>10</b>	<b>748</b>	<b>9</b>	<b>Kongenitale Anomalien der Atmungsorgane</b>
<b>10</b>	<b>785</b>	<b>9</b>	<b>Symptome, die das kardiovaskuläre System betreffen</b>

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:	<b>770</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>10</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>45</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 437</b>
davon Notfälle:	<b>0</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	<b>ICD</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>345</b>	<b>198</b>	<b>Epilepsie</b>
<b>2</b>	<b>315</b>	<b>34</b>	<b>Umschriebene Entwicklungsrückstände</b>
<b>3</b>	<b>343</b>	<b>32</b>	<b>Infantile Zerebralparese</b>
<b>4</b>	<b>319</b>	<b>32</b>	<b>n.n. bez. Schwachsinn</b>
<b>5</b>	<b>780</b>	<b>18</b>	<b>Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände</b>
<b>6</b>	<b>742</b>	<b>24</b>	<b>Sonstige kongenitale Anomalien des Nervensystems</b>
<b>7</b>	<b>346</b>	<b>19</b>	<b>Migräne</b>
<b>7</b>	<b>784</b>	<b>22</b>	<b>Symptome, die Kopf und Hals betreffen</b>
<b>8</b>	<b>331</b>	<b>17</b>	<b>Sonstige zerebrale Degenerationen</b>
<b>9</b>	<b>237</b>	<b>17</b>	<b>Neub. unsicheren Verhaltens d. endokrin. Drüsen u. d. Nervensystems</b>
<b>9</b>	<b>323</b>	<b>17</b>	<b>Enzephalitis, Myelitis, Enzephalomyelitis</b>
<b>9</b>	<b>786</b>	<b>17</b>	<b>Symptome, die Atmungsorgane betreffen</b>
<b>9</b>	<b>850</b>	<b>17</b>	<b>Commotio cerebri</b>
<b>10</b>	<b>359</b>	<b>18</b>	<b>Muskeldystrophien und andere Myopathien</b>

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:

### 3.1.4.4 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Bernhard Blanz</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (48 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>23</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Anzahl der teilstationären Plätze:	<b>5</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag Institutsambulanz</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>179</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>6</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>62</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>319</b>
davon Notfälle:	<b>0</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	307	40	Enuresis, Tics, Anorexia nervosa
2	312	30	anderweitig n.k. Störungen des Sozialverhaltens
3	300	21	Angst- und Zwangsstörungen
4	314	18	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters
5	301	12	Persönlichkeitsstörungen
5	309	12	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
5	313	12	Kindheitsspezifische emotionale Störungen
6	296	10	Affektive Psychosen
7	306	7	Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs
8	295	6	Schizophrene Psychosen
9	311	4	Depressive Störungen
10	292	3	Drogenpsychosen
10	299	3	Frühkindliche Psychosen

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

Qualitätsbeauftragter: **Dr. Gerhard Böhm**  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

### 3.1.4.5 Klinik für Neurologie

Direktor (bis 30.11.1999):	<b>Prof. Dr. Cornelius Weiller</b>
Kommissarischer Direktor (ab 01.12.1999)	<b>PD Dr. Ulrich Sliwka</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>55</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>6</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 669</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>2</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>32</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>45</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>2 106</b>
davon Notfälle:	<b>56</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	345	194	Epilepsie
2	436	190	Akute aber ungenau bezeichnete zerebrovask. Krankheit
3	434	159	Verschluss zerebraler Arterien
4	340	122	Enzephalomyelitis disseminata
5	780	88	Allgemeine Symptome und ungenau bez. Zustände
6	435	47	Zerebrale ischämische Attacken
7	357	46	Entzündliche und toxische Neuropatien
8	433	41	Verschluss und Stenose der präzerebralen Arterien
9	323	35	Enzephalitis, Myelitis, Enzephalomyelitis
9	431	35	Intrazerebrale Hämorrhagie
9	724	35	Sonstige und n.n.bez. Affektionen des Rückens
10	346	32	Migräne

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. Sabine Fitzek**  
siehe Übersichten

Besonderheiten der Klinik:

### 3.1.4.6 Klinik für Psychiatrie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Heinrich Sauer</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>116</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag Institutsermächt. Verhaltenstherapie</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 320</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>61</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>53</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>1 051</b>
davon Notfälle:	<b>61</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	295	257	Schizophrene Psychosen
1	303	257	Alkoholabhängigkeit
2	294	204	affektive Psychosen
3	300	92	Neurosen
4	291	91	Alkoholpsychosen
5	290	84	Senile und präsenile organische Psychosen
6	304	51	Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
6	305	51	Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit
6	309	51	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)
7	292	19	Drogenpsychosen
7	293	19	Vorübergehende organische Psychosen
8	301	18	Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Charakterneurosen)
9	298	17	Anderer nichtorganische Psychosen
10	311	13	Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder

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

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

Besonderheiten der Klinik:

### 3.1.4.7 Klinik für Radiologie

#### Abteilung Strahlentherapie

Direktor:	<b>Prof. Dr. Thomas Wendt</b>
Weiterbildungsbefugnis:	<b>Voll (60 Monate)</b>
Anzahl der Betten:	<b>45</b>
Anzahl der Intensivbetten:	<b>0</b>
Durchgehende Notfallversorgung:	<b>ja</b>
Ambulante Tätigkeit:	<b>Poliklinikvertrag Institutsermächtigung/ persönliche Ermächtigung</b>
Behandlungsformen:	
Vollstationäre Behandlungsfälle:	<b>1 035</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>11</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>31</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>1 251</b>
davon Notfälle:	<b>ja (nicht gesondert erfasst)</b>

Die 10 häufigsten Diagnosen:

	ICD	Fallzahl	Klarschrift
1	162	217	<b>Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge</b>
2	154	139	<b>Bösartige Neubildung Rektum, Übergangsstadium Colon sigmoideum ins Rektum und Anus</b>
3	180	103	<b>Bösartige Neubildung der Zervix uteri</b>
4	191	92	<b>Bösartige Neubildung des Gehirns</b>
5	174	77	<b>Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse</b>
6	150	45	<b>Bösartige Neubildung der Speiseröhre</b>
7	182	35	<b>Bösartige Neubildung des Corpus uteri</b>
8	198	33	<b>Bösartige Neubildung sonstige näher bez. Sitze</b>
9	202	31	<b>Sonstige bösartige Neubildung des lymph. und histiozytären Systems</b>
10	171	29	<b>Bösartige Neubildung der Bindegewebes und sonstiger Weichteile</b>

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

In dieser Übersicht nicht enthalten sind Leistungen, die auf Grund von Überweisungen innerhalb des Klinikums erbracht wurden. Diese Leistungen übersteigen die hier dargestellten um ein Vielfaches.

Qualitätsbeauftragte:	<b>OÄ Dr. Isolde Hacker</b>
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement:	<b>siehe Übersichten</b>

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:	<b>329</b>
Vorstationäre Behandlungsfälle:	<b>96</b>
Nachstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Teilstationäre Behandlungsfälle:	<b>0</b>
Ambulante Behandlungsfälle:	<b>1 094</b>
davon Notfälle:	<b>ja</b>

Die häufigsten Diagnosen (für stationäre Patienten):

	<b>ICD</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Klarschrift</b>
<b>1</b>	<b>242</b>	<b>204</b>	<b>Thyreotoxikose mit oder ohne Struma</b>
<b>2</b>	<b>193</b>	<b>119</b>	<b>Bösartige Neubildung der Schilddrüse</b>
<b>3</b>	<b>241</b>	<b>2</b>	<b>Knotenstruma ohne Thyreotoxikose</b>
<b>3</b>	<b>244</b>	<b>2</b>	<b>Erworbene Hypothyrose</b>
<b>4</b>	<b>154</b>	<b>1</b>	<b>Bös. Neub. Rektum, Übergangsstadium Colon sigmoideum</b>
<b>4</b>	<b>182</b>	<b>1</b>	<b>Bös. Neub. des Corpus uteri</b>

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

In dieser Übersicht nicht enthalten sind Leistungen, die auf Grund von Überweisungen innerhalb des Klinikums erbracht wurden. Diese Leistungen übersteigen die hier dargestellten um ein Vielfaches.

Qualitätsbeauftragter: **Prof. Dr. Dietmar Gottschild**  
Aktivitäten zum Qualitätsmanagement: **siehe Übersichten**

Besonderheiten der Klinik:

Das Spektrum der Untersuchungen in der Abteilung Nuklearmedizin umfasst den gesamten Bereich der nuklearmedizinischen Diagnostik inklusive PET.



### 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 - Herzchirurgie		+	+			+
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 - Strahlentherapie		+	+			+
Klinik für Radiologie - 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 Pädaudiologie		+				
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 Vasculäre 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	
<b>K. f. Anästhesiol. und Intensivtherapie</b>													
Anästhesiologie	(+)	(+)		+	+		+	+	+				
Intensivtherapie	+	+	+	+	+		+	+	+	5	21	6	1/Mon
<b>K. f. Augenheilkunde</b>	+	+	+	+	+	+				0	2	1	5
<b>K. f. Chirurgie</b>													
Allgem. u. Viszerale Chirurgie				+	+		+	+	+	10	2	1	1
Kinderchirurgie							+	+	+	5	5	5	
Thorax- und Gefäßchirurgie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	5	4	2	1
Herzchirurgie	+	+		+	+		+	+	+	5	7	7	1
Unfallchirurgie	+	+	+	+	+		+	+	+	2	7	2	b.B.
<b>K. f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>													
Geburtshilfe	+	+	+	+	+	+				0	4	1	1
Frauenheilkunde	+	+	+	+	+	+	+	+	+	2	1	1	1
<b>K. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1	4	1	5
<b>K. f. Hautkrankheiten</b>	+	+	+	+	+	+	+			1	6	3	
<b>K. f. Innere Medizin I</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	b.B.	5	2	1	
<b>K. f. Innere Medizin II</b>	+	+	+	+	+	+	+			7	2	1	
<b>K. f. Innere Medizin III</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	5	2	1	1
<b>K. f. Innere Medizin IV</b>													
Pneumologie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	5	2	1	
Rheumatologie	+	+	+	+	+	+	+			5	2	1	
Nephrologie	+	+	+	+	+	+	+			5	2	1	5
<b>K. f. Kinder- und Jugendmedizin</b>													
Allgem./Hämatologie/Onkologie	+	+	+	+	+	+	+	+		6	4	4	
Neonatologie	+	+	+	+	+	+				5	6	5	1
Neuropädiatrie	+	+	+							5	1	1	
<b>K. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>										1	2	3	1
<b>K. f. Neurochirurgie</b>	+	+		+	+					7	5	2	
<b>K. f. Neurologie</b>										5	2	1	
<b>K. f. Psychiatrie</b>		Über BADO	+	+	über BADO	+	+			Zugänge 5, b.B.	1	1	5
<b>K. f. Radiologie</b>													
Strahlentherapie				+	+	+	+	+	+	5	1	1	
Nuklearmedizin													
<b>K. f. Urologie</b>	+	+	+		+		+	+	+	5	2	7	
<b>ZZMK, K. f. MKG-Chirurgie</b>	+	+	+	+	+	+	+			2	5	3	
<b>I. f. Diagnost. und Interv. Radiologie</b>	+	+	+	+	+	+		+		64	45	2	
<b>I. f. Humang. u. Anthropologie (Fallbespr.)</b>											2	2	
<b>I. f. Klin. Pharmakologie</b>	Regelmäßige Besprechung der Auskünfte und Befundungen innerhalb des Therapieservice												
<b>I. f. Phoniatrie und Pädaudiologie</b>				+	+	+	+	+	+		2	3	b.B.
<b>I. f. Physiotherapie</b>										1	1	1	
<b>I. f. Medizinische Mikrobiologie</b>	+	+								1 x auf allen ITS			

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 %	Bund	Bund	Nein
	Tumorbasisdokumentation	100 %	Bund	Bund	Nein
	Cholecystektomie	100 %	Bund	Bund	Nein
	Appendektomie	100 %	Bund	Bund	Nein
	Hernienchirurgie	100 %	Bund	Bund	Nein
- Kinderchirurgie	Laparoskopische und thorakoskopische Eingriffe	100 %	Bund	Bund	Entf.
- Thoraxchirurgie	Carotischirurgie	100 %	Bund	Bund	Ja
- Herzchirurgie	Bundesarbeitsgemeinschaft QS Herz über die ÄK NR	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Registry Minimal invasive Herzchirurgie, Uni Münster	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Dtsch. Ges. f. Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, UKE	100 %	Bund	Bund	Entf.
- Unfallchirurgie	Schultergelenkverletzungen		Bund	Bund	Entf.
K. f. Frauenh. u. Geburtsh. - Geburtshilfe	Perinatalerhebung	100 %	Bund	Bund	Ja
- Frauenheilkunde	Operative Frauenheilkunde	100 %	Pilot	Bund	Ja
K. f. Hautkrankheiten	Extrakorporale Photopherese	100 %	Intern.	Intern.	Entf.
	Register „Malignes Melanom“	100 %	Intern.	Intern.	Entf.
	Infor. Derm. Klin. - allerg. Kontaktekzem	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Melanomdispensaire	100 %	Intern.	Intern.	Entf.
K. f. Innere Medizin I	Endosonographie - Studie Submuköse Tumoren	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.
	QS d. Dtsch. Ges. f. Pneumologie, Pulmonale Zytologie über Path. Inst. d. Universität Freiburg	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. Neurologie	Schlaganfallstatistik	100 %	Bund	Bund	Entf.
K. f. Psychiatrie	Basis-Dokumentation d. DGPPN, modifiziert BMG-Projekt „Freiw. KH-Vergleiche“, Uni RE	100 %	Bund	Th/BY	Entf.
	Vergleich gemäß Psych KG	100 %	Bund	Bund	Entf.
	AMPS-Studie (Arzneimittel-Nebenwirkungs-Meldungen)	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Strukturqualitätserfassung „Stationäre Therapie“ der Thüringer Landesstelle gegen Suchtgefahren	100 %	Land	Land	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.
- Nuklearmedizin	Arbeitskreis QS in der Nuklearmedizin	100 %	Land	Land	Entf.
Apotheke des Klinikums	QMS Apothekerkammer Westfalen-Lippe	100 %	Land	Land	Entf.
I. f. Diagn. u. Intervent. Radiologie	Feldstudie Mamma-Carcinome, Tumorboard	100 %	Bund	Bund	Entf.
I. f. Humangenetik und Anthropologie	Zytogenetische Qualitätskontrolle	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Molekularzytogenetische Qualitätskontrolle	100 %	Bund	Bund	Entf.
	Cystische Fibrose (molekulargenetisch)	100 %	Eur	Eur	Entf.

Land = landesweit  
Bund = bundesweit  
Intern. = international

NL = Neue Bundesländer  
Eur = europaweit

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. u. Geburtsh.-Geb.		Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich
K. f. Hautkrankheiten	Regelmäßige interne Kontrollen	Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich
K. f. Neurologie / Liquorlabor	Tgl. Kontr. Liquorprotein, Albumin, IgH, IgG, IgM in Liquor und Serum	Ringversuche: L-Eiweiß, Albumin, Immunglobuline, Oligoklonale Banden in Liquor und Serum; 2 x jährlich
K. f. Radiologie - Nuklearmedizin	Qualitätssichernde Kontrollen bei: - Radiopharmakazubereitungen - Qualitätskontrolle aller Geräte a) Radionuklidmesstechnik, Organ- und In-vitro-Messplätze nach StrlSchV und Richtlinie Strahlenschutz i.d. Medizin b) Gammakameras nach Medizinproduktegesetz	Ringversuche bei in-vitro-Diagnostik
Apothek des Klinikums	Interne SOPs für die Arzneimittelherstellung und Qualitätskontrolle	Ringversuche „Harnsteine“
I. f. Arbeits-, Sozial- u. Umweltmedizin	- Arbeits- und umweltmedizinische Analysen - Anwendung der Leitlinien der Dtsch. Ges. f. Arbeits- und Umweltmedizin e.V. (DGAUM) u. d. Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte - Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner e.V. (VDBW), d. Merkbl. f. ärztliche Untersuchung, v. Unfallverhütungsvorschriften, d. Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze f. arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen u. d. ethischen Leitlinien d. Arbeitsmediziner	- Ringversuche der Dtsch. Ges. f. Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin e.V. zum Humanbiomonitoring von Gafahrstoffen im arbeits- und umweltmedizinischen Bereich, 1 - 2 x jährlich
I. f. Humangenetik und Anthropologie	Interne wöchentliche Kontrolle der - genetischen Beratung - humanzytogenet. Diagnostik - molekulargenet. Diagnostik	Ringversuche Zytogenetik u. Molekularzytogenetik Molekulargen. Diagnostik Cystische Fibrose - Deutscher Ringversuch jährlich - Europäischer Ringversuch jährlich - Teilnahme an CF-Workshops Qualitätskontrolle
I. f. Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	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. versch. Parameter (s. 3.2.4) - Mtl. Ringversuche d. Allergy Quality Clubs f. spez. IgE's von Pharmacia
I. f. Klinische Pharmakologie	SOPs 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 und molekulare Diagnostik	- Ringversuche INSTAND e.V., 2 x jährlich bei: Bakteriologie Virologie, Infektionsserologie, Parasitologie, Hefepilze und Dermatophyten - Ringversuche der UK National External Quality Assessment Scheme for Microbiology
I. f. Rechtsmedizin	Laborkontrolle (hausinterne SOPs) 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. im Blut 3 x jährlich - Kohlenwasserstoff (Nachw.+ Quant. i. Blut) 2 x jährlich - Blutalkoholbestimmung 2 x jährlich - Drogenscreening im Urin 2 x jährlich - Analyse unbek. Giftstoffe in Serum und Urin 6 x jährlich - Spurenringversuch GEDNAP 2 x jährlich - DANN-Ringversuch 1 x jährlich
I. f. Transfusionsmedizin	- tägliche Prüfung der Geräte sowie der zur Diagnostik eingesetzten Testsysteme - fachgerechte Herstellung homologer und autologer Blutprodukte gemäß Arzneimittelgesetz - Kompatibilitätstestung vor jeder Transfusion und Transplantation	<b>Ringversuche:</b> - INSTAND e.V., 4 x jährlich bei: Immnhämatologie, Virusimmunologie - Thrombozyten- und Granulozytenimmunologie - Gewebetypisierung serologisch, molekulargenetisch - Inspektion durch Landes- und Bundesoberbehörde (Paul-Ehrlich-Institut) sowie den Industriepartner Octapharma
I. f. Virologie	Hausint. Standards, wöchentl. int. Kontrolle der DNA-Analytik	
I. f. Antivirale Chemotherapie	- Laborinterne Kontrollen zur Überprüfung der Sterilität von Nährmedien, der Sensitivität von Zellkulturen und der Wirksamkeit von Desinfektionsmaßnahmen - Auswahl der zur Diagnostik verwendeten kommerziellen Test-Kits anhand hauseigener Proben-Panels - Überprüfung der Sensitivität und Spezifität kommerzieller Test-Kits bei Chargenwechsel anhand hauseigener Standards	- Sollwertlabor für Virusdiagnostik - Mitarbeit Entwicklung von Standards z. Resistenzbestimmung v. Viren als Grundl. f. zukünftige ext. Ringversuche - 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 Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (Direktor: Prof. Dr. Konrad Reinhart)**

Im Bereich „Schmerztherapie“ wurde ein Projekt zur kontinuierlichen Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie fortgeführt. Hierzu wurden im Rahmen einer Ist-Analyse zunächst in ausgewählten Kliniken Daten zur durchgeführten Operation, Narkose und der Art der postoperativen Schmerztherapie erhoben. Anhand dieser Daten sollten Defizite quantifiziert werden und eine Datenbasis für einen Prä-post-Vergleich geschaffen werden. Nach Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen durch ein interdisziplinäres Team und intensive Schulung der Mitarbeiter auf allen Ebenen konnten durch eine erneute Analyse erreichte Fortschritte hinsichtlich Qualität der Schmerztherapie und der Patientenzufriedenheit dokumentiert werden. Diese Analyse wurde überführt in eine kontinuierliche Qualitätssicherungsmaßnahme, bei der unter Anwendung eines kurzen Fragebogens in regelmäßigen Zeitabständen allen beteiligten Partnern Ergebnisse zur weiteren ständigen Qualitätsverbesserung zugänglich gemacht werden.

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

Zu den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung kam im Jahre 1999 die Beteiligung des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität an der externen Qualitätssicherung für Hernien, Appendektomien und Cholecystektomien hinzu. Eine Schätzung des Mengengerüsts für die Allgemeine und Viszerale Chirurgie ergab, dass etwa 400 Patienten pro Jahr zu dokumentieren sind. Dies bedeutete für die Mitarbeiter der Klinik einen erheblichen Mehraufwand.

Ziel der in enger Zusammenarbeit mit dem Klinischen Rechenzentrum durchgeführten vorbereitenden Maßnahmen war es, die Vollständigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation für die externe Qualitätssicherung dadurch zu erreichen, dass die in den Datenbanken des Klinikums (Verwaltungsdatenbank, OP-Datenbank) bereits vorhandenen Daten halbautomatisch in das Programm der externen Qualitätssicherung übernommen werden. Ein Probelauf zeigte, dass beispielsweise von den im Erhebungsbogen geforderten Merkmalen für die Dokumentation von Cholecystektomien 60 % bereits vorhanden sind. So konnte der Bearbeitungsaufwand für den behandelnden Arzt auf etwa zwei Minuten pro Patient minimiert werden.

#### **3.2.4.3 Klinik für Innere Medizin II (Direktor: Prof. Dr. Klaus Höffken)**

Die Klinik für Innere Medizin II begann im Jahr 1999 mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach ISO 9001, das alle Bereiche der Klinik erfasste und auf eine externe Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems im Februar 2000 vorbereiten sollte.

Der Implementierungsprozess für das Qualitätsmanagementsystem umfasste mehrere Schritte. Nach Festlegung der Qualitätsziele durch die Klinikleitung erfolgte in kleinen Arbeitsgruppen die Erfassung aller Arbeitsabläufe der Klinik und die Zusammenfassung der entstandenen Flussdiagramme in einem Qualitätsmanagement-Handbuch (Qualitätsmanagement-Handbuch), das als Grundlage für weitere Qualitätssteigerungen dienen wird. Gleichzeitig erfasst das Qualitätsmanagement-Handbuch Regelungen zur Managementverantwortung (z.B. Organigramm, Umgang mit Dienstanweisungen, Qualitätspolitik, Qualitätsziele), zum Management von Ressourcen (z.B. Weiterbildung, Einarbeitung neuer Mitarbeiter) und zur Erfassung und Umsetzung von Qualitätsverbesserungen (z.B. Besprechungsmanagement, Ermittlung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit). Die Einführung des Qualitätsmanagementsystems war außerdem Anlass zur Überprüfung des Umsetzungsgrades gesetzlicher Bestimmungen (z.B. Medizingerätebetreiberverordnung, Betäubungsmittelgesetz, Arbeitsschutz, Transfusionsordnung).

Nach Erstellung des Qualitätsmanagement-Handbuches wurde mit Mitarbeiterschulungen zur Umsetzung der erfassten Arbeitsabläufe und Festlegungen begonnen, ein Zertifizierungsaudit, d. h. eine Begehung der Klinik durch externe Auditoren einer unabhängigen Zertifizierungsstelle ist für Februar 2000 vorgesehen.

#### **3.2.4.4 Klinik für Innere Medizin III (Direktor: Prof. Dr. Hans-Reiner Figulla)**

Um die Aufgaben einer hochspezialisierten medizinischen Versorgung und qualifizierten Grundversorgung sowie die Aufgaben in Wissenschaft und Forschung, Lehre und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, Pflege- und Funktionsdiensten und Assistenzpersonal in hoher Qualität zu erfüllen, ist an der Klinik 1999 mit dem Aufbau und der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems nach der ISO-Norm 9001:2000 begonnen worden. Geplant ist die Zertifizierung des eingeführten Qualitätsmanagement-Systems für Ende des Jahres 2000.

#### **3.2.4.5 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Direktor: Prof. Dr. Bernhard Blanz)**

##### **Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen**

- Standardisierte Beurteilung der Patientenzufriedenheit
- Beurteilung des Behandlungsergebnisses, durch Teil VI der Basisdokumentation
- Wöchentliche Konferenzen zur Absicherung der Diagnosen nach ICD-10 (Diagnosekonferenzen)
- Wöchentliche Therapiekonferenzen über ausgewählte Behandlungsfälle, Diskussion im Team über die optimale Behandlungsstrategie
- Wöchentliche Supervisionsgruppen auf beiden Stationen zur Abstimmung von Therapeuten und Pflegepersonal

##### **Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen**

- Abstimmung des therapeutischen Vorgehens entsprechend der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (bundesweit) und Beteiligung eines Autorenkollektivs der Klinik an der Erarbeitung dieser Leitlinie
- Vorbereitung und Durchführung der VII. Tagung der Biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie im Oktober 1999 in Jena
- Vorbereitung des XXVI. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Jena
- Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie der Universität Potsdam bei der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fortbildungsangebote der Klinik im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Freistaat Thüringen)

#### **3.2.4.6 Klinik für Neurologie (Direktor: Prof. Dr. Cornelius Weiller, seit 01.12.1999 kommissarischer: PD Dr. Ulrich Sliwka)**

Mit dem Umzug der Poliklinik in die frisch renovierten Räumlichkeiten der ehemaligen Station 4 konnte für die ambulante Patientenversorgung eine dringend notwendige Verbesserung erreicht werden. Es stehen jetzt ein großzügiger Warteraum mit Getränkeautomat, mehrere Arztzimmer und neu gestaltete Räume für die neurologische Zusatzdiagnostik (Ultraschall, Elektrophysiologie, Neuropsychologie) zur Verfügung. Ein Hauptpfeiler der Bestrebung der Qualitätssicherung der Klinik für Neurologie lag im Jahre 1999 aber auch in dem Bestreben, die Qualifizierung der ärztlichen Mitarbeiter voranzutreiben. Es wurden wöchentlich interne Fortbildungsseminare durchgeführt und während des Semesters auch externe Referenten zu einer Fortbildungsveranstaltung geladen. Ein Rotationsplan für Assistenzärzte sichert die Ausbildung in allen für die Neurologie wichtigen Funktionen wie Elektro-



physiologie, Ultraschalldiagnostik und EEG. Durch die Inbetriebnahme des EEG-Monitoring-Labors, mit dem jetzt auch Langzeit-Video-EEG-Aufnahmen und Schlafableitungen durchgeführt werden können, ist das Ausbildungsspektrum jetzt auch in diesem Bereich erweitert worden.

### **Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Tägliche Besprechungsrunde: Alle in der Nacht bzw. am Wochenende aufgenommenen oder ambulant gesehenen Patienten werden in der morgendlichen Besprechung, die für alle Mitarbeiter obligat ist, vorgestellt. Durchgeführte Bildgebung wird in diesen Besprechungen von einem Oberarzt des IDIRs vorgestellt und kommentiert. Alle neu aufgenommenen Patienten werden am Nachmittag von den Oberärzten nachuntersucht. Alle am Patienten durchgeführten Untersuchungen der verschiedenen Labore werden am Nachmittag supervidiert. Hierdurch wird eine intensive Ausbildung und Supervision jüngerer Mitarbeiter gewährleistet.

Die Oberärztinnen und Oberärzte sind für neurologische Zusatzdiagnostik zertifizierte Ausbilder.

Ultraschall	DEGUM-Seminarleiter DGKN-Ausbildungsleiter KBV-Seminarleiter Zur speziellen neurologischen Ultraschalldiagnostik ermächtigtes Labor
EEG	Ausbildungsleiterin der DGKN EEG-Ausbildungslabor
EMG	Ausbildungslabor nach Richtlinien der DGKN
Evozierte Potenziale	Ausbildungslabor nach DGKN-Standard

Qualitätssicherung Pflegepersonal: Die Klinik für Neurologie beteiligt sich aktiv an der Ausbildung von Intensivschwestern im Rahmen des Erwerbs der Bezeichnung „Intensivmedizin für Pflegekräfte“.

Freitagsseminar: Das Freitagsseminar wird von Mitarbeitern der Klinik intern gestaltet. Aktuelle Forschungsergebnisse der Klinik oder aus der Literatur werden hier vorgestellt.

Neurowissenschaftliches Seminar: Das neurowissenschaftliche Seminar findet während des Semesters statt mit ca. 8-10 Terminen. Es werden externe Referenten anderer Universitätskliniken zu aktuellen wissenschaftlichen Fragen geladen.

### Ausbildung der PJ-Studenten

Die PJ-Studenten durchlaufen in ihrer Zeit nach einem Rotationsplan die Klinik, so dass sie die Möglichkeit haben, eine neurologische Station, die Schlaganfallstation, die Poliklinik und die Intensivstation und auf Wunsch auch die Funktionslabore kennen zu lernen. Sie betreuen auf der Station ein bis zwei Patienten selbstständig und werden unmittelbar von einem Assistenten angeleitet und vom Oberarzt supervidiert. Für die PJ-Studenten gibt es einen Fortbildungsplan mit wöchentlichen Terminen, die zum Teil von ihnen selbst oder aber von Mitarbeitern der Klinik vorbereitet und durchgeführt werden.

### **Externe Qualitätssicherungsprojekte**

Als Schwerpunktambulanz für Schlaganfalldiagnostik und Behandlung nimmt die Klinik für Neurologie an den Aktivitäten des „MedNet“ teil. Die Daten aller Schlaganfallpatienten werden in einer bundesweiten Datenbank erfasst und ausgewertet.

Curriculum Schlaganfall: PD Dr. Sliwka hat in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Thüringen eine Weiterbildungsveranstaltung „Curriculum Schlaganfall“ ins Leben gerufen. 1x im Monat werden von Experten die unterschiedlichen Aspekte der zerebralen Ischämie in 2-stündigen Seminaren für interessierte Teilnehmer aus ganz Thüringen vorgestellt.

Zusätzlich wird die Klinik für alle Neurologischen Kliniken in Thüringen in Zusammenarbeit mit einem hessischen Qualitätskontrollinstitut eine Datenbank für Schlaganfallpatienten implementieren.

Durch Teilnahme aller wissenschaftlichen Mitarbeiter an internationalen und nationalen Kongressen und externen Fortbildungen wird der wissenschaftliche Austausch mit anderen Kliniken gefördert, können eigene diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen überprüft werden.

Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit: Durch Umzug in die renovierten Räumlichkeiten der Poliklinik konnte die Attraktivität der ambulanten Dienstleistungen verbessert werden. Die Versorgung akut neurologisch erkrankter Patienten (Stroke-unit, Intensivstation) stellt ein wesentliches Standbein der Klinik dar. Dies sollte in der Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Kollegen weiter verbessert werden. Darüber hinaus werden eine Vielzahl von Spezialambulanzen angeboten. Dies bedeutet eine erhebliche Erweiterung des Spektrums neurologischer Diagnostik und Therapie für die Region. Im Einzelnen sind hier zu nennen: die Dystonieambulanz, die Epilepsieambulanz, die Schmerzsprechstunde, die MS-Ambulanz, die Muskelambulanz, die neurogenetische Ambulanz, die neurovaskuläre Ambulanz und die Schwindelambulanz.

#### **Ausblick in zukünftige Vorhaben zur Qualitätssicherung**

- Die Epilepsieambulanz soll erweitert und die Daten der Patienten in Form einer Epilepsiedatenbank erfasst werden. Dies geschieht einerseits, um Möglichkeiten der wissenschaftlichen Auswertung zu geben, aber auch, um die individuelle Behandlung des Patienten zu optimieren. So soll auf einen Blick zu erfahren sein, welche Diagnostik der Patient bereits hatte und welche Medikamente bereits verabreicht wurden.
- Die Einführung eines elektronischen Krankenblattes auf der Intensivstation auch vor dem Hintergrund der DRGs sollte vorangetrieben werden.

#### **3.2.4.7 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Kieferorthopädie (Direktor: Prof. Dr. med. dent. habil. Heinz Graf)**

Mit dem Umzug des Zentrums für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde in die neuen Räumlichkeiten am Holzmarkt hat sich die Raumsituation zum positiven geändert. Modern und zweckmäßig ausgestattete Behandlungsräume bieten neuen Boden für qualitätsschaffenden und qualitätssichernden Maßnahmen, die auch am neuen Standort zu realisieren sind. Zunächst gilt das Bemühen um die Erweiterung der Patientenzahlen. Durch die - speziell auch für Kinder - optimale Lage im Zentrum der Stadt, konnte die Konsultationszahl trotz der Umzugsproblematik stabilisiert werden. Da die Poliklinik für Kieferorthopädie neuerdings in interdisziplinären Arbeitsgruppen etabliert ist, sind neue Patientengruppen erschlossen worden, die zukünftig die Leistungszahlen positiv beeinflussen werden. Darüber hinaus ist ein wesentlicher Teil der Aktivitäten auf die optimale Schulung der Mitarbeiter an den neuen Geräten und Workflows ausgelegt. Diese Arbeit wird sich nicht in wenigen Quartalen erledigen, sondern bedarf jahrelanger Schulung.

Nach wie vor empfiehlt der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden für den Berichtszeitraum die Position, dass eine Zertifizierung nach ISO-Norm 9001 in 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 im Auftrag der Landeszahnärztekammer Qualifizierungskurse zur Erlangung der Bezeichnung „Fortgebildete Helferin Kieferorthopädie“; 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 anerkannten 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



- Schulung der Mitarbeiter an den neuen Geräten durch die 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 und die Dokumentationsassistentin in Absprache mit den Oberärzten
- 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)
- mehrere Probleme der Datenerfassung sind in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Rechenzentrum als Projekte formuliert und müssen - je nach Verfügbarkeit der Mittel - realisiert werden
- wie mehrfach von unterschiedlichen Stellen des Klinikums empfohlen muss mit besonderer Dringlichkeit ein neues zeitgemäßes Dokumentations- und Abrechnungssystem in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Rechenzentrum eingeführt werden, was derzeit zunächst an der Problematik der Schnittstellen zum RIS und KIS noch scheitert

*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 sowie des Berufsverbandes und beziehen Information durch Studium von Fachinformationen dieser Gruppen und 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
- Austausch der nicht mehr zeitgemäßen kephalometrischen Auswertungsstation ist geplant, jedoch aus finanzieller Sicht derzeit nicht realisierbar

#### *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
- in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Rechenzentrum werden eine Reihe von Terminierungs-Workflows auf der Basis des vorhandenen Programms „Groupwise“ erarbeitet und schrittweise eingeführt

#### *Qualitätsüberwachung „Kieferorthopädische Behandlungsmittel“*

- kieferorthopädische Materialien unterliegen den DIN-Normen; die meisten Lieferanten sind 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**

Internationale Entwicklung gemeinsamer Diagnostik- und Therapieindizes ermöglichen Vergleiche - auf nationaler und internationaler Ebene - 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 Funktionslehre“ 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 nach deren Abschluss nunmehr in weitmaschigen Abständen 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

#### *Internationals Management*

- Kooperation mit internationalen Verbänden - World Federation of Orthodontists (WFO), American Association of Orthodontists (AAO), European Orthodontic Society (EOS), European Federations of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA)

#### **Maßnahmen zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit**

Zurückgehende Patientenzahlen durch Überangebot kieferorthopädischer Leistungen im Stadtgebiet (178 % 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*

- das neue ZZMK wird seit 10/1999 als Anmietobjekt für 10 Jahre in der Holzmarktpassage (An der alten Post 4) betrieben
- es existieren hochmoderne Behandlungseinheiten
- Ausbau des Leistungsspektrum durch anspruchsvolle Diagnostik- und Behandlungsverfahren
  - a) systematische Behandlung mittels Straight-Wire-Apparaturen und Teilbogentechnik
  - b) 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 und 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 und Intensivtherapie
- Kopfschmerzsprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Physiotherapie und dem Institut für Medizinische Psychologie
- Mitarbeit im schmerztherapeutischen Kolloquium der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie sowie den schmerztherapeutischen Zentren in Mühlhausen, Weimar, Greiz und Saalfeld/Rudolstadt
- 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*

- individuelle Mitarbeitermotivation
- individuelle Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der Einführung neuer Technologien am Standort Holzmarkt
- schrittweise Annäherung an ein modernes freundliches Patientenmanagement, bis die Inbetriebnahme eines Organisations-/Dokumentations-/Abrechnungsprogrammes erfolgt ist

- Einsatz modernster Software ist aus Gründen des engen Investitionsbudgets vorerst nicht möglich (Formulierung eines HBMG-Antrages ist erforderlich)
- Einsatz der digitalen Röntgenologie (Reduktion der Strahlenbelastung) ist realisiert; der Nutzen aus digitaler Speicherung und Verfügbarkeit an jedem Behandlungsstuhl kann erst nach Abarbeiten der Projekte, die mit dem Klinischen Rechenzentrum formuliert sind und derzeit - zumindest teilweise - bearbeitet werden, erfolgen; bis zu diesem Zeitpunkt muss der – finanziell aufwendige - Umweg über Ausdruck der Bilder auf Fotopapier gegangen werden, der zudem eine wesentliche Qualitätseinbuße (optische Auflösung) beinhaltet.

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

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

##### **Qualitätssicherung in der Patientenversorgung**

Die zahnärztliche Behandlung wird von zwei habilitierten Zahnärzten (Fachzahnärzte für Kinderzahnheilkunde) und zwei wissenschaftlichen Assistenz Zahnärzten sowohl in Jena als auch in Erfurt realisiert. Zur Qualitätssicherung erfolgen im Rahmen regelmäßiger Dienstbesprechungen Fallbeschreibungen aus der Patientenklientel mit Diagnostik und Behandlungsplanung. Zur Absicherung der klinischen Tätigkeit sind Konsultationen zwischen den o. g. Mitarbeitern bei Bedarf möglich.

Die Behandlungszimmer an beiden Standorten sind nach aktuellen Standards ausgestattet. Die zahnärztlichen Instrumente, Hand- und Winkelstücke werden nach den gültigen Hygienebestimmungen durch die zahnärztlichen Helferinnen sterilisiert. Alle Geräte werden regelmäßig durch Fachpersonal gewartet.

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.

Kindliche und jugendliche Patienten werden von den zahnärztlichen Helferinnen über richtige Mundhygiene aufgeklärt und im Hygienezimmer praktisch angeleitet. Für Kinder mit hohem Kariesrisiko werden individuelle Präventionsstrategien erarbeitet und gemeinsam mit dem Patienten umgesetzt.

Obwohl alle Mitarbeiter für Lehrverpflichtungen (Vorlesungen, Seminare, Praktika) mehrmals wöchentlich nach Jena fahren, wird im poliklinischen Bereich Kinderzahnheilkunde ein Bestellsystem realisiert, so dass längere Wartezeiten (mehr als 15 min) für die Patienten vermieden werden.

##### **Lehre**

Die Lehrveranstaltungen im Fach Kinderzahnheilkunde werden ständig auf den Grundlagen nationaler und internationaler wissenschaftlicher Kenntnisse aktualisiert.

Die Studenten erhalten eine klinische und eine theoretische Ausbildung im Fach Kinderzahnheilkunde/Präventive Zahnheilkunde. Neben den Vorlesungen werden die Studenten in kleinen Gruppen (6 Studenten) für die praktischen Tätigkeiten vorbereitet; in Seminaren werden behandlungsbezogene Probleme diskutiert. Die Studenten führen darüber hinaus gruppenprophylaktische Maßnahmen in ausgewählten Kindergärten durch. Nach festgelegtem Plan besuchen sie wöchentlich die Kindereinrichtungen und praktizieren neben der Gesundheitserziehung auch Mundhygieneaktionen mit den Vorschulkindern. Zusätzlich erfolgen Besuche der Kindergartengruppen in der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde des Zentrums ZMKH, um die Kinder auf eine mögliche zahnärztliche Behandlung vorzubereiten. Für die Studenten ist diese Tätigkeit motivierend. Sie werden dadurch auf ihre künftige berufliche Tätigkeit vorbereitet, insbesondere auf dem Gebiet der präventiven Betreuung von Kindern.

Die Koordination der Lehrinhalte und ihre Qualitätssicherung erfolgt kontinuierlich in wöchentlichen Dienstbesprechungen des Lehrpersonals. Seminare und ein Testat am Ende des 9. Semesters zeigen den Wissensstand der Studenten. Erkennbare Defizite werden im Laufe des 10. Semesters in den klinischen Kursen und Seminaren abgebaut.

Zur Sicherung der Behandlungs- und der Ausbildungsqualität bilden sich Zahnärzte und zahnärztliche Helferinnen regelmäßig durch Teilnahme an Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen sowie im Selbststudium weiter.

### **Forschung**

Forschungsschwerpunkte der Poliklinik beziehen sich auf die Kariesprävention, Kariesdiagnostik sowie auf die Intervention initialer Kariesläsionen.

In allen Studien werden national und international anerkannte Untersuchungs- und Auswertungsverfahren angewendet. Die Ergebnisse werden in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschriften mit Begutachtungsverfahren veröffentlicht, was ebenfalls einen hohen Qualitätsstandard garantiert. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse fließen in die Forschungsarbeit der wissenschaftlichen Mitarbeiter ein, indem aktuelle nationale und internationale Literaturquellen genutzt werden. Die Reduktion des Zeitschriftenbestandes in der Bibliothek, verursacht durch Finanzierungslücken, wirkt sich jedoch für diesen Prozess kontraproduktiv aus.

Promotionsstudenten, Hospitanten und graduierte Stipendiaten werden intensiv durch die jeweiligen Betreuer angeleitet; zur Sicherung aussagekräftiger, vergleichbarer und reproduzierbarer Ergebnisse erfolgt eine klinische Kalibrierung der Untersucher.

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

Die Notwendigkeit zur Qualitätssicherung ist im zahnärztlichen Bereich auf das Engste mit der ärztlichen Verpflichtung der Behandlung der Patienten nach anerkannten Regeln und dem Stand der Wissenschaft 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 Qualitätsmanagements erforderlich sind. Für die weitere Betrachtung ist eine Differenzierung in die Bereiche Patientenversorgung, Lehre und Forschung sinnvoll.

#### **Qualitätssicherung in der Patientenversorgung**

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

#### Zahnärztlich-prothetische Therapie

Die Behandlung der Patienten obliegt allen zahnärztlichen Mitarbeitern der Poliklinik. Kontinuierliche Besprechungen dienen der Absicherung der Behandlungsqualität. Deren Standard basiert auf dem durch aktive Mitgliedschaft in einer Vielzahl von 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 Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene und 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 (Spezialsprechstunden, zum Teil interdisziplinär). Deren Qualifizierung wird durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sichergestellt.

Von der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. wurde die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der als Ausbildungsstätte für den „Qualifiziert fortgebildeten Spezial-



sten für Prothetik“ ernannt. Vier Kollegen besitzen die Anerkennung als „Qualifiziert fortgebildeter Spezialist der DGZPW“.

### Anfertigung der zahnärztlichen Therapiemittel

Die Anfertigung der zahnärztlichen Therapiemittel erfolgt zum überwiegenden Anteil im hauseigenen zahntechnischen Laboratorium. Kontinuierlich durchgeführte Besprechungen, in denen die Planung und Konstruktion der anzufertigenden Arbeiten sowie die zahntechnische Ausführung unter Leitung des 1. Klinischen Oberarztes mit allen Oberärzten, Assistenz Zahnärzten, Laborleiter und Zahntechnikern diskutiert werden, dienen der Optimierung der Qualität der angefertigten prothetischen Restaurationen. Neueste Technologien eignen sich die zahntechnischen Mitarbeiter durch externe und interne Weiterbildung in enger Zusammenarbeit mit der Dentalindustrie an.

Durch modernste Technologien können ästhetische Ansprüche jeder Art optimal erfüllt werden.

Besondere Beachtung wird der Absicherung der Biokompatibilität anzufertigender zahnärztlicher Therapiemittel gewidmet. Hierbei spielt die Anwendung der Werkstoffe Titan und Galvanogold einschließlich der Qualitätskontrolle des Titangusses durch Röntgenstrukturanalyse eine entscheidende Rolle. Die Berücksichtigung des Aspektes der Biokompatibilität in der zahnärztlichen Therapie entspricht neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie auf den jährlichen Tagungen der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie, der größten deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaft für Zahntechnik im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, unter kontinuierlicher aktiver Beteiligung der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde diskutiert werden.

Der Information der Patienten sowie zukünftiger Behandler dient die dem Medizinproduktegesetz entsprechende Konformitätserklärung über alle verwendeten Materialien, wie Legierungen und Kunststoffe. Es werden ausschließlich zertifizierte Materialien (CE-Zeichen) verwendet.

### 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 die drei Schwerpunkte des Zahnmedizinstudiums:

- Vorklinische Ausbildung (Leiterin OA PD Dr. med. dent. habil. M. Schmidt)
- Zahnärztliche Werkstoffkunde (Leiter Univ.-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 erfolgt auf direktem Weg. Es besteht eine effektive Zusammenarbeit mit der studentischen Fachschaft Zahnmedizin.

Die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde ist in die gesamtdeutsche Überarbeitung der zahnärztlichen Approbationsordnung, die Konkretisierung der Lehrprogramme und die Schaffung aktuellsten Lehrmaterials integriert. Das eigene Ausbildungsprogramm ist durch gesamtdeutsche Kompatibilität und jenaspezifische Schwerpunkte gekennzeichnet.

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

## **Forschung**

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

- Dentalkunststoffe für unterschiedlichste Indikationen ,
- Füllungs- und Befestigungswerkstoffe,
- Werkstoffverbunde,
- Oberflächenoptimierung von Dentalwerkstoffen
- klinische Studien über neue Werkstoffe und Technologien,
- evidence based prosthetic dentistry.

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

### **3.2.4.10 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde Bereiche Jena und Erfurt (Direktor: Prof. Dr. Eike Glockmann)**

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf alle Tätigkeitsbereiche der Poliklinik wie Patientenversorgung, Lehre und Forschung sowie die Qualifizierung der Mitarbeiter in den verschiedenen Berufsgruppen.

#### **Qualitätssicherung in der Patientenversorgung**

Die Betreuung der Patienten erfolgt von allen zahnärztlichen Mitarbeitern und unter ihrer Anleitung und Kontrolle durch Studenten in den klinischen Kursen.

Ein Bestellsystem ermöglicht kurze Wartezeiten, unbestellte Patienten, besonders mit einer Schmerzsymptomatik, können während der Semester bis in die Abendstunden behandelt werden.

Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die verwendeten Materialien sowohl in der konservierenden als auch der parodontalen Therapie beruhen auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden ständig aktualisiert.

Interne und interdisziplinäre Konsultationen zu Befunden und Behandlungsstrategien gewährleisten ein hohes Therapieergebnis.

Die zahnärztlichen Mitarbeiter sowie die zahnärztlichen Helferinnen nutzen die verschiedenen Fortbildungsmöglichkeiten um neue Methoden und Materialien fachspezifisch einsetzen zu können.

Assistentenkonferenzen des Zentrums für ZNIK und interne Veranstaltungen der Poliklinik dienen zur Vermittlung neuester Kenntnisse an die Mitarbeiter.

Präventive Maßnahmen sind integraler Bestandteil der Therapie. Dieser Behandlungsabschnitt wird durch die zahnmedizinischen Fachhelferinnen unterstützt.

Das Behandlungsniveau wird durch individualisiertes, dem Therapiebedarf entsprechendes Recall gesichert.

Seit einem Jahr ist in der Lehre ein Traysystem eingeführt worden, welches sich positiv auf die Systematik der Behandlungsabläufe auswirkt.

Die Wiederaufbereitung und Sterilisation erfolgt zentral außerhalb der Zahnklinik und ermöglicht einen fachspezifischen Einsatz der zahnärztlichen Helferinnen.

Jedoch führte Personalmangel in der Zentralen Sterilisation über ein halbes Jahr dazu, dass jeweils eine zahnärztliche Helferin dort für die Wiederaufbereitung der Behandlungsstrays eingesetzt werden musste. Dies führte wieder zu Personalmangel und personellen Umbesetzungen im Poliklinikbereich.

Die Sicherung der Hygiene in den zahnärztlichen Behandlungszimmern und in den studentischen Ausbildungsräumen liegt in der Verantwortung der zahnärztlichen Helferinnen.

Die **Lehre** des zahnmedizinischen Studiums umfasst sowohl die propädeutische als auch die klinische Ausbildung.

Die Lehrinhalte in der Propädeutik (6. Semester) werden disziplinar realisiert. Durch exakte Arbeitsvorbereitungen, häufige Demonstrationen in Kleingruppen, modernste Ausbildungsplätze und Einbeziehung der Sonnabende bis 15:00 Uhr in die Stundenpläne wird trotz begrenzter Raumkapazität eine bestmögliche Vorbereitung auf die klinischen Kurse gewährleistet.

Bereits in den ersten klinischen Semestern besteht die Möglichkeit entsprechend der Befunde der Patienten, interdisziplinäre Therapiemaßnahmen mit den anderen Polikliniken des Zentrums für ZMK abzusprechen und durchzuführen. Dabei werden die Studenten auch interdisziplinär betreut.

Der Vorbereitung auf die Patientenbehandlung dienen in den klinischen Semestern Seminare der Hochschullehrer und Oberärzte in Kariologie, Endodontologie und Parodontologie. Damit wurde die Einheit von Theorie und Praxis gewährleistet, die durch behandlungsspezifischen Unterricht am Behandlungsplatz patientenbezogen unterstrichen wird.

Alle Hochschullehrer und Oberärzte der Poliklinik sind neben der Vorlesungs- und Seminare durchführung durch eigene Anwesenheit in den klinischen Kursen fest in die Lehre integriert und erhalten so auch die nötigen Rückinformationen von den Studenten.

Für die Ausbildung der Fachschülerinnen (zahnärztliche Helferinnen) sind eine Oberärztin und eine erfahrene zahnärztliche Helferin verantwortlich, die auch die praxisbezogenen Lehrunterweisungen organisieren.

In die **Forschungsaufgaben** werden alle zahnärztlichen Mitarbeiter einbezogen. Durch Modernisierung der Einrichtung von Laborräumen in Jena und Erfurt sind gute Voraussetzungen für die Intensivierung der Forschung gegeben. Ein größeres Drittmittelprojekt (Landesmittel) sowie Industrieprojekte werden bearbeitet.

Methoden und Ergebnisse werden an nationalen und internationalen wissenschaftlichen Tagungen dargestellt. Die Veröffentlichungen der Forschungsergebnisse in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Begutachtungsverfahren sichern die Qualität der Forschung.

Probleme bereitet bei der hohen zeitlichen Belastung in der Lehre - einzelne Mitarbeiter absolvieren im Sommersemester bis zu 32 SWS - die Vorbereitung junger Mitarbeiter für eine Habilitation nach den neuen Vorschriften (Impactpunkte).

Alle Hochschullehrer betreuen Promotionsarbeiten. Trotz intensiver Betreuungstätigkeit wird der Abschluss von einzelnen Arbeiten verzögert, wenn die Doktoranden sofort nach dem Studium in die Praxis gehen.

### 3.2.4.11 Klinik-Apotheke (Direktor: 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 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 SOPs und Prozessabläufe dokumentiert. Für unsere Kunden ist ein Beschwerdemanagement eingerichtet.

### **3.2.4.12 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
- Antibiogrammkontrollen 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 Hygieneschwester 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 Hygieneschwester

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

#### 3.2.4.13 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (Direktor: Prof. Dr. med. Dipl. Chem. Werner Alois Kaiser)

Über die in den Tabellen des Abschnittes 3.2 genannten Aktivitäten hinaus können folgende Arbeiten genannt werden:

- Vorbereitung der Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001: 2000
- PACS- und KAUZ-Installationen mit täglicher Optimierung durch Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit den Firmen
- ständige Überprüfung der Untersuchungsstandards auf der Grundlage wissenschaftlicher Publikationen
- laufende Qualitätskontrolle der Röntgenaufnahmen und Auswertung mit den MTRA
- Untersuchungen zur Dosisreduktion beim Röntgen
- Einführung dosisparender Untersuchungsprotokolle
- Ständige Supervision der Assistenten durch die Oberärzte
- wöchentliche Weiterbildung der wissenschaftlichen Mitarbeiter
- Teilnahme an Studien
- Teilnahme an Fachkongressen mit Vorträgen und Postern
- Vorbereitung des Mammographiekongresses 2000.

#### 3.2.4.14 Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik (Kommissarische Direktoren: OA Dr. Dirk Schmidt und OAss. Dr. Ulrich Tietz)

##### Interne Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung für Laborparameter, die im Rahmen der Patientenversorgung verwendet werden, wurde 1999 vervollkommen. Neben der internen Qualitätskontrolle, die allen klinischen Laboratorien in der Bundesrepublik Deutschland per Gesetz (Richtlinien der Bundesärztekammer) vorgeschrieben ist, wurden weitere, zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt.

In 1999 wurde das Qualitätsprogramm der LDS-Labor-DV für alle am Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik durchgeführten Laborparameter eingeführt. Damit können sämtliche Kontrollwerte, die im Laufe des Tages erstellt werden, durch die Laborleiter, bzw. durch den Dienstarzt permanent kontrolliert und entsprechende Maßnahmen zur unverzüglichen Qualitätssicherung eingeleitet werden. Durch die möglich gewordenen Barcodierung der unterschiedlichen Kontrollpanels verringert sich der zeitliche Aufwand beim Zuweisen der Kontrollmaterialien in die Analysensysteme und bei „online-Geräten“ entfällt die manuelle Eingabe von Kontrollergebnissen in die Qualitätskontrollkarten, da die Werte direkt an die Labor-DV gesendet werden können.

Weiterhin wurde im Berichtszeitraum ein zusätzliches Qualitätssicherungsprogramm angeschafft, welches es möglich macht, täglich auftretende Grenzwertverletzungen übersichtlich darzustellen.

Damit hat der verantwortliche Laborleiter die Möglichkeit, rechtzeitig auf entstehende Fehler bei den entsprechenden Analysemethoden reagieren zu können. Dazu werden täglich alle Kontrollwerte des vergangenen Tages aus der Labor-DV überprüft; die festgestellten Grenzwertverletzungen werden herausgefiltert, gedruckt und den Laborleitern zur Verfügung gestellt.

#### Erarbeitung von Standardarbeitsvorschriften

In Vorbereitung der Akkreditierung ausgewählter Laborbereiche des Institutes für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik, die für das Jahr 2000 geplant ist, wurde begonnen, für bestimmte Arbeitsplätze Standardarbeitsvorschriften zu erarbeiten.

- SOP Hepatitis C Virusnachweis mittels Nukleinsäure-Amplifikations-Technik am Cobas Amplicor für Blutprodukte
- Durchführung der Immunfixation und Bence-Jones Immunfixation
- SOP Lithium, EBK, Eisen, Kupfer, Zink, Selen, Kalzium, Magnesium, Chrom
- SOPs für TBARS, GSH, SOD und GSH-Px in Serum und/oder Erythrozyten

Dieser Prozess wird unter Einbeziehung aller Medizinisch-Technischen Assistenten kontinuierlich fortgesetzt.

#### Qualitätssicherung der Point of Care Diagnostik

In 1999 wurde in Zusammenarbeit mit den Pflegedienstleitungen ein einheitliches Blutglucosemesssystem am Klinikum eingeführt. Hier handelt es sich um das Blutzucker-Teststreifengerät ONE TOUCH II HOSPITAL der Firma Life Scan mit integriertem Qualitätskontrollmodul. Damit wurde die kapilläre Glukosebestimmung vollständig an die Stationen übergeben. Derzeit sind ca. 125 Geräte am Klinikum im Einsatz.

Die Anleitung des Pflegedienstpersonals, sowie die fachliche Betreuung bzgl. des Umgangs mit den Streifentestgeräten erfolgt über den Qualitätsbeauftragten des Institutes für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik.

Für die Durchführung der Qualitätskontrolle wurde eine Arbeitsvorschrift erstellt.

Die Qualitätskontrollen der eingesetzten Geräte werden in regelmäßigen Abständen überprüft (Überspielen der QC-Speicher der ONE TOUCH II- Geräte auf Notebook), es erfolgt eine Auswertung mit dem Pflegepersonal.

Erfolgreiche Teilnahme am Ringversuch Trockenchemie - Glukose (INSTAND) - Zertifikat.

Beratung und Anleitung der Nothilfe-Einrichtungen (Arbeiter-Samariter-Bund, DRK, Feuerwehr) der Stadt Jena und des Saale-Holzland-Kreises bei der Einführung gleicher Blutzuckermessgeräte.

Durch die kontinuierliche Weiterführung der Bildung neuer effizienterer Laborstrukturen wird eine Erhöhung der Qualität der Laborergebnisse sichtbar. Dies ist belegbar durch ein 100%-iges Bestehen aller durchgeführten externen Ringversuche im Zeitraum 1998-1999.

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.

#### 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) zurzeit 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 1) durchgeführt.

Schicht	Kontrollen	Zeiten
Normalschicht (7.00 - 15.30 Uhr)	Lyphocheck I (Präzision)	1Uhr 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)	2-21.00 - 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)

Tabelle 1: 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 verglichen. 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) und/oder mehr als 7 aufeinander folgenden Tagen die Präzision zwischen - 1 s und - 2 s bzw. + 1 s und + 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

Wenn es der Aufwand rechtfertigt, sollen diese wie „Rili-BÄK-pflichtige“ Parameter behandelt werden.

#### 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 +/- 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 +/- 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.

### Externe Qualitätssicherung

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

In folgenden Fachgebieten wurde in 1999 an Ringversuchen (Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie, INSTAND) teilgenommen:

Klinische Chemie (Serum)	25 Parameter
Klinische Chemie (Urinkontrollen)	17 Parameter
Pharmaka	16 Parameter
Spurenelemente	10 Parameter
Hämatologie	7 Parameter
Hormone	12 Parameter
Aminosäureanalytik	alle AS
Blutgasanalytik	3 Parameter
Hämostaseologie	6 Parameter
Spez. Analytik	5 Parameter
Immunologie-Plasmaproteine/Gammopathien	14 Parameter

Zusätzlich: Dr. D. Holt, Analytical Unit St. Georg's Hospital Medical School London (Cyclosporin), Worldwide international aluminium quality control (6x Control 84-90), ERNDIM, QAP for qualitative urinary organic analysis (3x3 Proben: Sample 79 - 87), Erreichen eines Score von 17 (max. 18).

### 3.2.4.15 Institut für Klinische Immunologie (Kommissarischer Direktor: PD Dr. Dieter Herrmann)

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

- Teilnahme an Ringversuchen,
- Mitführung von Hersteller- (Funktions-) Kontrollen und 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. Erfassung, Verteilung und Abarbeitung der Proben im Autoantikörperlabor nach fixierten Standardprotokollen
7. als externer Service zur Qualitätssicherung
  - Ausrichtung Arbeitstagung „Qualitätssicherung im FACS-Labor“
  - Restleukozytenzählung in Thrombozyten- und Erythrozytenpräparaten für Transfusionsmedizin

#### 3.2.4.16 Institut für Physiotherapie (Kommissarischer Direktor: Prof. Dr. Ulrich Smolenski)

Das Institut für Physiotherapie gewährleistet ein Qualitätsmanagement im Fachgebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin durch Erarbeitung und Vorgabe von Zielen, Kriterien, Standards und Maßnahmen für die Gestaltung der Strukturen und Abläufe sowie die Messung von Ergebnisparametern im experimentellen Arbeitsbereich sowie den klinischen Arbeitsbereichen des Instituts und in den Einrichtungen der Kooperationspartner (m&i Fachklinik Bad Liebenstein, Sophien- und Hufeland Klinikum Weimar, Ambulantes Rehabilitationszentrum).

Des Weiteren ist ein Qualitätsmanagement mit Bereich Naturheilverfahren im Aufbau, das sich auf die Erarbeitung von Standards für Strukturen und Inhalte vorerst in der studentischen Ausbildung und ärztlichen Fort- und Weiterbildung konzentriert. Eine Erweiterung durch Vorgaben zu Abläufen und zur Messung von Ergebnisparametern im Bereich Naturheilverfahren erfolgt mittelfristig durch wissenschaftliche Begleitung im Rahmen von Dissertationen.

Die Schwerpunkte des Qualitätsmanagements im Institut für Physiotherapie liegen einmal auf integrierten Versorgungskonzepten, für die Therapieempfehlungen, Kriterien und Messparameter im Rahmen der Vorgaben erarbeitet werden, die der Hauptausschuss Qualitätsmanagement der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation gemacht hat. Dieser formuliert seinen Arbeitsauftrag mit der Entwicklung eines Soll-Konzeptes mit



Zielen, Verbesserungsmaßnahmen, Standards, Kennzahlen und eventuell eines Leitfadens zur Physikalischen Medizin in Akutkrankenhäusern und an Schnittstellen der Versorgungsketten basierend auf den Prozessanalysen und Erfahrungen der Ausschussmitglieder, die sich aus universitären Einrichtungen Deutschlands (München, Hannover, Jena) rekrutieren.

Bezug nehmend zur Qualitätssicherung in der Physiotherapie im stationären Bereich hat der Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) einen Leitfaden entwickelt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Qualitätsmanagements im Institut für Physiotherapie liegt auf der Sicherung der Prozessqualität „Diagnostik“ bzw. Assessmentverfahren durch wissenschaftliche Begleitung auch im Rahmen von Dissertationen. Dabei werden sowohl für klinische als auch für apparative Diagnostikverfahren des Bewegungssystems deren Textgüte (Reliabilität und Validität) ermittelt. Diese ist nicht nur von medizinisch-sachlicher Relevanz, sondern auch von einer sozioökonomischen, um eine adäquate Ressourcennutzung im Gesundheitssystem zu garantieren.

Assessmentverfahren (Funktionsuntersuchung, Funktionsmessung; patientenzentrierte outcomes) sind im Gebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin unabdingbar, sowohl für diagnostische als auch therapeutische Entscheidungsprozesse. Im Rehabilitationsprozess determinieren sie das Rehabilitationspotential und die Rehabilitationsbedürftigkeit, letztlich steuern sie den Prozess der Rehabilitation auf den Interventionsebenen einer gestörten funktionalen Gesundheit als Folge von Krankheit, Unfall oder Alter. Dabei sind die Interventionen Funktionen der ICDH (Internationale Klassifikation nach impairment, disability, handicap), Klassifikationen nach Körperschaden (Struktur und Funktion), Funktionalität (Aktivität des Patienten) und Partizipation (Patient im Kontext der Gesellschaft).

## **Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen**

### Fortbildung Physiotherapeuten

- Jährlich erstelltes Fortbildungsprogramm garantiert Teilnahme an Kursen und Lehrgängen zum Erlernen von speziellen krankengymnastischen und manualmedizinischen Konzepten, von sportmedizinischen Methoden, von speziellen Massagetherapien und apparativen Therapieverfahren sowie eine Teilnahme von Aufbaukursen und Refresher-Kursen für bereits praktizierte Methoden.
- Monatliche Fortbildung aller Physiotherapeuten der verschiedenen Arbeitsbereiche des Instituts in Form von Refresher-Kursen für neuinstitutionierte Verfahren.
- Wöchentliche Fortbildung in den jeweiligen klinischen Arbeitsbereichen zur indikationsbezogenen Physiotherapie durch Ärzte und Physiotherapeuten.
- Regelmäßiges Referieren der Physiotherapeuten von klinisch relevanten Referaten.
- Wöchentliche Arbeitsbesprechung aller leitenden Physiotherapeuten unter dem Vorsitz des Institutsdirektors und der Oberphysiotherapeutin zur Koordinierung und Optimierung der Arbeitsabläufe.
- Schulung der Physiotherapeuten an neuen Diagnostik- sowie Therapiegeräten durch die Fachärzte des Instituts.
- Teilnahme der Oberphysiotherapeuten an Lehrgängen zur Schulung in Leitungs- und Organisationsaufgaben.
- Sicherung Prozessqualität „Arbeitsorganisation - Datenerfassung - Abrechnung“
- Computergestützte Datenerfassung stationärer und ambulanter physiotherapeutischer Leistungen unter Supervision der Oberphysiotherapeutin, der Fachärzte und der Leistungserfassungszentrale des Klinikums.
- Zyklische Überarbeitung der Inhalte von Leistungserfassungsbögen für physiotherapeutische und ärztliche Leistungen unter der Supervision des Direktors des Instituts und der Oberphysiotherapeutin.

### Fortbildung Ärzte

- Wöchentliche Arbeitsberatung durch den Direktor des Instituts zu Fragen im Zusammenhang mit der Sicherung der Struktur- und Prozessqualität mit den Oberärzten, Fachärzten, Weiterbildungsassistenten und der Oberphysiotherapeutin.
- Wöchentliche klinische Visite in den Arbeitsbereichen der Klinischen Physiotherapie mit dem Direktor, dem Facharzt, der Oberphysiotherapeutin sowie der dortigen leitenden Physiotherapeutin.
- Wöchentliche „Fallbesprechung“ unter dem Vorsitz des Oberarztes im Beisein aller am Institut tätigen Ärzte.
- Wöchentliche Teilnahme an Chefvisiten in ausgewählten Kliniken durch Facharzt bzw. Oberarzt.
- 2-monatliche Fortbildung der Ärzte des Instituts durch externe Referenten in klinisch und experimentell relevanten Themen.
- 2-wöchentliche Teilnahme am interdisziplinären Konsilium im Rahmen der Kollagenosesprechstunde am Klinikum.
- Regelmäßige Teilnahme am interdisziplinären Konsil zur Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) am Klinikum.
- Monatliche Teilnahme an der Schmerzkonferenz der Schmerzzambulanz des Klinikums.
- Kontinuierliche Fortbildung der Weiterbildungsassistenten und Hospitanten durch die Supervision der Fachärzte und Oberärzte.
- Wöchentliche „Forschungsberatungen“ zu den disziplinären und interdisziplinären Forschungsaufgaben im Kontext der Medizinischen Fakultät und im Zusammenhang außeruniversitärer Forschungsprojekte (Reha-Kliniken, andere Fachgesellschaften, Industrieforschung).

### **Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen**

- Mitarbeit im Hauptausschuss Qualitätsmanagement in der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit der Zielsetzung eines Soll-Konzeptes für: Frühzeitiges interdisziplinäres Arbeiten, Prozessanalysen (Erfahrungswerte), Soll-Konzept, Verbesserungsmaßnahmen, Standards, Kennzahlen, Leitfaden.
- Mitarbeit an der Erstellung eines Konsensuspapiers für die Definitionen, Kriterien und Inhalte des Fachgebietes Physikalische Medizin und Rehabilitation auf Bundesebene.
- Mitarbeit an der Erstellung eines Konsensuspapiers für die Definitionen, Ziele und Kriterien sowie Umsetzung eines Präventionskonzepts an Hand der Kneipptherapie auf Bundesebene.
- Mitarbeit im Qualitätsmanagement der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie auf der Ebene der Assistenzberufe bzgl. Leitlinienerarbeitung für Physiotherapie (Krankengymnastik, Physikalische Therapie) und Ergotherapie in der Rheumatologie und auf der Ebene der Ärzte bzgl. Leitlinienerarbeitung einer Rheumatologischen Physiotherapie.
- Mitarbeit im Qualitätszirkel „Physiotherapie in der Niederlassung“ im Rahmen des KV-Qualitätsmanagements Thüringen.

#### **3.2.4.17 Institut für Rechtsmedizin: Qualitätssicherung im toxikologisch-chemischen Labor (Direktorin: Prof. Dr. Annelies Klein)**

Im toxikologisch-chemischen Labor werden überwiegend chromatografische Spezialanalysen durchgeführt, für die es keine kommerziellen Kits gibt. Bei diesen chromatografischen Analysen (Arznei- und Betäubungsmittel) werden Kontrollparameter mitgeführt (HPTLC jede Analyse, HPLC und GC-MS nach Bedarf), bei HPLC und GC-MS wird grundsätzlich mit internem (falls vorhanden deuteriert) Standard gearbeitet. Für zahlreiche der selteneren Pa-



parameter existiert kein kommerzielles Referenzmaterial, entsprechende Kontrollproben werden durch Zusatz zu Leerseren selbst angesetzt.

Im Fall immunchemischer Analysenserien und Einzelanalysen wird - rund um die Uhr - immer eine Qualitätskontrolle mitgeführt. Für die Blutalkoholbestimmung wird täglich eine Kalibrierkurve für beide Methoden (ADH und GC) erstellt.

Die Anzahl der hausinternen standardisierten Arbeitsvorschriften wird ständig erhöht. Dies ist auf Grund der großen Zahl der z.T. sehr selten angeforderten Parameter und der unterschiedlichen Aufgabenstellung (Therapiekontrolle, Vergiftung) problematisch. Dadurch und durch Verbesserung der chromatografischen Analyseverfahren konnten die Responsezeiten wesentlich gesenkt werden, für Therapiekontrollen 0-1 (maximal 2) Tage, Suchanalysen auf mehrere 100 Wirkstoffe ca. drei Tage (abhängig von Art und Umfang des angeforderten Screenings). Jedes Laborergebnis durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter validiert und auf Plausibilität geprüft.

Auch die Qualität der Analysen konnte erhöht werden, so wurde an allen 21 Ringversuchen (siehe Tabelle 3.2.3) erfolgreich teilgenommen; alle Parameter wurden richtig identifiziert und mit ganz wenigen Ausnahmen auch richtig quantifiziert.

#### **3.2.4.18 Institut für Transfusionsmedizin (Direktorin: Prof. Dr. Dagmar Barz)**

Aufgabe des Qualitätssicherungssystems ist die Erzielung von richtigen und reproduzierbaren qualitativen und quantitativen Ergebnissen als Grundlage für

- Kompatibilitätstestungen vor Transfusionen und Transplantationen und
- eine fachgerechte Herstellung homologer und autologer Blutprodukte (Arzneimittel): inline-gefiltertes, leukozytendepletiertes Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiertes Thrombozytaphesekonzentrat, Granulozytapherekonzentrat, Gefrierfrischplasma, Eigenblut.

#### **Interne Qualitätskontrollen: Selbstinspektion**

Zur Überwachung qualitätssichernder Maßnahmen werden bei der Anwendung von Blutprodukten in festgelegten Abständen Selbstinspektionen vom Qualitätsbeauftragten durchgeführt. Bei Hinweisen auf schwer wiegende Mängel werden zusätzliche Inspektionstermine angesetzt.

- Tägliche Prüfung der Geräte sowie der zur Diagnostik eingesetzten Testsysteme, Empfindlichkeitsprüfung, d.h. positive und negative Kontrolle, Eichung, Chargen- und Ergebnisdokumentation: Datum/Mitarbeiter, Aufbewahrung der Protokolle 15 Jahre, Maßnahmen zur Behebung der Mängel (Qualitätssicherungshandbuch),
- Prüfparameter: Füllvolumen, AB0-Blutgruppen, Antikörperbestimmung - alle Einheiten in der Blutgruppenbestimmung täglich, Infektionsparameter wie ALAT, Anti-HIV1/2, HCV-Genom (HCV-PCR), Anti-HCV, HBs-Antigen, Anti-CMV, Lues-Serologie - alle Einheiten in der Infektionsserologie täglich, als auch tägliche Kontrolle aller Testmaterialien und -abläufe,
- Erythrozytenkonzentrate: Gesamt-Hb, Hämatokrit, Restleukozyten, Restthrombozyten bei 1 % aller Einheiten (E), mindestens 4 E/Monat nach Herstellung und Lagerung
- Erythrozytenkonzentrate: freies Hb, Hämolyserate, pH-Wert, Kalium 4 E/Monat am Ende der Lagerung
- Alle Präparate: Sterilität:  $0,4 \times \sqrt{\text{Anzahl der hergestellten E}}$ , mindestens 4 E/Monat bei Ende der Lagerung
- Erythrozytenkonzentrate: Hämolysenzeichen bei jedem Präparat vor Ausgabe
- vierteljährliche Kontrolle zur Einhaltung der Hygiene durch Klinikshygienikerin

### **Externe Qualitätskontrollen: Teilnahme an Ringversuchen**

- Teilnahme an den deutschlandweiten Ringversuchen des INSTAND e.V. je viermal jährlich:
- Immunhämatologie (Serologie, Blutgruppenbestimmung), Virusimmunologie (Infektionsparameter) sowie serologische und molekulargenetische Typisierung von HLA-Antigenen
- Zusätzliche Teilnahme der Abteilung Transplantationsimmunologie an Ringversuchen zur serologischen und molekulargenetischen Gewebetypisierung und Antikörperverhalten
- Anmeldung für die EFI-Akkreditierung des HLA-Labors in Leiden (Niederlande) im Dezember 1999 bei Eurotransplant (Prof. Albert)
- Teilnahme an Ringversuchen Thrombozyten- und Granulozytenimmunologie
- jährliche Inspektion durch die Landes- und Bundesoberbehörde (Paul-Ehrlich-Institut) sowie den plasmaverarbeitenden Industriepartner (Octapharma - Wien)

#### **3.2.4.19 Laborkommission (Leitung: Dr. Michael Hartmann)**

Die Laborkommission ist als Funktionskommission des Ärztlichen Direktors für den Bereich Laboratoriumsdiagnostik in der Krankenversorgung am Klinikum zuständig. Insbesondere hat sie die Aufgabe, Struktur, Versorgungsumfang und -sicherheit, Qualität, 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.

#### **3.2.4.20 Arzneimittelkommission/Institut für Klinische Pharmakologie (Leitung: Prof. Dr. Annemarie Hoffmann)**

Die Arzneimittelkommission des Klinikums 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 Arzneimittel-Liste 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 Arzneimittel-Liste aufgenommen worden sind. Sind für den Einzelfall Anforderungen eines Arzneimittels notwendig, muss dieses auf einem eigens dafür vorgesehenen Formblattes 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.

#### **3.2.4.21 Bericht zur Arbeit der Beschaffungskommission (Leitung: Christel Tschirschwitz)**

Die Arbeit der Beschaffungskommission wurde auch 1999, unter Anleitung und Themengebung der Abt. Materialwirtschaft, fortgesetzt.

Aufgabe der Beschaffungskommission ist es vor allem, Entscheidungen zu Sortimentsfestlegungen, -bereinigungen, Qualitätsproblemen für Materialien, die von der Mehrzahl der Anwender des Klinikums benötigt werden, zu treffen. Da hierzu in den letzten Jahren schon viel erreicht wurde, hat die Themenvielfalt nachgelassen.

Die beiden wichtigsten Aspekte der Arbeit der Beschaffungskommission im Jahr 1999 waren die endgültige Durchsetzung der schrittweisen Vereinheitlichung der Absaugsysteme am gesamten Klinikum von bisher 3 verschiedenen Einmalabsaugbeuteln auf nur eine Sorte unter Berücksichtigung des Entsorgungskonzeptes des Klinikums sowie die Vorbereitung der Vereinheitlichung der Thoraxdrainagesysteme.

Außerhalb der in der Beschaffungskommission beratenen Themen wurden seitens der Abt. Materialwirtschaft bei medizinischem Verbrauchsmaterial durch Ausschreibungen und gezielte Preisverhandlungen und Angebotseinholungen Einsparungen von ca. 200.000,- DM erzielt.

#### **3.2.4.22 Bericht der Krankenhaushygiene (Klinikshygienikerin: Dr. Helke Lütz)**

##### **Struktur und Verantwortlichkeiten**

Aufgabe der Krankenhaushygiene ist es primär, übertragbare Krankheiten vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Zur Erfüllung dieser Aufgabe ist die Mitwirkung jedes einzelnen *Beschäftigten* am Klinikum erforderlich. Jeder Arzt und jede Pflegekraft sind in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich für die Einhaltung der Grundsätze der Asepsis verantwortlich. Auf Fehlverhalten wird durch die Klinikhygiene hingewiesen. Es können jedoch nur entsprechende Erläuterungen gegeben werden, disziplinarische Maßnahmen seitens der Klinikhygiene sind nicht möglich.

Verantwortlich für die Krankenhaushygiene im Gesamtbereich des Klinikums ist der *Ärztliche Direktor*. In seinem Auftrag schlägt der *Klinikhygieniker* die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen vor und berät das medizinische Personal in Fragen der Krankenhaushygiene und der persönlichen Infektionsprävention. Unterstützt wird der Klinikhygieniker durch 4 *Hygienefachkräfte* (davon 3 Fachkräfte mit abgeschlossener Weiterbildung zur Krankenschwester für Krankenhaushygiene und eine Hygieneschwester in Ausbildung).

Zuständig für die Erfassung und Klärung von Ursachen einzelner oder epidemisch auftretender nosokomialer Infektionen in den Kliniken und vorwiegend klinisch tätigen Instituten sind die Hygienebeauftragten. Sie werden von den entsprechenden Direktoren bestellt. Die *Hygienebeauftragten* führen ihre Aufgaben im Einverständnis mit dem Klinikhygieniker und in enger Zusammenarbeit mit den Hygienefachkräften durch.

Das *Institut für Allgemeine, Krankenhaus- und Umwelthygiene* bearbeitet wissenschaftliche Fragestellungen und nimmt Lehraufgaben wahr. Außerdem werden im Laborbereich die von der Klinikhygiene entnommenen Proben zur internen Qualitätssicherung mikrobiologisch und zum Teil auch chemisch und physikalisch untersucht.

Als Beratungsorgan für den Ärztlichen Direktor beim Auftreten epidemischer Krankenhausinfektionen oder besonderer krankenhaushygienischer Probleme wurde eine *Hygienekommission* berufen. Die gesamte Kommission musste auch 1999 nicht tätig werden, weil keine entsprechend brisanten klinikübergreifenden Hygieneprobleme auftraten. Aus Effektivitätsgründen wurden klinikinterne hygienerelevante Probleme mit den direkt betroffenen Personen oder in tangierenden Fachkommissionen besprochen und ggf. in die Sitzung des Klinikumvorstandes zur Beschlussfassung eingebracht.

## Hygienepläne

Der Hygieneplan des Klinikums ist Bestandteil der Dienstvorschriften. Er enthält die allgemeinen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen.

Zur regelmäßigen und regelrechten Information aller Mitarbeiter über interdisziplinär erarbeitete Sollwerte, hygienischer Qualitätsstandards sowie von externen Seite vorgegebener Richtlinien wurden im Berichtszeitraum 3 Dienstanweisungen „Erläuterung zum Hygieneplan“ herausgegeben.

Für ausgewählte Bereiche existieren abteilungsspezifische Hygienepläne. 1999 wurde beispielsweise die Hygieneordnung OP-Bereich überarbeitet.

Als konkrete und konzentrierte Zusammenfassung wichtiger Teile des Hygieneplanes stehen jeder Station und jedem Funktionsbereich entsprechende Desinfektionspläne zur Verfügung. Mit der Neugestaltung aller Desinfektionspläne durch die Klinikhygiene in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Stationen und Funktionsbereiche wurde 1999 begonnen.

Die *Merkblätter „Hinweise zu Infektionskrankheiten“* werden ständig aktualisiert und ergänzt. In den Merkblättern sind die erforderlichen Maßnahmen im Umgang mit Patienten, die mit bestimmten Infektionserregern infiziert oder kolonisiert sind, beschrieben (beispielsweise Multiresistenter *Staphylococcus aureus* - MRSA, Vanomycinresistente Enterokokken - VRE, Multiresistente gramnegative Stäbchen, Hepatitisviren, Tuberkuloseerreger, Durchfallerreger).

Die von den Standardarbeitsgruppen erstellten *Pflegestandards* werden unter krankenhaushygienischen Aspekten generell beurteilt, teilweise wird die Klinikhygiene bereits in der Phase der Ausarbeitung einbezogen.

In Zusammenarbeit mit der Klinikapotheke wurde die *Desinfektionsmittelliste* aktualisiert.

## Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen

An freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nimmt die Klinikhygiene in ihrer Verantwortung für das Gesamtklinikum nicht teil. Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen beziehen sich überwiegend auf die Erfassung der Rate nosokomialer Infektionen. Die Häufigkeit der klinisch manifesten Infektionserkrankungen wird jedoch von vielen patientenspezifischen und therapiebedingten Zufallseinflüssen bestimmt. Eine klinikumsweite Erfassung nosokomialer Infektionen kann deshalb weder ein sicheres Indiz für die Notwendigkeit krankenhaushygienischer Interventionen noch ein Gradmesser für die praktische Umsetzung der Hygienemaßnahmen sein.

An dem Klinikum wird weniger das Infektionskontroll-Konzept verfolgt, sondern das *Hygiene-Konzept* favorisiert. Beim Infektionskontroll-Konzept werden die krankenhaushygienischen Maßnahmen nach dem Auftreten nosokomialer Infektionen zum Schutz vor einer Weiterverbreitung intensiviert. Das Hygiene-Konzept beruht auf der Kontrolle der hygienisch-mikrobiologischen Qualität, um bereits vor Auftreten exogen bedingter Infektionen Hinweise auf nachteilige Veränderungen geben zu können. Unabhängig davon sind die Kriterien zur Feststellung nosokomialer Infektionen den Mitarbeitern am Klinikum bekannt. Schwerpunktmäßig werden *nosokomiale Infektionen*, insbesondere *Wundinfektionen*, in einzelnen Abteilungen erfasst, ausgewertet und ggf. in den Fachgesellschaften diskutiert.

Entsprechend den klinikumsinternen Meldevorgaben soll die Klinikhygiene bei Auftreten nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtiger Erkrankungen auch informiert werden. Außerdem wird die Klinikhygiene bei unerwarteten oder schwer verlaufenden sporadischen Fällen oder einer Häufung nosokomialer Infektionen hinzugezogen, so dass die Klinikhygiene *Sentinelenerhebungen* durchführt.

## Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen.

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

- *Begehung* aller Krankenhausbereiche einmal jährlich sowie zusätzlich anlassbedingt bei entsprechenden Fragestellungen. Schwerpunktbereiche wie OP- und invasive Diagnostikabteilungen, Intensivtherapie-Stationen, On-

kologische Stationen, Psychiatrische Stationen, Dialysebereiche, Abteilungen zur Instrumentenaufbereitung und Küchen, werden mindestens vierteljährlich aufgesucht. Bei diesen Begehungen wird einmal jährlich die *Zustandsanalyse* mittels Checklisten erstellt. Stets wird gemeinsam nach Möglichkeiten zum Abstellen aufgedeckter hygienischer Schwachstellen gesucht. Für nicht sofort lösbare Probleme wird ein Maßnahmenkatalog mit Dringlichkeitsstufen erarbeitet.

- Entnahme von Probematerial für insgesamt 8750 mikrobiologische Untersuchungen zur Beurteilung der hygienischen Sicherheit von
  - a) pflegetechnischen Maßnahmen
  - b) Desinfektionsgeräten
  - c) Trinkwasser und Wasser für medizinische Zwecke
  - d) Lüftungstechnischen Anlagen
  - e) Versorgungseinrichtungen
  - f) Maßnahmen der desinfizierenden Reinigung durch die Dienstleistungsfirmen
- Bestimmung der mikrobiologischen Umgebungskontamination hinsichtlich Erreger und Resistenzspektrum Stichprobenartig in allen Kliniken
- Probennahme aus allen Desinfektionsmitteldosiergeräten zur chemischen und physikalischen Untersuchung
- Festlegung und Kontrolle der physikalischen, chemischen und biologischen Überwachungsmaßnahmen der Sterilisiergeräte einschließlich der Chargendokumentation
- Ermittlung potenzieller Infektionsquellen und Übertragungswege und Festlegung von Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Infektionserregern bei 23 Geschehen
- Mitarbeit der Klinikhygiene in der Beschaffungskommission, der Arzneimittelkommission und der Küchenkommission zwecks Beratung bei der Beschaffung von hygienerelevanten Geräten und Materialien sowie Mitarbeit im Arbeitsschutzausschuss und der Arbeitsgruppe Erschweriszulage zur Beurteilung der Gefährdung der Mitarbeiter durch biologische Arbeitsstoffe
- Hygienische Beratung bei Vorplanung, Entwurf, Bauausführung und Bauabnahme bei Sanierungs- sowie Umbau- und Neubauvorhaben einschließlich der Neubaumaßnahme „Klinikum 2000“
- Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Jena
  - a) Vorbereitung und Teilnahme an den Begehungen des Gesundheitsamtes in den Operationsabteilungen,
  - b) Abstimmung zu epidemiologisch bedeutsamen Maßnahmen am Klinikum

#### **Fortbildungsveranstaltungen**

- Organisation und/oder Mitwirkung an 21 Fortbildungsveranstaltungen zu hygienerelevanten Themen für medizinisches Personal
- Gestaltung von 25 Unterrichtsstunden innerhalb der Fachweiterbildungen, die am Klinikum erbracht werden
- 28 Teilnahmen der Klinikhygiene an regionalen und überregionalen Fortbildungsveranstaltungen

#### **3.2.4.23 Bericht des SSG Wirtschaftsbetriebe zur Patienten- und Mitarbeiterversorgung (Leiterin Küchen Innenstadt: Hannelore Tröber)**

##### **Interne Qualitätssicherungsmerkmale**

Im Jahr 1999 bestanden die Arbeitsschwerpunkte in der Weiterführung der im Jahre 1999 begonnenen Maßnahmen und der vorbereitenden Qualitätssicherung für die Inbetriebnahme der Küche im Neubau „Klinikum 2000“.

Dazu wurden folgende Maßnahmen durchgesetzt:

- Es sind die Grundlagen vorhanden, dass auf allen Stationen drei Menüs angeboten werden können. Dieses Angebot wurde von ca. 10 % der Stationen nicht genutzt.
- Für schwerkranke Patienten bieten wir, nach Rücksprache mit der Diätassistentin, Wunschkost an.
- Es erfolgte eine Überarbeitung des Kinderspeisenplanes, um dem Krankheitsbild und den Bedürfnissen der kleinen Patienten gerecht zu werden.
- Patienten mit dem Krankheitsbild „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“ wurden durch die Diätküche der Nervenlinik individuell und mahlzeitbezogen versorgt.
- Die Mitarbeiterversorgung erfolgte nach den Kriterien der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). In den Pausenversorgungen (Mittelbau und Chirurgie) wurden individuell für die Mitarbeiter Zusatzgerichte bereitgestellt. Auf Grund der vorübergehenden Schließung der Pausenversorgung Mittelbau (Modernisierung), wurde die Versorgung in gleicher Qualität durch die Pausenversorgung Chirurgie übernommen.
- Alle Pausenversorgungen des Klinikums bieten neben der ständigen Mitarbeiterversorgung auch die Ausstattung von Kongressen, Tagungen und Jubiläen in guter Qualität, auf Wunsch in verschiedenen Variationen an.

### **Berücksichtigung der Empfehlungen der DGE**

1999 wurden die Empfehlungen der DGE umgesetzt. Dieses ist jedoch ein fortschreitender Prozess, der im Jahre 2000 weitergeführt und mit der Inbetriebnahme der neuen Zentralküche ständig aktualisiert wird. Besonders ist hervorzuheben, dass Fertigprodukte, z.B. mit den Inhaltsstoffen Glutamat und Süßstoffe für das Klinikum wesentlich reduziert wurden.

Die Empfehlungen für das Verhältnis der Grundnährstoffe wurden durchgängig eingehalten.

Neue Empfehlungen der DGE wurden den dafür verantwortlichen Mitarbeitern ausgehändigt und ihre Durchsetzung kontrolliert.

### **Rhythmus der Mahlzeiten, Wahlessen**

Die Patienten werden auf Grund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse täglich mit 5 Mahlzeiten versorgt. Spezielle Diätpatienten erhalten auf ärztlicher Anordnung bis zu 10 Mahlzeiten pro Tag.

Innerstädtisch werden die Patienten über ein Schöpfsystem versorgt, die Ausgabezeiten richten sich nach den Stationsabläufen. In der Klinik für Innere Medizin und der Kinderklinik werden die Patienten über ein Tablettssystem versorgt, die Ausgabezeiten sind feststehend.

### **Ernährungsberatung**

Die Ernährungsberatung erfolgt generell auf Anforderung durch das zuständige medizinische Personal.

- Ausnahmen bilden Stationen wie z.B. Lebertransplantationen, die zu festgelegten Terminen wöchentlich beraten werden.
- In anderen Bereichen, z.B. Psychiatrie erfolgen Gruppenberatungen, Kochveranstaltungen, Einkaufstrainingsseminare und Elternsprechstunden. Die Patienten werden mit Info-Material und gegebenenfalls mit krankheitsbezogenen Rezepturen versorgt
- Erkenntnisse aus diesen Beratungen fließen in die Bereitung der Diätkost ein.

### **Diätküchen**

1999 wurde die Diätküche Hautklinik auf Grund baulicher Mängel geschlossen. Die Leistungen der Küche sind ohne Einschränkung der Qualität auf die Küchen Nervenlinik und Bachstraße verteilt worden.

Die diätetische Speisenzubereitung unterliegt den strengen Anforderungen der optimalen Ernährung der Patienten. Diese Erfordernisse sind sowohl Personen, als auch auf Gruppen bezogen.



## **Fortbildungsveranstaltungen**

Alle Küchenleiter nahmen an einer Hygieneweiterbildung in Zöribig, unter Leitung von Prof. Dr. Lutz Bertling, teil. Der erfolgreiche Abschluss wurde durch Zertifikate bestätigt (HACCP-System).

Unsere Ernährungsberaterin/Diätassistentin nahm an Informationsveranstaltungen der DGE und Verband der Diätassistenten teil.

Innerbetrieblich sind die Stationshilfen geschult worden.

Öffentlichkeitsarbeit, kliniksinterne Veranstaltungen sowie Schulungen des Klinikpersonals im Bereich Diätetik wurden von der innerstädtischen Diätassistentin erfolgreich durchgeführt.

Dienstberatungen werden generell zur Durchsetzung des Qualitätsmanagements genutzt.

## **Allgemein**

Die gesamten Anstrengungen 1999 zielten auf die progressive Umsetzung für die neue Zentralküche im Klinikumsneubau hin. Konkret wird hier angestrebt, ohne Qualitätsverluste einen reibungslosen Übergang der dezentralen Patientenversorgung zu einer zentralen Patientenversorgung (neue Zentralküche) zu gewährleisten. Die Einführung des Cook&Chill-Systems bietet nach unserer Ansicht die besten Voraussetzungen für dieses Ziel.

### **3.2.4.24 Bericht der Stabsstelle Arbeitssicherheit (Leitung: Herr Roland Beibst)**

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. Bränden). Bei der Einführung des Qualitätssicherungssystems im Klinikum sind richtungsweisend 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.

Gesetzliche Veränderungen im Zuge der Harmonisierung des EG-Rechts, ein erweitertes Verständnis einer präventiv orientierten, ganzheitlich ausgerichteten Sicherheits- und Gesundheitsarbeit und Zukunftsentwicklungen der Erwerbstätigkeit (Trend zur Computerarbeit etc.) stellen neue Herausforderungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz dar. Diese führen zu einem veränderten Aufgabenspektrum der Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Dieser notwendige Wandel im Rollenverständnis erfordert von den Fachkräften, ihr Expertentum mit Führungsqualitäten anzureichern. Sicherheit und Gesundheit wird zukünftig verstärkt eine Managementaufgabe sein. Diese Rolle umfasst alle Aktivitäten mit dem Ziel, den Arbeits- und Gesundheitsschutz in die Betriebsorganisation zu integrieren, d. h. die damit verbundenen Aufgaben als feste Bestandteile verschiedener Arbeitsbereiche festzuschreiben. Sicherheit und Gesundheit sollen als Betriebsziele auf allen Entscheidungs- und Aktionsebenen handlungsleitend werden, getragen vom Engagement und der Zusammenarbeit aller Bediensteten, von der Klinikumsleitung über Führungskräfte, Vorgesetzte, bis hin zu den Mitarbeitern.

Bei dem Bestreben, die Sicherheit und Gesundheit im Betrieb zu fördern, ist es daher die Aufgabe der Fachkraft für Arbeitssicherheit, alle Organisationsebenen im Klinikum zu erreichen. Sie bietet den Verantwortlichen aktiv ihre Unterstützung und ihr Expertenwissen an. Dabei ist die Fachkraft für Arbeitssicherheit Generalist und Spezialist zugleich. Ihr professionelles Selbstverständnis erfordert eine breite Zuständigkeit und sowohl Grundlagen- als auch Überblickwissen auf allen Spezialgebieten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, aber auch Wissen zu tangierenden Bereichen (Umweltschutz, Strahlenschutz etc.). Daneben ist die Fachkraft Spezialist auf solchen Gebieten, die für das Klinikum von besonderer Bedeutung sind. Sie muss in der Lage sein, durch übergreifendes Denken Zusammenhänge (von Arbeitssicherheit und Qualität etc.) zu erkennen und diese zu vertreten.

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit hat kooperative Arbeitsweisen entwickelt. Das bedeutet, unterschiedliche Experten in die Analyse von Problemen und Entwicklung von Lösungsvorschlägen einzubeziehen. Sie muss erkennen, welche Fachkompetenz situationsbezogen zu nutzen ist.

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 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, um damit eine praktikable und ökonomische Lösung aufzuzeigen:

- Die Arbeitsgruppe „Erschwerniszuschläge“ aus den Fachgebieten Personalwesen, Betriebsarzt, Klinikhygienikerin, Strahlenschutz, Biologische Sicherheit, Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und Personalrat besteht weiterhin. 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 sowie eine Dienstanweisung Alkohol erarbeitet. 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 beurteilt die Vorgehensweise für BS-Arbeitsplätze. Dazu erfolgte die rechnergestützte Erfassung von ca. 1.300 BS-Arbeitsplätzen im Klinikum.
- Dem Gremium des Arbeitsschutzausschusses ist es möglich auf Grund der Besetzung mit Fachkräften 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 der Biostoffverordnung erarbeitet.
- Als ständiges Mitglied in der AG KIM des Neubaus „Klinikum 2000“ konnten rechtzeitig (schon während der Planungsphase) die arbeitssicherheits- und brandschutzrelevante Einflussnahme 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. Feuerwehr praxisbezogen Einfluss genommen.



Bezugnehmend auf die Vorstellung der Krankenhausgesellschaft und den Kriterien aus dem Katalog der Kooperation für Transparenz und Qualität zur Gestaltung dieses Berichtes können nachfolgende Ausführungen gemacht werden.

#### Verfahren zum Arbeitsschutz

- Die Abläufe der Berufsunfallmeldungen sind im Klinikum in der DA-Arbeitssicherheit des Verwaltungsdirektors vom April 1997 geregelt.
- Arbeitsplatzbeurteilungen erfolgen ständig als laufender Prozess. Dokumente dazu liegen vor.
- Vorsorgeuntersuchungen von Bediensteten werden dokumentiert.
- Die jährliche Auswertung von Arbeitsunfällen erfolgt.
- Gefahrstoffbeschaffung und Verwaltung (Gefahrstoffkataster) erfolgen über fachlich geschultes Apothekenpersonal.
- Im Klinikum gibt es einen qualifizierten Umweltschutz-, Gefahrgut- und Abfallbeauftragten.
- Zum Strahlenschutz, zu Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen liegen Betriebsanweisungen vor.
- Es existieren Handlungsanweisungen (z.B. Hygienepläne).
- Röntgeneinrichtungen werden vom Strahlenschutzbevollmächtigten und der Medizintechnik betreut. Dokumentationen liegen vor.

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 Aufzüge, BMZ und Elektroverteilungen, die durch den TÜV geprüft werden, zwangsläufig der Arbeitssicherheit zur Kenntnis gegeben.

Für die Einbindung des Arbeits- und Brandschutzes in alle Strukturen und Abläufe der Einrichtungen des Klinikums sind die Sicherheitsbeauftragten die wertvolle Hilfe vor Ort. Weitere Ernennungen erfolgen.

#### Verfahren zum Brandschutz

- Das Klinikum ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet.
- Für Gebäude und -komplexe wurden in Abstimmung mit der Berufsfeuerwehr Jena Feuerwehrpläne erstellt.
- Brandschutzunterweisungen erfolgen turnusmäßig und sind dokumentiert.
- Brandschutzbegehungen erfolgen laufend u. a. im Zusammenhang mit Arbeitsschutz-Begehungen und Gefahrenverhütungsschauen der Berufsfeuerwehr der Stadt Jena.
- Dokumentation zu den Brandmeldeanlagen liegen vor.

Neben vielen Bereichsbegehungen werden vor Ort Probleme des Arbeits- und Brandschutzes einer Lösung zugeführt, welche unter Umständen bis zu verwaltungsorganisatorisch optimierten Varianten führen z.B. die Schaffung von bautechnisch offen stehenden Türen für reibungslosen Personenverkehr im Pflege- und Patientenbereich. Fluchttreppenhäusern und Entrauchungsanlagen z.B. sind das Ergebnis von Gefahrenverhütungsschauen mit der Feuerwehr Stadt Jena.

#### Verfahren zur Regelung von Notfallsituationen und Katastrophenschutz

- Im Klinikum werden Katastrophenschutzbeauftragte bestellt.
- Das Klinikum ist in das Brand- und Katastrophenschutzgesetz des Freistaates Thüringen eingebunden. Es existieren Notfallpläne im Rahmen eines Notfallmanagements. Die Aktualisierung der Notfallpläne erfolgt jährlich. Hausinterne Übungen sind erfolgt.

Für die Arbeitssicherheit gilt es 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) existiert die Arbeitsgruppe „Universitäten, Hochschulen und Kliniken in Thüringen“. In dieser Arbeitsgruppe fungiert der Leiter der Stabsstelle Arbeitssicherheit teil-

weise als Arbeitsgruppenleiter für die Vorbereitung von praxisbezogener Umsetzung neuer Gesetzlichkeiten z.B. aus dem Arbeitsschutzgesetz.

- 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 zweiter Sicherheitsingenieur ist Mitglied im VDSJ.

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.

### 3.2.4.25 Bericht des Umweltschutz- und Abfallbeauftragten (Leitung: Dr. Dieter Brox)

Der gesellschaftlichen und gesetzlichen Verpflichtung zum Schutz unserer Umwelt trägt die Klinikumsleitung durch die Besetzung der Stabsstelle Umweltschutz mit einem Umweltschutzbeauftragten Rechnung.

Der Umweltschutzbeauftragte hat die Einhaltung sehr vielfältiger gesetzlicher Regelungen zum Schutz von Luft, Wasser und Boden zu kontrollieren und zu sichern, dass die Belastungen der Umwelt, die zwangsläufig bei den breit gefächerten Tätigkeiten in Lehre und Forschung und insbesondere bei der Krankenversorgung entstehen, auf ein Mindestmaß reduziert werden. Dazu gehört auch der sparsame Umgang mit Energie und Trinkwasser, sowie die möglichst weit gehende Reduzierung von umweltbelastendem Abfall und Abwasser.

Der Umweltschutzbeauftragte vereint am Klinikum die gesetzlich geforderten Funktionen von Betriebsbeauftragten für Immissionsschutz, für Gewässerschutz und für Abfall sowie für den Transport von Gefahrgütern. Er hat auf diesen Gebieten die Verwaltungsleitung zu beraten und Konzepte zur Durchführung umweltrelevanter Prozesse zu erarbeiten. Er ist bemüht, darauf hinzuwirken, dass das Umweltbewusstsein der Mitarbeiter gestärkt und das fachliche Wissen, das für ein umweltgerechtes Handeln erforderlich ist, aktualisiert und vermehrt wird.

Die strikte Kontrolle der Einhaltung umweltgesetzlicher Regelungen führt zugleich zu sehr weit gehender Erfüllung der Forderungen von Qualitätsmanagementsystemen. Obwohl schriftliche Fixierungen erst gegenwärtig erfolgen, führte die Umsetzung konzeptioneller Vorstellungen im vergangenen Jahr bereits zu deutlichen Einsparungen von Energie und Wasser. In Tabelle 3 ist die Verbrauchsentwicklung der verschiedenen Energiearten für die Jahre 1997 bis 1999 zusammengefasst.

Energieart	Verbrauch [kWh]		
	1997	1998	1999
Fernwärme	39.498.000,00	34.359.000,00	29.802.000,00
Strom	17.007.708,00	19.418.262,00	19.302.305,00
Gas	1.994.811,00	2.223.280,50	2.038.438,50
Heizöl	1.933.596,00	1.787.496,48	1.455.058,08
<b>Summe</b>	<b>60.434.115,00</b>	<b>57.788.038,98</b>	<b>52.597.801,58</b>

Tabelle 3: Verbrauch an verschiedenen Energieträgern im Zeitraum von 1997 bis 1999

In der Summe aller Energieträger ist im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang von 9 % und gegenüber 1997 sogar von 13 % zu verzeichnen! Die erforderlichen Dokumentationen zur Sicherheit der Versorgungsanlagen sind vorhanden. Für die vom Klinikum selbst betriebenen dezentralen Heizungsanlagen liegen Emissionsschutzklärungen vor.

Auch beim Wasserverbrauch (171 658 m<sup>3</sup>) erfolgte im Berichtsjahr ein Rückgang um ca. 6 % gegenüber dem Vorjahr. Dabei konnten die geforderten Grenzwerte für Schadstoffgehalte bei der Einleitung von Abwasser ins kommunale Abwassernetz bis auf eine Ausnahme eingehalten werden. Die erforderlichen Probennahmen im Rahmen der Eigenkontrollverordnung wurden mit dem Abwasserzweckverband abgestimmt. Die Analytik erfolgt z.Zt. noch in einem Fremdlabor. Für die Inbetriebnahme des „Klinikum 2000“ ist die Eigenkontrolle in Vorbereitung. Die

nach Wasserhaushaltsgesetz erforderlichen Genehmigungen bzw. Anzeigen für Abwässer aus kritischen Herkunftsbereichen sind vorhanden.

Die größten Aktivitäten liegen ganz eindeutig im Bereich der Abfallwirtschaft. Der Gesetzgeber fordert für Großkrankenhäuser seit 1997 eine jährliche Bilanzierung sog. überwachungsbedürftiger Abfälle und erstmals in Thüringen seit dem 31.12.1999 die Erstellung eines Abfallwirtschaftskonzeptes für die folgenden fünf Jahre, welches jährlich fortzuschreiben ist. Dieses Konzept wurde auf der Basis der Ermittlungen aus den Jahren 1997 bis 1999 für den Zeitraum bis 2004 erstellt und gibt nicht nur Auskunft über die zu erwartenden Mengen an etwa 25 verschiedenen überwachungsbedürftigen Abfallarten, sondern legt auch genaue Wege zu deren gefahrlosen Beseitigung oder möglichst weit gehenden Verwertung mit Rückführung in den Rohstoffkreislauf fest. Dabei spielen neben den ökologischen Aspekten auch ökonomische Fragen eine wichtige Rolle. Das Konzept berücksichtigt wirtschaftlichere Varianten, z.B. der Entsorgung von infektiösen Abfallarten, im Betriebsorganisationskonzept des Klinikums 2000.

Tabelle 4 zeigt die in den Jahren 1998 und 1999 erzeugten Mengen an überwachungs- und bilanzierungspflichtigen Abfällen (entsprechend Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz sowie Nachweis- und Bilanzverordnung). Sie vermittelt einen Eindruck von der Vielfalt der getrennt gesammelten Abfallarten und dem Umfang der damit verbundenen Entsorgungs- und Nachweisverpflichtungen.

Europ. Abfall-Katalog-Nr.	Abfall (interne Bezeichnung)	1998 [t]	1999 [t]
20204	Fettabscheiderinhalte	83,200	83,200
60404	Amalgamabscheiderinhalte	0,002	0,002
60404	Quecksilberhaltige Abfälle	0,045	0,092
70103	Halogenhaltige Lösemittel	0,396	0,180
70104	Halogenfreie Lösemittel	1,708	2,290
70504	Färbelösungen	0,120	0,059
70604	Formalin u.a. Desinfektionsmittel	1,084	2,280
80102	Altfarben	0,060	0,601
90101	Entwickler	16,757	24,606
90104	Fixierer	21,405	32,733
90107	Belichtete Röntgenfilme	0,575	0,543
130105	Öl-Wasser-Gemische	0,445	0,050
130601	Altöle	0,258	0,347
150199D1	Verunreinigte Verpackungen	0,341	0,191
160502	Altchemikalien, anorganisch	3,249	0,497
160503	Altchemikalien, organisch	2,306	0,492
180102	Körperteile u. Organabfälle	31,302	28,088
180103	Infektiöse Abfälle	13,517	12,477
180104	Hausmüllähnl. Gewerbeabfälle	1127,770	1197,120
180105	Altmedikamente	0,413	0,541
180203	Tierkörper	1,994	2,016
180105D1	Zytostatikahaltige Abfälle	3,232	2,730
200121	Leuchtstoffröhren	1,240	0,992
200301	Sperrmüll	402,800	371,000
<b>Summe überwachungs- u. bilanzierungspfl. Abfälle</b>		<b>1711,780</b>	<b>1762,780</b>

Tabelle 4: Menge der überwachungs- und bilanzierungspflichtigen Abfallarten in den Jahren 1998 und 1999

Die Vielfalt wird erweitert durch die nicht überwachungsbedürftigen Abfallarten, die zum großen Teil über das Duale System Deutschland (DSD) oder ähnliche Systeme dem Wirtschaftskreislauf direkt zurückgeführt werden können. In Tabelle 5 sind die Arten und Mengen dieser Abfälle für die Jahre 1998 und 1999 zusammengestellt:

Europ. Abfall-Katalog-Nr.	Abfall (interne Bezeichnung)	1998 [t]	1999 [t]
200101	Papier und Pappe	170,240	170,840
200102	Glas	126,680	123,580
200104	Schrott	110,400	42,000
200106	Kunststoffe	12,630	12,560
200107	Holz	395,850	400,500
200108	Küchenabfälle	320,112	336,024
200124	E-Schrott	17,660	9,300
200201	Gartenabfälle	380,400	297,150
<b>Summe nicht überwachungsbedürftige Wertstoffe</b>		<b>1533,972</b>	<b>1391,954</b>

Tabelle 5: Menge der nicht überwachungsbedürftigen Wertstoffe, die in den Jahren 1998 und 1999 direkt in den Wirtschaftskreislauf zurückgeführt wurden.

Im Jahre 1999 betrug die Abfallmenge insgesamt 3155 Tonnen gegenüber 3245 Tonnen im Vorjahr. Damit konnte die im deutschlandweiten Vergleich niedrige bettenbezogene Menge aus dem Jahre 1998 bestätigt und eine ganz vorrangige Aufgabe, die Vermeidung von Abfällen, erfüllt werden. Insbesondere unter dem Aspekt erweiterter Leistungen in den sehr abfallrelevanten operativen Disziplinen wie Herz- und Neurochirurgie lässt sich diese gute Vermeidungsstrategie ableiten. Lediglich der verringerte Anteil an zurückgeführten Wertstoffen sollte Anlass für neue Bemühungen zu deren vollständiger Erfassung sein.

Wesentlichen Anteil an der erfolgreichen Abfallvermeidung haben nach wie vor das Mehrweg-Sterilwäschekonzept sowie andere Strategien zur Verminderung von Einwegartikeln. In Zusammenarbeit mit der Beschaffungskommission ist es gelungen, ökologische Anforderungen zu berücksichtigen und verstärkt ökologisch unbedenklichere Produkte einzusetzen. So konnte stufenweise ein einheitliches materialsparendes Absaugsystem sowie ein weiteres Mehrwegsystem zur Entsorgung biologischer Flüssigkeiten am Klinikum eingeführt werden, das auch die Flüssigkeitsbelastung der klinikspezifischen Abfälle stark reduziert.

Die Waschanlage für Abfallwagen und -container im Landgrafengebiet hat sich inzwischen sehr bewährt und den hygienischen Standard verbessert, die Reinigungsfrequenz der Wagen müsste jedoch in Zukunft noch erhöht werden.

Die kontinuierliche Weiterbildung von Mitarbeitern zu Fragen der Ökologie im Krankenhaus ist wichtige Voraussetzung für ein sachgerechtes Verhalten in umweltrelevanten Fragen. Diese Weiterbildung erfolgte sowohl im Rahmen der offiziellen Weiterbildungsangebote des Klinikums, als auch besonders effizient bei den Mitarbeitern vor Ort.

Für die zu Therapie und Diagnostik erforderlichen Transporte von radioaktivem Material und anderen Gefahrstoffen sind besondere Vorkehrungen getroffen. Dazu gehört nicht nur die ständige Kontrolle von Transportsystemen und die Entwicklung von Transportkonzepten, sondern auch die regelmäßige und nachweisbare Schulung von Beauftragten Personen.

Der Umweltschutzbeauftragte hat an einem Fachkundefachlehrgang für Entsorgungsfachbetriebe und einem Seminar zu Umweltmanagementsystemen an Hochschulen teilgenommen sowie den EG-Schulungsnachweis für Gefahrgutbeauftragte erworben. Er ist auch über das Klinikum hinaus auf Landes- und Bundesebene tätig. Als Vorsitzender der „Arbeitsgruppe zur Förderung des Umweltschutzes an Thüringer Krankenhäusern“ hat er auch 1999 eine landesweite Weiterbildungsveranstaltung organisiert und inhaltlich gestaltet. Im Auftrag der Thüringer Landeskrankenhausesgesellschaft vertritt er Thüringen in ökologischen Fragestellungen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Als Mitglied der Arbeitsgruppe „Krankenhausabwasser“ der Deutschen Abwassertechnischen Vereinigung (ATV) ist er Mitautor eines Regelwerkes, das in diesem Jahr erscheinen wird.

Das Klinikum beteiligte sich mit Umweltdaten aus dem Jahre 1999 an einem deutschlandweitem ökologischem Vergleich im Gesundheitswesen, das dem internen Controlling, dem überbetrieblichem Vergleich, dem Erfahrungs- und Informationsaustausch, sowie als Instrument zur Ableitung von Verbesserungszielen und -maßnahmen dient. Das Ergebnis wird noch erwartet.

### **3.2.5 Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegedienst (Direktorin Pflegedienst: Anne-Rose Schierenbeck)**

Der Auftrag der Kranken- und Kinderkrankenpflege ist es, den Patienten im Spannungsfeld von Diagnostik und Therapie in seinen Bedürfnissen zu unterstützen, zu begleiten und durch Hilfeleistungen den Genesungsprozess aktiv zu unterstützen. Sie hat dabei die Würde der Patienten in intimsten Lebenssituationen zu wahren und menschliche Zuwendung zu sichern. Alle Aktivitäten und Maßnahmen der Pflege haben diesem Anspruch Rechnung zu tragen und sind der Gesamtorganisation zu Grunde zu legen.

Zunehmender wirtschaftlicher Druck führt zu höheren Anforderungen an jeden Beschäftigten. Um in diesem Prozess die Qualität in der Pflege zu sichern und weiter zu entwickeln, wurden Strukturen der Stationen und Strukturen in der Leitung des Pflegedienstes zusammengeführt.

Die Pflegenden sind auf vielfältige Art in die Zielstellung des Klinikums, die Effektivität zu erhöhen, eingebunden. So nutzt die Pflege die Pflegepersonalregelung als Grundlage für den Nachweis des Pflegebedarfs, zur Transparenz pflegerischer Leistung und als Instrument für die Gruppierung der Patienten in Kategorien zu pflegerischem Aufwand.

Die konkrete Dokumentation aller Maßnahmen sichert den Informationsfluss innerhalb der Pflege und zwischen den Berufsgruppen und trägt damit wesentlich zur Sicherheit der Krankenversorgung bei.

In interdisziplinären Arbeitsgruppen werden Standards und Leitlinien entwickelt. Die Arbeit in Gruppen fördert Verständnis füreinander, schafft zwischenmenschliche Kontakte in einem dezentral arbeitenden Klinikum und zwingt zur Auseinandersetzung mit fachlichen Themen und Einsatz von Sachmitteln. Nach Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst aller Fachbereiche werden die Ergebnisse in den Pflegeprozess aufgenommen.

Dieser Prozess ist ein wesentlicher Beitrag zur Vorbereitung auf den Bezug des Klinikumneubaus und ein fallbezogenes Abrechnungssystem. Er schafft auch Grundlagen für die Definition einer angemessenen Pflege, der Erbringung einer zweckmäßigen und notwendigen Leistung, die den noch zu formulierenden Qualitätsansprüchen (Leitbild) entsprechen muss.

Mit der weiteren Entwicklung dieses Prozesses entstehen die Grundlagen für Qualitätskriterien und deren Kontrolle. Damit kann die Frage „Ist das gleiche Resultat mit weniger Kosten und Personal zu erreichen?“ einer Antwort näher gebracht werden.

Der Prozess der Pflege wird von Menschen für Menschen erbracht. Oberstes Kriterium ist die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten.

Die Auswertung der Befragung der Patienten weist auf Defizite in der sozialen Kompetenz der Beschäftigten hin. Hier sind Schwerpunkte in der Ausbildung zu setzen und im Bereich der Fort- und Weiterbildung ständig zu thematisieren.

Bei der Personalauswahl spielen diese Fähigkeiten eine immer größere Rolle besonders für Leitungsfunktionen.

Für die Fortbildung steht den Beschäftigten ein breit gefächertes Themenangebot zur Verfügung.

Mit Engagement und innovativem Denken haben Pflegekräfte in internen und regionalen Veranstaltungen sowie über Deutschland hinaus in Postern und Referaten ihr Wissen und Können präsentiert. Hier ist ein neues Selbstbe-



wusstsein entstanden, das sich im Arbeitsprozess positiv niederschlägt. Die Entwicklung ist zu fördern und zu unterstützen, um neues Denken zur Pflege in das Klinikum zu tragen, die Auseinandersetzung mit dem Arbeitsalltag und damit mit der Einrichtung zu fördern. Bindung und Motivation für qualitätsgerechte Leistung wird weiter entwickelt.

Die Pflegeleitungen sehen in der Schaffung einer einheitlichen Betriebsorganisation wesentliche Grundlagen für die Qualität und Effektivität im Pflegeprozess und damit als wesentliche Aufgabe der nächsten Zeit.

### **3.2.6 Qualitätssicherung in der Medizinischen Fakultät**

#### **3.2.6.1 Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät (Leitung der Ethik-Kommission: Prof. Dr. Annemarie Hoffmann)**

Die Ethik-Kommission arbeitet auf der Grundlage der revidierten Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes sowie der Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes, der Strahlenschutzverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der „Grundsätze für die ordnungsgemäße Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Vorsitzende der Kommission ist Frau Prof. Dr. Hoffmann, Direktorin des Institutes für Klinische Pharmakologie. Die Ethik-Kommission setzt sich aus fünf Ärzten, einem Medizintechniker, einem Juristen, einem Geistes- oder Sozialwissenschaftler sowie einer Pflegekraft zusammen. Seit Mai 1999 gibt es eine eigene Geschäftsstelle der Ethik-Kommission. Leiterin der Geschäftsstelle ist Frau Dr. Skorsetz.

Die Ethik-Kommission hat die Aufgabe, Ärzte und andere Wissenschaftler hinsichtlich ethischer und rechtlicher Aspekte der Forschung am Menschen zu beraten. Die Arbeit der Ethik-Kommission dient dem Schutz der Patienten oder Probanden, dem Schutz der Forschenden und der Vertrauensbildung gegenüber der notwendigen Forschung am Menschen. Die Ethik-Kommission kann von Wissenschaftlern aller Fakultäten angerufen werden.

Seit dem Inkrafttreten der Satzung der Ethik-Kommission ist diese berechtigt, für die Beurteilung nicht öffentlich-rechtlich geförderter Forschungsvorhaben Gebühren zu erheben. Die Ethik-Kommission tagt einmal im Monat. Informationen zu ethisch relevanten Fragen bzw. dem Antragsverfahren finden sich auf der Homepage der Ethik-Kommission im Internet unter <http://www.med.uni-jena.de/ethik/>.

#### **3.2.6.2 Qualitätssicherung der Forschung in der Fakultät (Leitung der Forschungskommission: Prof. Dr. Herbert Witte)**

Die leistungsorientierte Vergabe von Forschungsmitteln ist im Berichtsjahr 1999 so vorbereitet worden, dass in 2000 bereits 7 % des Zuführungsbetrages für Forschung und Lehre nach Leistungskriterien vergeben werden konnten. Publikationstätigkeit und Drittmiteleinwerbung jeder Einrichtung wurden für den Zeitraum 1996 - 1998 (für 2000) ermittelt und als Eingangsgrößen für ein vom Fakultätsrat beschlossenes Auswerteschema verwendet. Wenn auch nicht die Qualität der einzelnen Publikationen ermittelt werden kann, so doch die Qualität der Zeitschrift, in der publiziert wurde. Die Höhe der Drittmiteleinwerbungen ist ebenfalls ein Indikator für die Qualität der Forschung. Dabei muss nach dem Begutachtungssystem (wenn überhaupt vorhanden) des Drittmittelgebers unterschieden werden (DFG, EU, BMBF, Stiftungen, Industrie u.a.m.). Eine objektive Bestimmung des Leistungsstandes setzt voraus, dass die Vergleichbarkeit und die Verlässlichkeit der verwendeten Daten gewährleistet werden kann. Um Publikationsleistungen und Drittmiteleinwerbungen vergleichbar zu machen, werden die entsprechenden Daten auf die Größe und den Tätigkeitsbereich (Klinik, Institut mit Aufgaben in der Krankenversorgung, theoretisches Institut) der Einrichtung nach einem bereits 1993 erarbeiteten Schlüssel umgerechnet. Bei der Bewertung der Publikationen wird zusätzlich die Fachkategorie der jeweiligen Zeitschrift berücksichtigt. Die Drittmittelstelle des Klinikums errechnet nach einer Formel eine die Drittmiteleinwerbung kennzeichnende Größe, der so genannte Impact-Wert für die Publikationstätigkeit wird nach einem standardisierten Berechnungsschema von jeder Einrichtung selbst ermittelt. Die Forschungskommission übernimmt die Qualitätskontrolle der Publikationsdaten. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den meldenden Einrichtungen. Da die Auswertung einen Dreijahreszeitraum

berücksichtigt, muss der Auswertemodus und die Qualität der Datenerhebung und -auswertung aufrecht erhalten bzw. gesichert werden. Es kann eingeschätzt werden, dass es zu keinen größeren Diskrepanzen bei der Leistungsbewertung gekommen ist.

Kriterienkataloge, Vergaberichtlinien und die standardisierte Vorgehensweise bei der Datenauswertung müssen nachvollziehbar sein. Dies gilt nicht nur für die leistungsbezogene Budgetierung der Forschung. Mit den Kriterien für die Vergabe von Stellen für wissenschaftliche Hilfskräfte, den Vergabekriterien für medizinisch-labortechnische Geräte der Grundausrüstung bis hin zu den Kriterien für die Eröffnung des Habilitationsverfahrens wurden Entscheidungsnormen geschaffen, die auf Leistungsdaten basieren. Die Verbesserung und Harmonisierung derartiger Kriterienkataloge und Richtlinien ist eine Aufgabe, die die Forschungskommission in den kommenden Jahren zu lösen hat.

### **3.2.6.3 Projekt „Evaluation der Lehre an der Medizinischen Fakultät“ (Leitung der Studienkommission: Prof. Dr. Bernhard Strauß)**

Das Projekt „Evaluation der Lehre“ an der Medizinischen Fakultät besteht seit 1998 und wird mit Mitteln des Hochschulsonderprogrammes III (HSP III) bis Dezember 2000 finanziert. Unter der Leitung des amtierenden Studiendekans Prof. Bernhard Strauß, Leiter des Institutes für Medizinische Psychologie, war 1999 Dr. Uwe Berger mit der Durchführung beauftragt. Gemäß den Neuregelungen des Thüringer Hochschulgesetzes (§ 10a) versucht das Projekt, ein entsprechendes Verfahren zur Lehrevaluation einzuführen. Somit wird es zum Bestandteil 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 Lehre mit entsprechenden Messinstrumenten unter Einbezug der Dozenten und Studierenden. Folgende Orientierungs-Parameter der Evaluation sollen zur kontinuierlichen Verbesserung der Lehre beitragen:

- Förderung der Kommunikation zwischen Lehrenden und Studierenden mit dem Ziel der Definition der Gütekriterien der Lehre
- Diskussion und Implementierung struktureller Verbesserung 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
- Verbesserung der technischen Lösung für die Durchführung, Auswertung und Rückmeldung der Evaluation

Fakultätsübergreifend besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem „Universitätsprojekt Evaluation der Lehre“ (Prof. Rolf Steyer, Dr. Thomas Buhl, Institut für Psychologie), um in einem ständigen Erfahrungsaustausch über inhaltliche und technische Lösungen der Evaluation sowie einen direkten Vergleich der Item- und Skalenanalyse der separat entwickelten Fragebögen die Qualität der Erhebung zu erhöhen. Eine zeitliche Optimierung des Ablaufes konnte durch die Mitbenutzung technischer Gegebenheiten des Rechenzentrums der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Dr. Rainer Wegner) und des Institutes für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (Prof. Rainer Schiele, Dr. Reinhard Bartsch) erreicht werden.

Aufbauend auf die seit 1993 geleistete Vorarbeit der Fachschaft der Medizinischen Fakultät und damaligen Studiendekanin Prof. Anneliese Klein sowie des darauffolgenden Studiendekans Prof. Dieter Müller lag der Arbeitsschwerpunkt 1999 in der Optimierung und Spezialisierung der Fragebögen sowie der Behebung der im Vorjahr eruierten Problembereiche.

Es wurden die Fragebögen für Vorlesungen, in denen die verschiedenen Kapitel von unterschiedlichen Dozenten gelesen werden, jeweils nach Beendigung eines Kapitels bewertet, um nur noch partiell vorhandene Erinnerungen und eine Verwechslung der Lehrkräfte zu vermeiden. Des Weiteren wurden im Sommersemester '99 von der Fachschaft infolge der Anregungen der Studierenden neben den Seminar- und Vorlesungsbögen zusätzlich spezielle Praktikafragebögen für die Fächer Biochemie und Innere Medizin entwickelt. Um auch eine Beurteilung der Lehre durch die Dozenten zu erhalten, wurden im Wintersemester '99/00 erstmalig auch ein Fragebogen zur Erweiterung

des Evaluationsspektrums an die Dozierenden ausgegeben. Dieser wurde gemeinsam mit Prof. Elmar Brähler von der Universität Leipzig konzipiert.

Somit wurden 1999 folgende Gebiete evaluiert:

- Vorlesungen, Seminare und Praktika durch die Studierenden
- Praktisches Jahr
- Beurteilung der Lehre durch die Dozenten

Die Konzipierung des Erhebungsinstrumentes veränderte sich zum Vorjahr nur unwesentlich. Grundsätzlich wurden die verschiedenen Dimensionen der Lehre - wie Didaktik, Nachvollziehbarkeit, Prüfungsrelevanz usw. - durch die Urteile der Studierenden erfasst. Die Fragebögen wurden von den Studierenden am Ende einer Lehrveranstaltung bzw. am Ende eines Kapitels vorgelegt und anschließend getrennt nach Dozenten statistisch ausgewertet. Für die Veranstaltungen mit mehreren Dozenten wurden zusätzlich noch Abstimmung und Organisation der Lehrenden beurteilt. Neben der quantitativen Beurteilung, hatten die Studenten auch die Möglichkeit einen freien Kommentar nieder zu schreiben. Die Ergebnisse wurden den Lehrenden in einem persönlichen Schreiben mit den vollständig transkribierten Texten zugeschickt. Für die Studierenden wurde eine Broschüre mit den Auswertungstabellen und zusammengefassten Kommentaren über das Meinungsbild universitätsintern veröffentlicht, die nach Anzahl insgesamt, Verteilung Lob vs. Kritik sowie Unterteilung allgemeine und spezielle Kommentare differenziert wurden. Dies geschah in Hinblick auf die Problematik der letzten vollständigen Kommentarveröffentlichung, die sich in einem Diskussionsforum '98 ergab.

Im Rahmen dessen kristallisierten sich zwei weitere wesentliche Hauptprobleme heraus: die Zeitverzögerung der Rückmeldung infolge der Dateneingabe per Hand und die Kostenfrage auf Grund der Vermischung der Kompetenzen zwischen Fachschaft und Fakultät.

- Der erste Punkt der Dateneingabe konnte mit Hilfe des Rechenzentrums im Vergleich zum Jahr 1998 durch die Möglichkeit des Einlesens der Fragebögen als Bilddateien über einen Hochleistungs-Scanner automatisiert und damit zeitlich optimiert werden. Die eingelesenen Bilddateien konnten anschließend durch die Mitbenutzung der durch das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin angeschafften Software (Remark Office OMR) in SPSS-Datensätze konvertiert werden. Die weitere Berechnung erfolgte über eine vorgefertigte Programm-Syntax und anschließenden Erstellung der Tabellen und Grafiken. Ohne größeren Aufwand konnten nun die Dateien aus dem Statistikprogramm SPSS sowie aus dem Textprogramm „Winword“ in eine HTML-Datei exportiert werden.
- Die Fakultät unterstützte 1999 das Projekt durch einen Antrag der Finanzierung über das Hochschulsonderprogramm III (HSP III). Durch dieses Programm wurden eine halbe Mitarbeiterstelle, Hilfskraft- und Sachmittel zur Durchführung genehmigt.
- Um die Kosten grundsätzlich zu reduzieren, wurde die vollständige Datenauswertung mit Handhabungsinformationen, allen Tabellen und Grafiken in HTML-Format auf einem Datenträger (CD oder Diskette) an die Lehrenden verschickt. Dadurch sind die Daten jedem Nutzer eines Computers mit dem Betriebssystem „Windows“ oder einem beliebigen Internet-Browser schnell und einfach zugänglich. Dadurch wird dem Kompromiss entsprochen, die Ergebnisse nicht der Allgemeinheit zugänglich zu machen, gleichfalls aber auch die Grundlagen für eine spätere Veröffentlichung via Internet geschaffen.
- Alle, die sich für das Thema Lehrevaluation interessieren, können sich auf der von Dr. Uwe Berger geschalteten Internetseite: [http://www.uni-jena.de/~s7beuw/P\\_evamed.html](http://www.uni-jena.de/~s7beuw/P_evamed.html) informieren. Auf dieser sind neben detaillierten Verfahrensschritten auch weitere Informationsquellen wie Internetadressen, Protokolle und Gesetzestexte aufgeführt.

Nach Ablauf des Jahres 1999 ist zusammenfassend eine rückläufige Tendenz des Interesses der Studenten an der Evaluation zu verzeichnen. Dies ist vermutlich durch das Ausscheiden mehrerer studentischer Gründungsmitglieder der Evaluationsaktivitäten begründet. Diese Motivation wieder zu steigern, wird ein wesentlicher Punkt für das Jahr 2000 darstellen. Um die anfallenden Kosten, den zeitlichen Ablauf und die Gütekriterien weiter zu optimieren, ist für das Jahr 2000 eine stärkere Einbeziehung der Dozierenden geplant.



- Da die Auswertungstabelle der Evaluationsergebnisse sich nur auf die Antworten der anwesenden Studenten bezieht, ergaben sich auf Grund einer mitunter sehr geringen Anzahl von Teilnehmern breite Streuungen der Antworten. Da der Mittelwert aber als Erwartungswert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % den geschätzten wahren Wert der Grundgesamtheit der Studierenden abbildet, muss die Anzahl der Stichprobe erhöht werden. Um die Anzahl der Studenten zu erhöhen und damit die Güte der Evaluationsergebnisse zu verbessern, soll bei den Dozenten das Interesse geweckt werden, die Fragebögen selbstständig zu einem möglichst günstigen Zeitpunkt im Semester auszuteilen.
- Weiterhin ist für das Jahr 2000 für interessierte Dozenten eine Rückmeldung noch im laufenden Semester vorgesehen, um den Orientierungsparameter der Verbesserung der Kommunikation zwischen Lehrenden und Lernenden sowie die gleichzeitig einfließende Diskussion struktureller Verbesserungen zu fördern.

### 3.2.7 Qualitätsbeauftragte am Klinikum

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	OA Dr. Martin Brauer
Klinik für Augenheilkunde	Prof. Dr. Jürgen Strobel
Klinik für Chirurgie - Allgemeine und Viszerale Chirurgie	Prof. Dr. Annelore Altendorf-Hofmann
Klinik für Chirurgie - Kinderchirurgie	Dr. Silke Giggel
Klinik für Chirurgie - Thorax- und Gefäßchirurgie / Herzchirurgie	OÄ Dr. Tina Cohnert
Klinik für Chirurgie - Unfallchirurgie	Dr. Thomas Schmidt
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	Dr. Harald Schmalenberg
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin III	OÄ Dr. Gudrun Dannberg
Klinik für Innere Medizin Innere Medizin IV	OA Dr. P. R. Grahmann
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Dr. Gerhard Böhm
Klinik für Neurochirurgie	Dr. Albrecht Hochstetter
Klinik für Neurologie	OÄ Dr. Sabine Fitzek
Klinik für Psychiatrie	OÄ Dr. Ursula Bauer
Klinik für Radiologie - Abt. Strahlentherapie	OÄ Dr. Isolde Hacker
Klinik für Radiologie - Abt. Nuklearmedizin	Prof. Dr. Dietmar Gottschild
Klinik für Urologie	Dr. Gernot Eschholz
ZZMK, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Frau Astrid Prochnau
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	Frau Annette Wieskötter
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	OÄ Dr. Jens-Peter Heyne
Institut für Humangenetik und Anthropologie	Dr. Ivan Loncarevic
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	Prof. Dr. Wolfgang Pfister
Institut für Medizinische Psychologie	Dipl. Psych. Dieter Heim
Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation	
Institut für Pathobiochemie	
Institut für Pathologie	OA Dr. Eberhardt Schulze
Institut für Pathophysiologie	
Institut für Pharmakologie und Toxikologie	
Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie	OÄ Dr. Petra Schelhorn-Neise
Institut für Physiotherapie	Dr. Uwe Schreiber
Institut für Rechtsmedizin	PD Dr. Ulrich Demme
Institut für Physiologie - Neurophysiologie	
Institut für Physiologie - Herz-Kreislauf-Physiologie	
Institut für Transfusionsmedizin	Dr. Christel Kummer
Institut für Ultrastrukturforschung	
Institut für Versuchstierkunde	
Institut für Virologie	Dr. Bernd Günther
Institut für Antivirale Chemotherapie	Dr. Renate Egerer
Arbeitsgruppe Pharmakologische Hämostaseologie	Prof. Dr. Inge Färber
Arbeitsgruppe Molekulare Zellbiologie	
Zentrum für Vaskuläre Biologie und Medizin	
Tumorzentrum Jena e.V.	

### 3.3 TQM im Jahr 1999 am Klinikum (Qualitätsmanagement-Koordinatorin: Dr. Elke Hoffmann)

Das Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität blickt auf vier Jahre Qualitätsmanagement zurück. Zunächst wurden über die Bildung einer Regiegruppe alle Aktivitäten gebündelt und zur Bearbeitung einzelner Aufgaben Arbeitsgruppen zu den Themen Patientenorientierung, abteilungsübergreifende Kooperation, betriebswirtschaftliche Führung in Zusammenarbeit mit den Dezernaten, Studienbedingungen und EDV-Unterstützung gebildet. Die Arbeit dieser Gruppen endete mit verschiedenen Ergebnisständen.

Mitte 1999 wurde erstmalig eine hauptamtliche Stelle für die Koordinierung der Arbeiten zum Qualitätsmanagement am Klinikum geschaffen. Es wurde begonnen, sowohl die Qualitätsmanagement-Struktur wieder zu beleben als auch inhaltliche Arbeiten voranzubringen. Die **Qualitätsmanagement-Struktur** wird durch folgende Abbildung erläutert:



Unter der Leitung des Klinikums befindet sich die Stabsstelle der Qualitätsmanagement-Koordinatorin - angesiedelt beim Ärztlichen Direktor.

Die Koordinatorin benötigt ein Gremium zur Rücksprache. In diesem, wegen der notwendigen Flexibilität klein zu haltendem Gremium sind die verschiedenen Berufsgruppen durch je einen Vertreter repräsentiert:

Ärztlicher Dienst	Herr PD Dr. Udo Möller, Frauenklinik
Pflegedienst	Frau Heike Michel, PPDL KIM I/II
Funktionsdienst	Herr OAss. Dr. Ulrich Tietz, IKCL
Verwaltung	Frau Silvia Schaser, Verwaltung/IR
Gesamtpersonalrat	Frau Arne-Veronika Boock-Müller

Das Qualitätsmanagement-Beratungsgremium trifft sich ca. einmal im Monat.

Um eine umfassende Koordination zu erreichen, wurde in jeder Einrichtung eine(n) Qualitätsbeauftragte(n) benannt (s.a. Kapitel 3.2.7). Die Qualitätsbeauftragten treffen sich dreimal im Jahr zu einem Informations- und Erfahrungsaustausch. Die unmittelbare Arbeit zur Verbesserung der Abläufe findet vor Ort - angeleitet durch die Qualitätsbeauftragten, die Qualitätsmanagement-Koordinatorin oder einen externen Berater - in Form von Projekten und sog. Qualitätszirkeln statt. Auch bereichsübergreifende Probleme werden in dieser Form bearbeitet.

**Ziel** ist es, mit dem Qualitätsmanagement ein hohes Maß an Transparenz im Klinikum anzustreben, das jedem Mitarbeiter einen hohen Grad der Identifikation erlaubt und Erfolge in der medizinischen Versorgung ebenso befördert, wie die Anschlussfähigkeit des Klinikums an die äußeren Existenzbedingungen.

So fanden **1999** ein Treffen der Qualitätsmanagement-Beauftragten der Einrichtungen und eine 2. Analyse von Handlungsfeldern für das Qualitätsmanagement statt. Zwei Kliniken der Inneren Medizin und die Apotheke des Klinikums begannen mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel Zertifizierung nach ISO EN DIN 9001. Gleichfalls begann die Klinik für Hautkrankheiten, sich aus einem „Kommunikationsprojekt“ heraus dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems zuzuwenden.

Es wurden Befragungen von Patienten zur Beeinträchtigung durch den Klinikumsneubau in Lobeda und zur Gestaltung der an einem neuen Standort einzurichtenden Rooming-in-Station durchgeführt.

Die Auswertung des Patienten-Kummerkastens wurde wieder aufgenommen.

Des Weiteren wurden die Einführung des Diagnoseschlüssels ICD 10 vorbereitet und technische Maßnahmen zur Einführung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten in der operativen Frauenheilkunde und der Chirurgie getroffen.