Universitätsklinikum
Leipzig
Anstalt öffentlichen Rechts

Menschen für Menschen
Qualitätsbericht 2004

Das Universitätsklinikum Leipzig im Überblick

		2004	2003	2002
Kliniken		28	28	28
Institute		4	4	4
Mitarbeiter (inkl. Med. Fakultät und Drittmittel)		4.275	4.342	4.386
Auszubildende (nur Universitätsklinikum)		476	475	479
Planbetten (voll- und teilstationär)	Anzahl	1.455	1.459	1.474
Fallzahl[1] - vollstationär - teilstationär	 Anzahl Anzahl	 45.527 2.274	 46.051 1.989	 44.332 1.976
Summe der Bewertungsrelationen - vereinbart - erzielt	 Anzahl Anzahl	 53.002 56.336	 55.097 50.299	 – –
Case-Mix-Index (CMI)[2] - vereinbart - erzielt	 	 1,184 1,277	 1,140 1,092	 – –
Basisfallwert	EUR	3.125	2.886	–
Pflegetage	Anzahl	391.637	407.416	416.830
Verweildauer	Tage	8,60	8,85	9,40
Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	%	84,1	81,5	83,1
Belegte Betten	Anzahl	1.070	1.116	1.143
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit[3]	TEUR	3.184	52	9.768
Betriebsergebnis[3]	TEUR	2.659	-248	4.126
Jahresergebnis[3]	TEUR	5.079	-3.239	-8.466
Erlöse aus Krankenhausleistungen je Fall	EUR	4.282	4.242	4.292
Umsatz		212.280 TEUR	211.350 TEUR	205.274 TEUR
Eigenkapital	TEUR	64.312	2.519	5.758
Eigenkapitalrentabilität[4]	%	7,9	-128,6	-147,0
Verhältnis Patienten / Mitarbeiter		15,7	15,6	14,6

1) Ab dem Jahr 2003 Fallzählung nach neuem KHEntG, insofern Vergleich zum Vorjahr nicht möglich.
2) Auf Grund der Weiterentwicklung des DRG-Systems sind die Werte nicht durchgängig vergleichbar.
3) Im Geschäftsjahr 2002 erhielt das Universitätsklinikum Leipzig letztmalig einen Betriebskostenzuschuss vom Freistaat Sachsen in Höhe von 17.528 TEUR. Daher sind die Werte nur bedingt vergleichbar.
4) Eigenkapitalrentabilität = (Jahresergebnis x 100)/Eigenkapital

Inhalt

Menschen für Menschen
Qualitätsbericht des Universitätsklinikums Leipzig AöR 2004

Vorwort 3

Das Universitätsklinikum Leipzig - mehr als ein Krankenhaus 4

Strukturen und Prozesse 10

Qualität hängt vom Menschen ab 16

Spitzenleistungen in Forschung und Lehre 22

Partnerschaft führt zum Erfolg 25

Anhang 27

- **Kapazität und Leistungsdaten im stationären Bereich** 28
- **Kapazität und Leistungsdaten im teilstationären Bereich** 29
- **Kapazität und Leistungsdaten im langfristigen Vergleich** 29
- **Leistungsübersicht nach organsystem-bezogenen Hauptgruppen (MDC)** 30
- **Klinikadressen** 52
- **Lageplan** 55
- **Organigramm** 56
- **Aufsichtsrat / Vorstand** 57

DENIM

Vorwort

Im Gesundheitswesen haben wie in der übrigen Wirtschaft Begriffe wie Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung gleichfalls einen festen Platz erhalten. Qualität im Krankenhaus soll gemessen und verbessert werden. Nur wer auf kontinuierliche Qualitätsverbesserungen setzt, kann bei immer knapper werdenden Ressourcen mehr leisten als bisher und somit auch besser den Wettbewerb bestehen.

Diesen Anforderungen wollen wir gerade auch unter den sich dramatisch ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor gerecht werden. Entscheidend für den Erfolg sind hierbei hoch motivierte Mitarbeiter, die beste Leistungen in der Krankenversorgung, in der Forschung und in der Lehre vollbringen.

Darüber hinaus sind umfangreiche bauliche Maßnahmen im Sinne von interdisziplinären Zentren, die Anwendung innovativer Technik und vernetzte Teamstrukturen von großer Bedeutung.

Wir sind dankbar, dass sich die Patientinnen und Patienten in unser Klinikum begeben und uns ihre Gesundheit anvertrauen. Erfahrene und einfühlsame Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Strukturen und Arbeitsabläufe sowie ein patientenfreundliches Ambiente tragen in unserem Klinikum zur Gesundung bzw. zur Erhaltung der Lebensqualität der Patienten bei.

Das Universitätsklinikum lebt durch seine Partner wie die städtischen und regionalen Kliniken sowie die Ärztinnen und Ärzte aus Haus- und Facharztpraxen. Langjährige Kooperationen werden ausgebaut und durch Vernetzung von Versorgungsstrukturen gefestigt, wobei sich der unmittelbare Austausch von Wissen und Erfahrungen in gemeinsamen interdisziplinären Konferenzen wie beispielsweise zahlreiche Tumorboards im Universitätsklinikum bereits bewährt hat.

Die Förderung von Strategien einer wirtschaftlichen, interdisziplinären, d. h. krankheitsbildorientierten und den Leistungssektor übergreifenden medizinischen Versorgung ist seit Jahren auch das Anliegen der Krankenkassen.

Durch die Bereitschaft zu Strukturveränderungen und dem Bewusstsein für die notwendige Standardisierung von vielen Behandlungsabläufen und für die ökonomischen Gegebenheiten unterstützen unsere Mitarbeiter die Kostenträger in diesen Bemühungen.

Der Gesetzgeber schreibt für alle Krankenhäuser die Erstellung eines Qualitätsberichtes ab dem Berichtsjahr 2004 vor. Kennzahlen und Leistungsziffern unseres Klinikums finden Sie unter www.uniklinik-leipzig.de.

Mit dem vorliegendem Bericht möchten wir darüber hinaus weitere Informationen zum Universitätsklinikum Leipzig geben.

Prof.Dr.med.Norbert Krüger
Medizinischer Vorstand
Sprecher des Vorstandes

Das Universitätsklinikum Leipzig - mehr als ein Krankenhaus

Derzeit gibt es in Deutschland rund 2200 Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft. Der Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses ist ein wichtiges Kriterium für den im Krankenhaus zu erbringenden Leistungsumfang, das Know-how der Mitarbeiter und die technische Ausstattung. Es wird unterschieden in Regel-, Schwerpunkt- und Fachkrankenhäuser sowie die Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Das Universitätsklinikum Leipzig ist – wie die übrigen 33 Universitätsklinika Deutschlands – ein Krankenhaus der so genannten Supra-Maximalversorgung. Diese herausragende Stellung in der Krankenhauslandschaft haben die Universitätsklinika, weil nur an diesen 34 Klinika die Krankenversorgung untrennbar mit der Forschung und der Lehre verbunden ist.

Medizin auf höchstem wissenschaftlichen und technischen Niveau

Das medizinische Wissen entwickelt sich ständig weiter. Derzeit sind etwa alle drei Jahre 50 Prozent des medizinischen Wissens veraltet. Doch woher kommen die neuen Erkenntnisse? Sie kommen zum überwiegenden Teil aus der Forschung, die an den Universitätsklinika in Deutschland und weltweit betrieben wird. Hier werden neue Behandlungsmethoden entwickelt, Grundlagenforschung über die Wirkmechanismen von Krankheiten durchgeführt, Therapiekonzepte überprüft, neue medizinische Geräte entworfen oder zur Einsatzreife gebracht. An Universitätskliniken können deshalb Methoden, Geräte und Medikamente angewandt werden, die anderswo noch nicht bekannt sind. Die Ärzte, aber auch das Pflegepersonal, sind überwiegend in den wissenschaftlichen Betrieb integriert. Sie haben schnell und umfassend Zugang zu den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Von einem Arzt an einem Universitätsklinikum wird erwartet, dass er eigene wissenschaftliche Leistungen vollbringt. Aus diesem Grund ist das medizinische Know-how an einem Universitätsklinikum am höchsten entwickelt.

Hoch spezialisierte Mitarbeiter, modernste Technik wie hier in der Kardiologie zeichnen ein Universitätsklinikum aus.

Auch die Entwicklung und Erprobung von neuer Medizintechnik ist Teil des Wissenschaftsbetriebs. Deshalb liegt die technische Ausstattung eines Universitätsklinikums weit über dem Niveau der übrigen Krankenhäuser. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die umfassende und hoch moderne technische Ausstattung des Universitätsklinikums Leipzig aufzuzählen. Eine Auflistung der Medizintechnik findet sich im gesetzlichen Qualitätsbericht des Universitätsklinikums Leipzig nach § 137 SGB V.

Universitätskliniken behandeln Patienten mit schwersten Erkrankungen

Universitätskliniken stehen in Deutschland an der Spitze der pyramidenförmig aufgebauten Krankenhauslandschaft. Hier sind alle medizinischen Fachrichtungen vertreten. Hoch qualifizierte und erfahrene Spezialisten arbeiten fachübergreifend zusammen. Ihnen steht modernste, in einigen Fällen auch experimentelle Technik zur Verfügung. Durch Zugriff auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse, die sie oft selbst in ihrer Forschungsarbeit gewinnen, können Patienten mit seltenen oder besonders schweren Erkrankungen behandelt werden. Jedes andere deutsche Krankenhaus kann einen Patienten an ein Krankenhaus mit einer höheren Versorgungsstu-

fe übergeben, wenn es ihn nicht erfolgreich behandeln kann. Ein Universitätsklinikum kann dies nicht mehr.

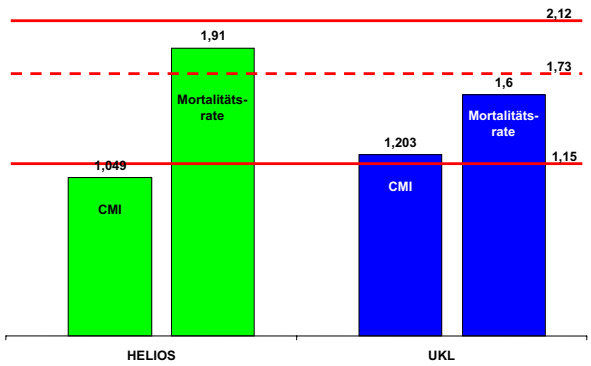
Dieser besonderen Verantwortung ist sich jeder Mitarbeiter unseres Klinikums bewusst und widmet sich deshalb mit großem Engagement jedem einzelnen unserer Patienten. Nicht immer können wir den Kampf um die Gesundheit unserer Patienten gewinnen. Aber wir verschieben die Grenzen des Machbaren immer mehr zu Gunsten der uns anvertrauten Menschen.

So entwickelten Ärzte unseres Klinikums z. B. mehrere neue Methoden zur Behandlung des Blutkrebses, mit denen es nun möglich ist, auch ältere Patienten mit großem Erfolg zu behandeln. Inzwischen kann in Leipzig jede der elf häufigsten Formen des Blutkrebses in fast allen Stadien und Schweregraden erfolgreich behandelt werden. Wurden noch vor wenigen Jahren fast ausschließlich Zellen von verwandten Spendern transplantiert, liegt der Anteil der unverwandten Spender heute schon bei 36 %. Aber auch bei Patienten ohne passenden Spender ist man inzwischen in der Lage, Transplantationen mit Stammzellen durchzuführen, die nur in der Hälfte der Merkmale passend sind. 5 von 6 Patienten überleben diese schwierige Transplantation - ein hervorragendes Ergebnis, wenn man bedenkt, dass diese Patienten bis vor kurzem noch gar keine Chance hatten. Auch den über 60-jährigen Patienten kann mit einer in Leipzig und Seattle neu entwickelten Methode der schrittweisen Verdrängung des kranken Knochenmarks erstmals geholfen werden. Die Erfolgsquote hier liegt bei 60 %.

Der so genannte Case-Mix-Index, eine Kennziffer, die den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle abbildet, beträgt am Universitätsklinikum Leipzig 1,277 für das Jahr 2004. Mit anderen Worten: Der Schweregrad der hier behandelten Fälle war fast 28 % höher als im Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser.

Der Schweregrad allein sagt allerdings noch nichts zur Behandlungsqualität aus. Erst die Relation von Schweregrad zu anderen Kennziffern, wie Todesfallrate oder Infektionsrate lässt eine derartige Aussage zu. Da diese Informationen derzeit nur von einigen wenigen Kliniken veröffentlicht werden, können wir uns nur mit den Krankenhäusern der HELIOS Kliniken GmbH vergleichen, die in Deutschland als Vorreiter bei der Kommunikation von Qualitätskennziffern gelten.

Im Jahr 2004 lag die Todesfallrate am Universitätsklinikum Leipzig bei 1,6 % (Case-Mix-Index: 1,203*). Die Todesfallrate bei den HELIOS Kliniken lag bei 1,91 % (Case-Mix-Index: 1,046). Auch im Vergleich der Universitätskliniken untereinander liegt das Universitätsklinikum Leipzig im obersten Drittel (bezogen auf diese Kennziffer).



Vergleich CMI und Mortalität zwischen HELIOS (Angaben aus dem Qualitätsbericht 2004) und dem UKL. Um die Daten mit den Angaben von 25 anderen Universitätskliniken (VUD-Vergleich des QUK-Programms vom Juli 2005) vergleichbar zu machen, wurden die Fälle aus 2004 von HELIOS und dem UKL mit dem DRG-Katalog des Jahres 2005 gruppiert. Die gestrichelte rote Linie bildet die durchschnittliche Mortalitätsrate der Universitätsklinka ab; die untere rote Linie den besten Wert und die obere rote Linie den schlechtesten Wert.

Hochschulambulanzen: Wichtiger Baustein der Krankenversorgung

Bis vor kurzem waren in Deutschland die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung nahezu undurchlässig. Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) hat dem ein Ende gemacht und so beteiligen sich immer mehr Krankenhäuser auch an der ambulanten Betreuung von Patienten.

Universitätskliniken dagegen verfügen schon seit Jahrzehnten über umfangreiche Erfahrungen in der ambulanten Patientenbetreuung. Die so genannten Hochschulambulanzen sind ein wichtiger Baustein im Gesundheitssystem. Sie wurden ursprünglich eingerichtet, damit Studierende

*Um die Ergebnisse mit den HELIOS-Daten vergleichbar zu machen, wurden die 2004er Daten nach dem DRG-Katalog aus 2005 gruppiert. Daher weicht der CMI von dem vorher genannten Wert ab (siehe auch Erläuterung zur Grafik)

und junge Mediziner Erfahrungen in der ambulanten Patientenversorgung sammeln konnten. Im Laufe der Zeit übernahmen diese Ambulanzen aber auch immer mehr Versorgungsaufgaben.

In den 58 Ambulanzen des Universitätsklinikums Leipzig behandelten wir 2004 weit mehr als 270.000 Patienten. Obwohl die Einführung der Praxisgebühr deutschlandweit zu einem Rückgang der Arztbesuche führte, verzeichneten wir im Vergleich zum Jahr 2003 eine Zunahme der ambulanten Fälle um 7 %. Zusätzlich wurden insgesamt 5.517 ambulante Operationen vor allem in den Kliniken für Augenheilkunde, HNO und Dermatologie durchgeführt.

Universitätskliniken bilden die Ärzte von morgen aus

Das Studium der Medizin zählt zu den anspruchsvollsten Studienrichtungen, die es gibt. Mindestens sieben Jahre braucht ein Student, um das Wissen zu erwerben, das er als Arzt benötigt. Doch Wissen allein genügt nicht. Nur mit praktischen Erfahrungen kann er später Patienten behandeln. Die Universitätsklinika stehen deshalb vor der Aufgabe, den Medizinstudenten in allen Fachrichtungen umfangreiche Unterweisungen direkt am Krankenbett zu geben und sie in die Behandlung der Patienten einzubeziehen. Die ausbildenden Ärzte müssen dabei den schwierigen Spagat bewältigen, höchste Behandlungsqualität auf dem Niveau eines Maximalversorgungskrankenhaus zu sichern und gleichzeitig jungen Medizinern die Möglichkeit zu geben, ihr frisch erworbenes Wissen in der Praxis anzuwenden.

Problemorientiertes Lernen soll die Mediziner von morgen fit für den Beruf machen. Hier: Rettung eines Verletzten vom Dach.

Die Lehraufgabe eines Universitätsklinikums beschränkt sich nicht nur auf das Medizinstudium. Die Facharztweiterbildung und auch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Kolleginnen und Kollegen aus den Arztpraxen und anderen Krankenhäusern sind integrale Elemente der Lehraufgabe.

Strukturell und personell hat die Umsetzung dieser Aufgaben weit reichende Konsequenzen. Der Studentenbetrieb erfordert besondere räumliche Konzepte, mehr ärztliches Personal. Auch der Verbrauch von Material ist höher als in anderen Krankenhäusern. Der in Semestern ablaufende Lehrbetrieb zwingt dem Krankenhaus einen bestimmten Rhythmus auf. Damit die jungen Ärzte genügend Möglichkeiten haben, sich zum Facharzt und / oder wissenschaftlich weiterzubilden, werden viele Arztstellen in den Kliniken eines Universitätsklinikums nur befristet besetzt. Die Fluktuation in der Gruppe der Assistenzärzte ist - gewollt - sehr hoch, widerspricht aber dem Bedürfnis der Patienten, immer vom gleichen Arzt behandelt zu werden.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig studierten im Jahr 2004 in der Humanmedizin 2.750, in der Zahnmedizin 350 Studenten. Rechnerisch waren 165 der 740 Ärzte an Fakultät und Klinikum ausschließlich mit Lehraufgaben beschäftigt. 405 Studenten schlossen 2004 erfolgreich ihr Studium ab und sind jetzt als Arzt tätig.

Damit leistet die Hochschulmedizin Leipzig einen wichtigen Beitrag auch zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Sachsen. Medizinischer Nachwuchs wird dringend benötigt, denn die niedergelassenen Ärzte in Sachsen haben einen Altersdurchschnitt von 48,8 Jahren. Allein in den kommenden fünf Jahren werden 38 % der niedergelassenen Mediziner in den Ruhestand gehen und brauchen daher Nachfolger für ihre Praxen.

Forschung als Kernaufgabe

Forschung und die schnelle Überführung von Forschungsergebnissen in die Praxis sind Kernaufgaben der Hochschulmedizin. Hier wird Grundlagenforschung ebenso betrieben wie die Suche nach neuen Therapieverfahren, Wirkstoffen oder Krankheitsursachen. Forschung und Krankenversorgung sind daher an einem Hoch-

schulmedizinstandort untrennbar miteinander verbunden.

Die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit den Forschungsschwerpunkten Neurowissenschaften, Immunologie und Rheumatologie, Endokrinologie und Molekulare Onkologie auf zellbiologischem Gebiet sowie Psychosozialen Versorgungsformen / Public Health. Im Jahr 2004 wurden diese Forschungsschwerpunkte unter das Rahmenthema "Prävention und Regeneration" gestellt. Die Medizinische Fakultät Leipzig kooperiert eng mit zahlreichen wissenschaftlichen Einrichtungen an der Universität Leipzig, an anderen Universitäten und mit nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen. Die für Forschungszwecke eingeworbenen Gelder (Drittmittel) beliefen sich im Jahr 2004 auf 18,56 Mio. Euro. Der Forschungsbericht der Medizinischen Fakultät für das Jahr 2004 kann im Internet unter www.medizin.uni-leipzig.de eingesehen werden.

Klinische Studien

Immer dann, wenn eine Methode, ein Medikament oder auch ein technisches Gerät anwendungsreif sind, muss ein kompliziertes Verfahren zur Zulassung und zur Überprüfung der Wirksamkeit durchlaufen werden. Ein Teil dieses Verfahrens sind Klinische Studien. Im Rahmen der Klinischen Studien werden Patienten mit neuen Methoden, Medikamenten oder Geräten behandelt. Diese Behandlung findet unter einer besonders strengen Überwachung statt. Alle Ergebnisse werden erfasst, ausgewertet und fließen in die Entscheidung zur Zulassung ein. Erkenntnisse, die die Ärzte und Forscher gewinnen, werden sofort wieder in die Behandlung übertragen. Für viele Patienten ist die Behandlung im Rahmen einer solchen Studie eine Chance, Erfolge im Kampf gegen eine Erkrankung zu erzielen, bei der herkömmliche Methoden oder Medikamente unwirksam sind.

Universitätsklinika zeichnen sich dadurch aus, dass sie sehr viele dieser Studien durchführen, oft auch auf nationaler und internationaler Ebene. In Alle Studien sind von der Ethikkommission begutachtet und genehmigt.

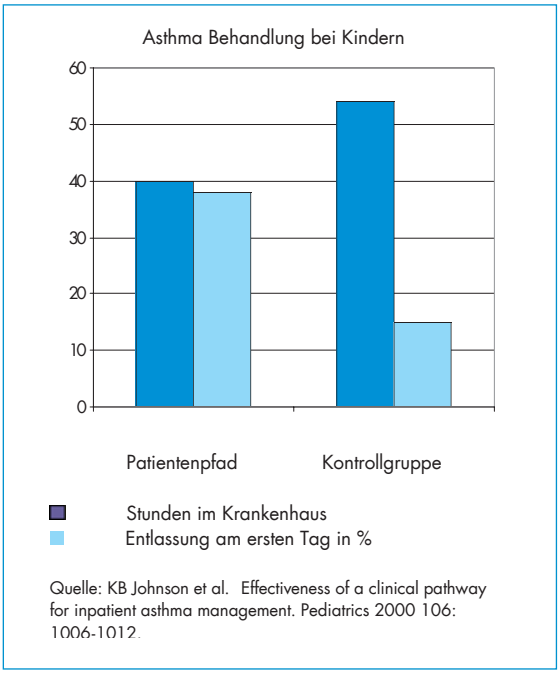
Am Universitätsklinikum Leipzig und der Medizinischen Fakultät werden jedes Jahr etwa 150 Klinische Studien durchgeführt. Zur Koordinierung dieser Studien wurde ein "Koordinierungszentrum für Klinische Studien Leipzig (KKSL)" gegründet, das in den deutschlandweiten Verbund dieser Zentren eingebunden ist und deren Vorsitzender derzeit die Sprecherrolle inne hat.

Am ICCAS entwickeln Wissenschaftler Methoden und Software zur Computersimulation von Operationen. Die Simulationen sollen zur Planung komplizierter Eingriffe und zur Ausbildung von Operateuren dienen.

Ökonomie versus Qualität?

Momentan sind Befürchtungen zu hören, dass Patienten aufgrund des Kostendruckes in Krankenhäusern und neuer Abrechnungsmodalitäten viel zu früh entlassen würden. Als Ursache werden die DRG-Fallpauschalen ausgemacht, die die Vergütung nach Pflegetagen abgelöst haben. Ziel der Fallpauschalen ist es, dass eine vergleichbare medizinische Leistung auch überall gleich viel kostet. Damit geraten die Krankenhäuser wirtschaftlich unter Druck, weil das Anreizsystem plötzlich geändert wurde. In der Vergangenheit bestand der finanzielle Anreiz darin, Patienten so lange wie möglich - also auch länger als notwendig - im Krankenhaus zu behalten. Das DRG-Fallpauschalensystem setzt nun den Anreiz, einen Patienten möglichst kurz im Krankenhaus zu haben. Das Prinzip: Je früher die Entlassung, desto geringer die Kosten.

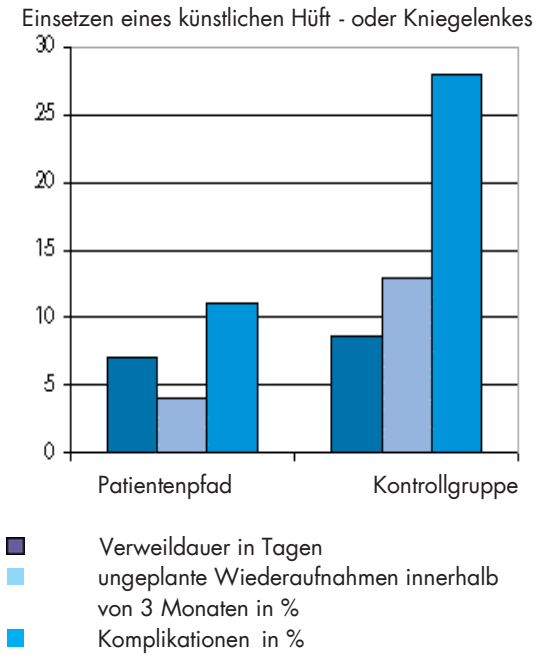
Die Frage, ob die Qualität der Behandlung dadurch leidet muss nicht zwangsläufig mit ja beantwortet werden. Die Fallpauschalen sollen die Kliniken zwingen, Behandlungsabläufe besser zu strukturieren und zu optimieren. Vor allem soll ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ausschließlich auf Qualitätsebene und nicht beim Preis entstehen. Durch dieses Zusammenspiel soll Kostensenkung mit besserer Qualität der Versorgung verknüpft werden. Dieses System wird in vielen anderen Ländern seit Jahren erfolgreich praktiziert.



Quelle: KB Johnson et al. Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. Pediatrics 2000 106: 1006-1012.

Mit diesen Voraussetzungen konfrontiert, wurden standardisierte Behandlungsabläufe, sogenannte Behandlungspfade entwickelt. Um Missverständnissen vorzubeugen: Standard bedeutet die jeweils beste Behandlungsmöglichkeit für eine bestimmte Krankheit, die ein Krankenhaus anbietet. Bei einem Blick ins Ausland sind die Auswirkungen auf die Behandlungsqualität zu erkennen (siehe Grafiken). Die Verweildauer geht zurück, wodurch Kosten sinken. Die Zahl ungeplanter Wiederaufnahmen und Komplikationen sinkt ebenfalls.

Möglich wird das nicht ausschließlich durch klinikinterne Prozessverbesserung. Die starren Grenzen zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und ambulanter Weiterbetreuung



Quelle: MM Dowsey et al. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. Medical Journal of Australia 1999 170: Kr -62.

müssen ebenfalls verschwinden - aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität. Auf beiden Feldern wird das Universitätsklinikum Leipzig verstärkt aktiv werden, um unsere Behandlungs- und Servicequalität zu verbessern. Schließlich sichert die Qualität unserer Leistung den wirtschaftlichen Erfolg.

Das Universitätsklinikum der Zukunft

Die untrennbare Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Hochschulmedizin Leipzig bedingt auch ein gemeinsames Entwicklungskonzept zur baulichen und strukturellen Entwicklung von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum. Dieses Entwicklungskonzept war dringend notwendig. Allein am Klinikum schätzten Experten den Investitionsstau bei der Infrastruktur im Jahr 2001 auf rund 290 Mio. Euro. Vor allem die auf große Flächen verteilten dezentralen Standorte der einzelnen Kliniken und Institute sowie die größtenteils marode Bausubstanz machten schnelles Handeln dringend erforderlich. Fakultät und Klinikum formulierten daher eine Entwicklungskonzeption, die nicht nur eine schnelle Verbesserung der Infrastruktur zum Inhalt hatte, sondern vor allem neue Strukturen mit kurzen Wegen und eine funktionale Vernetzung einzelner Bereiche vorsieht.

Dieses Entwicklungskonzept wird momentan umgesetzt. Das Medizinische Viertel gleicht einer großen Baustelle und wird im Jahr 2010 ein völlig neues Gesicht haben. Das Klinikum baut neben dem 2003 eröffneten Operativen Zentrum das Zentrum für Frauen- und Kindermedizin (Fertigstellung 2007) und das Zentrum für Konservative Medizin (Fertigstellung 2008). Ende 2008 werden dann die meisten der 28 Kliniken in diesen drei Zentren sowie im bereits bestehenden Gebäude der "Kopfkliniken" konzentriert sein. Im Gebäudekomplex der Orthopädischen Klinik, die Mitte 2005 in das Operative Zentrum integriert wird, findet das Zentrum für Psychiatrische und Psychosomatische Krankheiten sein zu Hause. Damit hat die räumliche Zersplitterung des Klinikums ein Ende. Die Klinikkomplexe sind so organisiert, dass alle Fächer, die sich mit einem Krankheitsbild befassen oder bei der Therapie eng zusammenarbeiten, räumlich nebeneinander untergebracht sind. Alle Abläufe sind darauf ausgerichtet, eine ganzheitliche, krankheitsbildorientierte Diagnostik, Therapie und Pflege zu ermöglichen. Die Patienten werden von diesem Konzept in mehrfacher Hinsicht profitieren. Kurze Wege, einladende Wartezonen, modern ausgestattete Patientenzimmer und gastronomische Einrichtungen, geringere Wartezeiten und viel weniger Transporte sind nur einige Vorteile, die sich aus der neuen Infrastruktur ergeben und damit die Qualität der Versorgung erhöhen.

Auch an der Medizinischen Fakultät wird kräftig gebaut. Ende 2004 zogen die Nutzer in das komplett sanierte Fakultätsgebäude in der Härtelstraße ein. Anfang 2005 wurde das sanierte Institut für Anatomie eingeweiht. Im September 2005 wurde das neu errichtete Institut für Biochemie übergeben. Das Carl-Ludwig-Institut wird in mehreren Bauabschnitten saniert und modernisiert und steht der Fakultät nach erfolgten Bauarbeiten als zentrales Studiengebäude zur Verfügung. Auch in den Instituten für Rechtsmedizin und für Pathologie wird gebaut. Ab 2006 beginnt der Umbau der ehemaligen Hautklinik zu einem modernen Forschungszentrum.

In Planung sind weiterhin ein zentrales Rechenzentrum für Fakultät und Klinikum, die Zusammenführung der mehr als 23 Standorte der Medizinischen Bibliothek in einem Gebäude sowie der Neubau eines Wirtschafts- und Versorgungszentrums. Dieser bauliche Kraftakt, der insgesamt fast 400 Mio. Euro kostet, wird den Leipziger Hochschulmedizinstandort zu einem der modernsten in Europa machen - zum Wohle der Patienten, der Studenten, der Mitarbeiter und der Wissenschaft.

So soll das Universitätsklinikum Leipzig am Hauptstandort nach Abschluss der Bauarbeiten im Jahr 2008 aussehen. Die Vision: Ein Gesundheitsboulevard im Herzen der Stadt Leipzig.

Strukturen und Prozesse

"Zwei Dinge pflegen den Fortschritt aufzuhalten - Autoritäten und Systeme." Dieses Zitat von Rudolf Virchow stammt aus dem Jahr 1847 - ein Beweis dafür, dass die Menschen in allen Zeiten vor ähnlich gelagerten Herausforderungen standen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich derzeit in einer Phase des Umbruchs. Der Zwang zum Sparen, das Aufbrechen traditioneller Grenzen, der wissenschaftliche Fortschritt, die Versorgungsprobleme in einigen Gebieten Deutschlands, die Nachwuchssorgen und die - berechtigte - Forderung nach mehr Transparenz und Qualität in der Medizin erfordern ein grundlegend neues Denken von allen Beteiligten. Das Universitätsklinikum Leipzig und die Medizinische Fakultät Leipzig haben dies erkannt und deshalb begonnen, neue Wege zu gehen. Herkömmliche Strukturen im Krankenhaus werden neu geordnet. Im Ergebnis dieses Veränderungsprozesses entstehen neue, bessere Konzepte zur Patientenversorgung. Dabei ist es eine langjährige Leipziger Tradition, dass Neues unmittelbar in die Praxis überführt wird.

Das Universitäre Krebszentrum

Bösartige Tumoren stellen für Medizin und Gesellschaft nach wie vor eine Herausforderung dar. Viele der Erkrankungen müssen von mehreren Fachdisziplinen diagnostiziert und behandelt werden. Das erfordert eine Organisationsform, die diagnostische und therapeutische Disziplinen und Subspezialisierungen großer klinischer Fächer zusammenführt.

Diese Möglichkeit eröffnet sich nun auch räumlich mit dem Neubau des Operativen Zentrums. Hier soll eine interdisziplinäre onkologische Ambulanz entstehen, die ein zentraler Anlaufpunkt für zuweisende Ärzte aus Hausarzt- und onkologischen Praxen werden soll. Durch die unmittelbare Nachbarschaft von Ärzten aus mehreren Fachdisziplinen in dieser Ambulanz können kurzfristig Entscheidungen getroffen und sollen unnötige Belastungen der Patienten durch Wartezeiten und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Ambulante Chemotherapien, die im Bedarfsfall frühzeitige psycho-onkologische Betreuung und die Versorgung der Patienten in einer Schmerzambulanz gehören zum Leistungsspektrum.

Auf einer interdisziplinären Station werden Tumorpatienten von Chirurgen und Internisten gemeinsam betreut. Diese stimmen Diagnostik und Therapie gemeinsam und mit weiteren Spezialisten ab.

Das "Herzstück" des Universitären Krebszentrums bilden die Tumor-Boards. Sie gibt es bisher

Tumorboards am Universitären Krebszentrum Leipzig

TUMORBOARD

☐ DIAGNOSTIK ☐ THERAPIE ☐ NACHSORGE ☐ STUDIE

VERDAUUNGS-TRAKT	BRUSTDRÜSE	LUNGE	KNOCHEN, WEICHTEILE	ZNS	KOPF-HALS	HAUT
Chirurgie Innere Medizin Diagn. Radiologie Strahlentherapie Nuklearmedizin Pathologie	Gynäkologie Chirurgie Diagn. Radiologie Strahlentherapie Pathologie Nuklearmedizin Psychoonkologie	Innere Medizin Chirurgie Diagn. Radiologie Nuklearmedizin Strahlentherapie Pathologie	Orthopädie Chirurgie Diagn. Radiologie Innere Medizin Strahlentherapie Nuklearmedizin Pathologie	Neurochirurgie Pädiatrie Neuroradiologie Strahlentherapie Innere Medizin Neuropathologie	HNO MKG Augenheilkunde Diagn. Radiologie Strahlentherapie Nuklearmedizin Pathologie	Dermatologie Chirurgie Neurochirurgie MKG HNO Innere Medizin Diagn.Radiologie Strahlentherapie Nuklearmedizin Pathologie

THERAPIE

OP ⟷ CHT ⟷ STR

für Tumoren der Knochen und Weichteile, des Verdauungstraktes, der weiblichen Brustdrüse, der Lunge, des Zentralnervensystems, des Kopf-Hals-Bereiches und der Haut.

Hier werden von Expertenteams, die aus Vertretern vieler Fachrichtungen bestehen, gemeinsam Festlegungen zu weiterführender Diagnostik und therapeutischen Strategien nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und nach Leitlinien getroffen. Dadurch können auch stationäre Aufenthalte der Patienten auf ein Mindestmaß beschränkt werden.

Die Koordination von Diagnostik, Therapie und Nachsorge durch einen Arzt, mit dem die Patienten ein Vertrauensverhältnis aufbauen können, sollen "in einer Hand" liegen und wird zu den wichtigsten Aufgaben des Zentrums gehören.

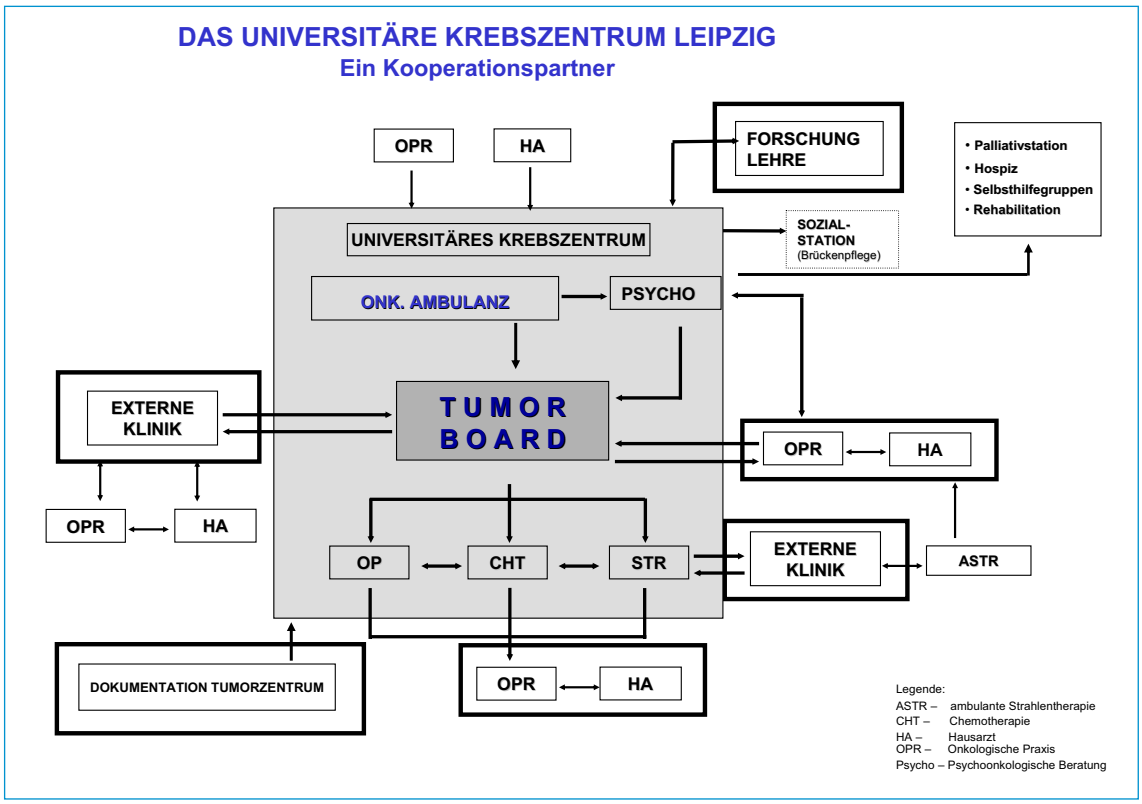
In den Tumor-Boards des Krebszentrums wurden bereits die Fälle mehrerer hundert Patienten besprochen. Die Boards sind für alle Ärzte der Region offen und werden bereits zur Vorstellung ihrer Patienten genutzt.

Das Universitäre Krebszentrum lebt durch seine Partner, die städtischen und regionalen Kliniken, die Ärzte aus Haus- und onkologischen Praxen der Region. Diese zum Teil langjährige Zusammenarbeit soll mit dem Zentrum weiter gefördert und ausgebaut werden.

Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin

Seit April 2004 sind die Intensivstationen der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, des Zentrums für Chirurgie, des Zentrums für Innere Medizin und der Klinik für Neurochirurgie räumlich und organisatorisch zur Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin (EMI) zusammengefasst. Dabei bleibt das fachspezifische Arbeiten, basierend auf jahrelangen Erfahrungen und zunehmendem fachspezifischen Wissen im ärztlichen und pflegerischen Bereich, in den jeweiligen Einrichtungen erhalten. Die Leitung der Multidisziplinären Einheit hat die für alle Fachbereiche notwendige Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement zu ihrer zentralen Aufgabe erklärt. Bewertungssystem ist das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), mit dem interne und externe Qualitätsvergleiche durchführbar sind.

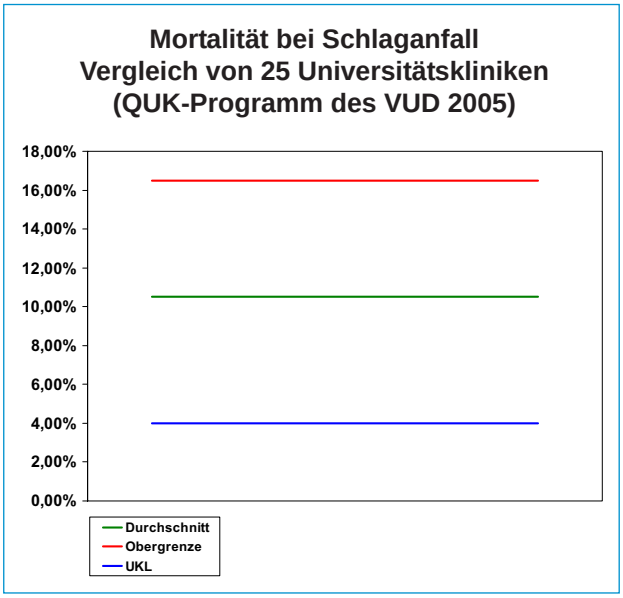
Die EMI hat in den genannten Fachbereichen die für die deutsche Intensivmedizin höchste Strukturqualität entsprechend den Richtlinien der DIVI geschaffen.



Darüber hinaus bildet der Zusammenschluss zur Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin das Fundament für Spitzenleistungen in der Krankenversorgung. Die ständige Präsenz intensivmedizinischer Experten aller genannten Fachgebiete bietet in der EMI bereits jetzt die Möglichkeit gemeinsamer Behandlung der häufig fachübergreifenden Krankeitsverläufe, der gemeinsamen Nutzung freier Bettenkapazitäten und die fachbereichsübergreifende Isolation von Patienten mit Problemkeimen. Fachliche Weiterbildungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich sorgen für die Übernahme gemeinsam erarbeiteter Behandlungsempfehlungen durch alle Fachbereiche.

Schwerpunkte der intensivmedizinischen Versorgung sind die Transplantationschirurgie, die Behandlung Schwerverletzter, die Tumorchirurgie, die Sepsis sowie das Herz- und Lungenversagen unterschiedlicher Ursache.

Alle modernen Möglichkeiten organunterstützender Maßnahmen sind ständig verfügbar. Im Falle von Herz-Kreislauf-Versagen erfolgt eine individuell zugeschnittene Behandlung mit den gegenwärtig effektivsten kreislaufaktiven Medikamenten, der Einsatz der intraaortalen Ballongegenpulsation und eine enge Zusammenarbeit mit dem Herzkatheterlabor und der Herzchirurgie. Bei Wiederbelebung nach Herz-Kreislaufstillstand infolge Kammerflimmerns steht ein intravenöses Kühlsystem zur Verfügung, mit dem durch Körperkühlung auf 32°-34° C die neurologischen Ausfälle reduziert werden. Im Falle von Lungenversagen sind nichtinvasive Beatmungsmöglichkeiten, alle Möglichkeiten sog. protektiver Beatmung, der Einsatz eines Systems zum passageren Lungenersatz, Reopeningverfahren und letztendlich die Überweisung zur Lungentransplantation verfügbar. Nierenersatztherapie erfolgt mit den aktuell gängigen Verfahren bis hin zur Nierentransplantation, Leberersatztherapie nach dem MARS-Verfahren als Überleitung bis zur Lebertransplantation.



Der Zusammenschluss zur Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin bietet umfangreiche Möglichkeiten wissenschaftlichen Arbeitens. Gegenwärtig befindet sich ein Verfahren zur Wiedereröffnung verschlossener Lungenareale, speziell bei Patienten mit Thoraxtrauma, in der Umsetzung von der Forschungsebene in die Krankenversorgung. Innerhalb von klinischen Studien werden teilnehmenden Patienten Produkte der forschenden Pharmaindustrie verfügbar gemacht, die sich in das wissenschaftliche Profil und die Versorgungsaufgaben der EMI einfügen und für den Patienten von höchstem Nutzen sind.

Die Digitale Radiologie

Ohne die Einführung moderner Kommunikationstechnologien kann in einer Universitätsklinik der Qualitätsstandard für die Patientenversorgung nicht dauerhaft gesichert werden. Zu groß sind die Datenmengen, die in der Diagnostik und Therapie für jeden Patienten entstehen und sinnvoll für die Behandlung genutzt werden müssen. Dabei kommt der schnellen und sicheren Übermittlung von Untersuchungsergebnissen (als Bild und Befund) eine besondere Bedeutung im gesamten Ablauf zu. Informationstechnologie hat die Aufgabe, durch die schnelle Bereitstellung der benötigten Informationen den interdisziplinären Austausch auf einfache und zuverlässige Weise zu unterstützen.

Für die operativen Kliniken und die Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie war die Inbetriebnahme des Operativen Zentrums im Jahr 2003 ein wichtiger Meilenstein. Mit dem Umzug der Kliniken in den Neubaukomplex wurde gleichzeitig auch neue Technologien und Prozesse etabliert. Dazu gehörte u.a. die Einführung einer elektronischen Krankenakte.

Eine elektronische Krankenakte funktioniert aber nur, wenn vor allem auch die radiologischen Befunde digital zur Verfügung stehen. Bildgebung, Bildverarbeitung, Bildkommunikation und Bild-

archivierung für alle radiologischen Verfahren wurden deshalb vollständig auf digitale Technik umgestellt.
Voraussetzung für den Übergang zu einer vollständigen digitalen Radiologie im Neubau OZL war die Installation eines umfassenden Radiologieinformationssystems (RIS) und eines Bildarchivierungs- und Kommunikationssystems (PACS), um die typischen radiologischen Prozesse (Patientenaufnahme, Terminplanung, Untersuchung, Befundung, Dokumentation, Archivierung, Verteilung und Abrechnung) digital abzubilden und in ein krankenhausweites Klinikumsinformationssystem (KIS) integrieren zu können.

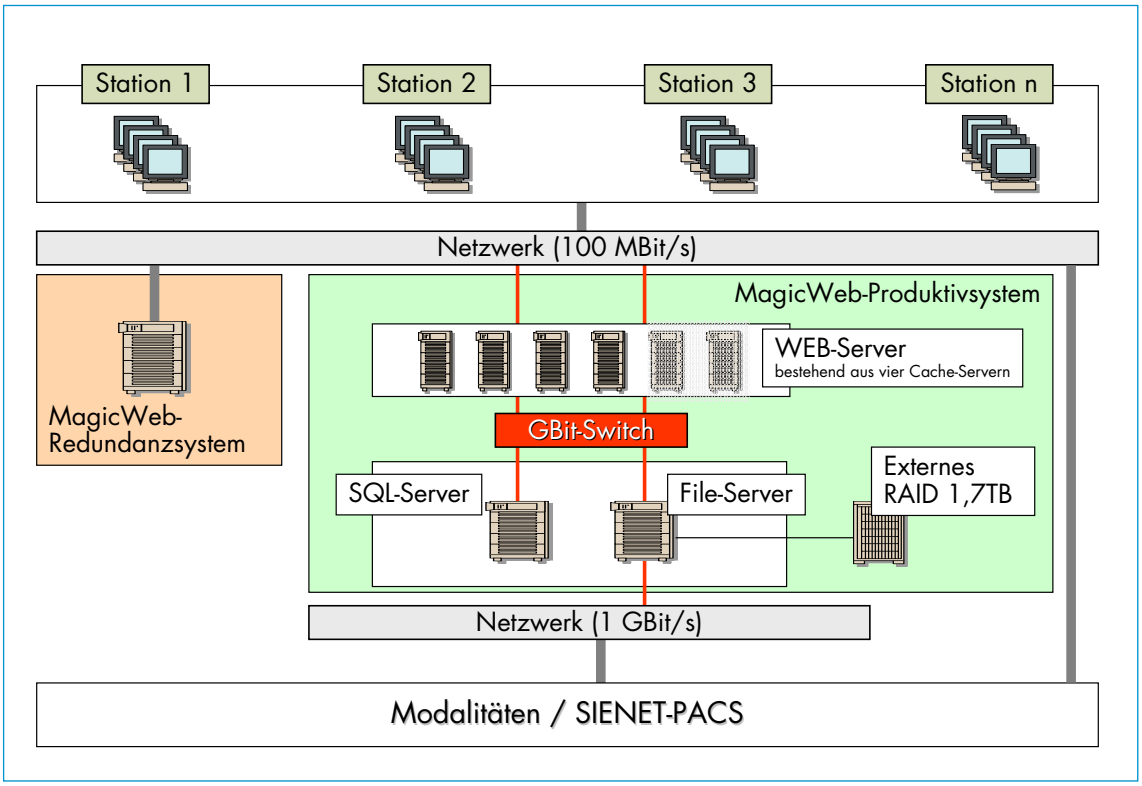
Die Einführung von RIS / PACS konnte nachweisbare Qualitätssteigerungen in allen mit radiologischen Bildern und Befunden arbeitenden Bereichen, Effizienzerhöhungen und Einsparungen bewirken.

Das Projekt wurde mit Hilfe von öffentlichen Fördermitteln finanziert und durch die Firmen SIEMENS und MEDOS umgesetzt. Die Hauptaufgabe bestand in der Realisierung des zentralen Befundkonzepts und der klinikweiten Bildverteilung. Eine anspruchsvolle Aufgabe, wenn man die Größe des Universitätsklinikums Leipzig bedenkt.

Seit Juni 2004 funktioniert RIS / PACS reibungslos. Im zweiten Halbjahr 2004 wurden Erweiterungen der Ausstattung der Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie vorgenommen, um die Anbindung an den Telematikverbund Sachsen-Nord zu ermöglichen. Eine Wirtschaftlichkeitsanalyse ergab, dass wie beabsichtigt alle radiologischen Arbeitsabläufe komplett digitalisiert wurden. Durch die Ablösung des analogen Verfahrens durch die Digitaltechnik werden jährlich etwa 410.000 Euro eingespart. Das konventionelle Filmarchiv wird nicht mehr benötigt. Die Bilddaten und Befunde stehen den Ärzten des Klinikums jederzeit und überall in Sekundenschnelle zur Verfügung - eindeutiger Vorteil gegenüber dem konventionellen Verfahren.

Die mobile Elektronische Patientenakte

Die Elektronische Patientenakte ist aus einem modernen Krankenhaus nicht mehr wegzudenken. Die digitale Welt hält mit Macht Einzug in den Alltag der Mediziner. Radiologische Untersuchungen erzeugen digitale Daten, Laborbefunde, Informationen aus der Krankenhausapotheke zur Medikamentengabe usw. sind elektronisch verfügbar. Ein wesentlicher Nachteil ist aber, dass Ärzte und Pflegekräfte diese Daten bisher nur an Computerarbeitsplätzen nutzen können. Bei der Visite z. B. sitzt der Arzt nicht am PC, sondern steht am Patientenbett. Auch die



Pflegekräfte sind den größten Teil ihrer Arbeitszeit beim Patienten tätig. In diesen Fällen nützt die Elektronische Patientenakte wenig und es wird wieder auf Papierakten zurückgegriffen. Dieser sogenannte Medienbruch ist nicht nur teuer, er erfordert zeitaufwändige Doppeleingaben und verringert die Akzeptanz gegenüber den elektronischen Systemen. Die Fehlerquote bei der Übertragung der Daten ist zudem recht hoch.

Im Rahmen eines Pilotprojektes in der Klinik für Neurochirurgie haben Pflegekräfte, Ärzte und Mitarbeiter des Bereichs IT-Management des Universitätsklinikums Leipzig und Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie der Medizinischen Fakultät Leipzig hierzu eine Lösung konzipiert. Die Elektronische Patientenakte wurde mobil. Das hört sich einfach an, ist aber im Krankenhaus, wo be-

sondere Bestimmungen für die Abstrahlung von elektromagnetischen Wellen, sehr hohe Sicherheitsanforderungen (Datenschutz) und zudem recht komplizierte räumliche Bedingungen herrschen, sehr anspruchsvoll. Eine große Herausforderung war es, das Funknetz absolut störungsfrei zu gestalten, damit bei Unterbrechungen (z. B. durch vorbeifahrende Wäschecontainer oder medizinische Geräte) kein Datenverlust entsteht. Üblicherweise wird daher ein Funknetz mit sehr vielen Stationen aufgebaut, welches jedoch sehr teuer und wegen seiner Komplexität dennoch anfällig ist.

Die IT-Experten des Klinikums entwickelten eine eigene Lösung. Sie schicken keine echten Daten, sondern nur die Bildschirmausgabe der Daten auf die mobilen Geräte. Kommt es zu einer Unterbrechung des Funknetzes, hat dies keine Auswirkungen auf das System. Bei der technischen Umsetzung der Idee halfen Partner aus der IT-Branche (Fujitsu Siemens Computer, perdata, enterasys).

Mit Hilfe von Tablet-PC kann jetzt jederzeit und überall auf die Patientendaten (z.B. Anamnese, Bildgebung, Laborwerte usw.) zurückgegriffen werden. Verlaufseintragungen und pflegerische Leistungen können direkt am Patientenbett dokumentiert werden. Es wird somit unmittelbar und viel genauer dokumentiert. Eine Doppelerfassung in Papierform und am PC ist nicht mehr nötig, wodurch Ärzten und Pflegekräften wieder mehr Zeit für ihre Patienten zur Verfügung steht.

Eine Besonderheit bei der Entwicklung und Umsetzung dieser EDV-Lösung war, dass den IT-Experten auch Pflegekräfte und Ärzte von Anfang an zur Seite standen. Sie entwickelten die Erfassungsmasken, probierten die Handhabbarkeit des Systems und lieferten auch während der Einführung wertvolle Hinweise zu Stärken und Schwächen der Soft- und Hardware. Dank dieser Vernetzung erfreut sich die Mobiltechnologie in der Klinik für Neurochirurgie einer sehr hohen Akzeptanz und ist längst zum klinischen Alltag geworden.

Im Frühjahr 2005 präsentierte Fujitsu Siemens Computers die vom Klinikum entwickelte mobile Elektronische Patientenakte auf der Computerfachmesse CeBIT. Das Klinikum plant die schrittweise Ausstattung aller Kliniken mit dieser Technolgie in den kommenden Monaten.

Umweltschutz am UKL

Wer sich wie das Universitätsklinikum Leipzig dem Ziel verschrieben hat, eine ganzheitliche, auf den Menschen ausgerichtete Medizin zu praktizieren, kann dieses Ziel nur erreichen, wenn er auch die Belange der Umwelt berücksichtigt. Umweltschutz ist daher ein zentrales Element in der Qualitäts- und damit auch Unterneh-

menspolitik des Klinikums und Anliegen eines jeden Mitarbeiters.

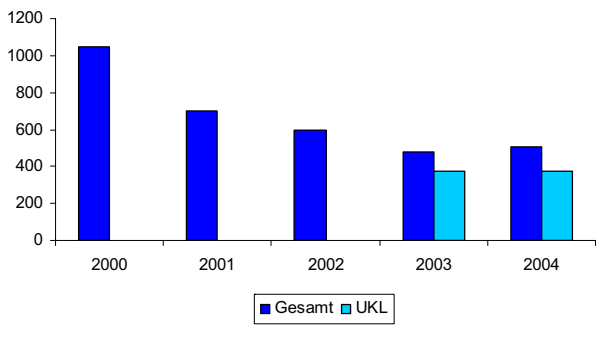
Ein Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein großer Verbraucher von Ressourcen (Rohstoffe, Energie und Wasser), aber auch ein Produzent erheblicher Abfallmengen. Die Art des Abfalls reicht vom einfachen Restmüll bis hin zu chemisch oder radioaktiv kontaminiertem Material. Die fachgerechte Entsorgung verursacht nicht nur hohe Kosten, sondern belastet vor allem die Umwelt.

Das Büro für Umweltschutz und Arbeitssicherheit entwickelte eine Entsorgungskonzeption für Klinikum und Fakultät, in deren Mittelpunkt die konsequente Abfallvermeidung und die Senkung der Entsorgungskosten standen. Erfolg versprach schon die Formulierung von Handlungsanleitungen zur richtigen Zuordnung von Abfällen und die konsequente Nutzung des Dualen Systems. Durch gezielte Maßnahmen erreichte das Klinikum einen Rückgang infektiöser Abfälle.

Das Büro für Umweltschutz richtete eine Chemikalienbörse ein, über die nicht mehr benötigte, aber noch neuwertige Chemikalien an neue Nutzer vermittelt werden. Diese Börse erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Durch die sinnvolle Umsetzung von bis zu 1000 kg Laborchemikalien pro Jahr werden sowohl Ausgaben im Einkauf als auch in der Entsorgung gespart.

Neben der Vermeidung von Abfall senkt das Universitätsklinikum Leipzig durch den Einsatz von Steuerungs- und Regelungstechnik gezielt den Verbrauch von Elektroenergie. So ergab eine Analyse des Energieverbrauchs im Operativen Zentrum, dass ca. 50 % des Energieverbrauchs von den Raumlufttechnischen Anlagen verursacht wird. Eine bedarfsabhängige Steuerung dieser Anlagen, die in der Stunde immerhin 300.000 Kubikmeter Luft bewegen, war bauseits zunächst nicht vorgesehen. Das Klinikum rüstete diese Steuerung nach und erzielt dadurch dauerhaft eine Einsparung von fast 37 % des Energieverbrauchs der Raumluftanlagen. Die jährliche Einsparung beträgt allein im Operativen Zentrum 1,4 Mio. kWh Elektroenergie bzw. 115.000 Euro.

Kostenentwicklung in TEUR der Abfallentsorgung Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät gesamt für die Jahre 2000 bis 2004



Bei den geplanten Neubauten wird bereits im Vorfeld ein besonderes Augenmerk auf eine günstige Energiebilanz gelegt. Beispielsweise wird durch den Bau von Innenhöfen dafür gesorgt, dass jedes Zimmer eine natürliche Belüftung über ein Fenster hat. Alle Lüftungs- und Klimaanlagen werden durch eine Kälte- und Wärmekopplung einen besonders sparsamen Energieverbrauch ausweisen. Grünzonen in und neben den Gebäuden sorgen für ein günstiges Raumklima.

So leisten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Universitätsklinikums Leipzig in ihrer täglichen Arbeit einen aktiven Beitrag zur Schonung unserer natürlichen Ressourcen. An jedem Arbeitsplatz gelten die Prinzipien Abfallvermeidung, Mülltrennung, Mehrfachnutzung und Verwendung von mehrwegfähigen Instrumenten und Systemen. Sie tun dies in der Überzeugung, dass Lebensqualität und Wohlbefinden ihren Ursprung in einer gesunden Umwelt haben.

Großzügig gestaltete Innenräume werden in den Neubauten eine angenehme Atmosphäre verbreiten (hier: Kinderzentrum).

Qualität hängt vom Menschen ab

Ohne qualifizierte, motivierte und engagierte Mitarbeiter kann ein Universitätsklinikum wie das Leipziger nicht funktionieren. Die Potenziale der Mitarbeiter, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erkennen und stetig auszubauen, ist eine der vordringlichsten Aufgaben des Klinikums. Es ist allerdings auch eine große Herausforderung angesichts des rasant fortschreitenden medizinischen Erkenntnisgewinns durch Forschungsergebnisse.

Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsangebote für unsere Mitarbeiter gehören daher zum Selbstverständnis des Universitätsklinikums. Hierfür werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in großem Umfang freigestellt.

Fort- und Weiterbildungsfreistellungen 2004

Anzahl Mitarbeiter	Ärzte	Pflege
	649	978*
Fort- und Weiterbildungstage		
Insgesamt	3846	2379
Tage pro Mitarbeiter	2,8	2,4

*nur Stationspersonal

Das Klinikum bietet durch enge Zusammenarbeit mit den Lehrkrankenhäusern sehr gute Voraussetzungen zur Facharztausbildung. Insgesamt besitzen 337 Ärzte am Universitätsklinikum eine abgeschlossene Fachweiterbildung, 312 Ärzte befinden sich gerade in der Fachweiterbildung, 58 Ärzte besitzen eine Weiterbildungsbefugnis.

Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe ist das Pflegepersonal. Um eine Pflegequalität zu bieten, die den wachsenden Ansprüchen der Hochleistungsmedizin gerecht wird, werden diese Mitarbeiter ständig fort- und weitergebildet. Dazu zählen unter anderem hoch anspruchsvolle Fortbildungen zum/-r Fachpfleger/-in für Anästhesie und Intensivmedizin oder Fachpfleger/-in im Operationsdienst. Der Anteil an examiniertem Pflegepersonal beträgt auf den Stationen des Klinikums 96 Prozent. In spezifischen Fachgebieten ist zusätzlich Personal mit einer Fachweiterbildung im Einsatz.

Abteilung	%-Anteil Pflegekräfte mit Fachweiterbildung
Pulmologie, Kardiologie und Intensivmedizin	9,21
Kinderklinik	9,23
Kinderchirurgie	37,04
Neurochirurgie	14,89
Neurologie	6,25
Psychiatrie	14,63
Psychiatrie und Psychosomatik des Kindes- u. Jugendalters	17,24
Anästhesiologie und Intensivmedizin	21,21
Chirurgische Intensivabteilung	34,55
Funktionsdienst	
OP- Dienst	45,24
Anästhesie (in den Abteilungen)	61,67

Neben den Fortbildungsmöglichkeiten für das Personal ist das Universitätsklinikum eine hervorragende Ausbildungsstätte. Durch eine enge Zusammenarbeit und verstärkte Kooperation zwischen Klinikum, Medizinischer Fakultät und der Medizinischen Berufsfachschule wird erstklassiges Personal ausgebildet und langfristig an das Klinikum gebunden. In der Medizinischen Berufsfachschule des Universitätsklinikums Leipzig werden Ausbildungen zu folgenden Berufen angeboten: Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Hebamme, Physiotherapeut/in, Diätassistent/in, Medizinisch-Technische(r) Radiologieassistent/in, Medizinisch-Technische(r) Laborassistent/in, Orthoptist/in.

Das Universitätsklinikum bietet eine Vielzahl weiterer Schulungsmöglichkeiten an. Damit die Fülle der verschiedenen Angebote jedem Mitarbeiter zugänglich ist, wurde vom Bereich Informationsmanagement und dem Institut für Medizinische Informatik ein virtuelles Schulungszentrum im Intranet des Klinikums eingerichtet. Hier kann jeder Mitarbeiter zu jeder Zeit alles Wissenswerte zu Inhalt, Zeitpunkt und Dauer einer Schulung erfahren. Die Anmeldung ist ebenfalls sofort über das Schulungszentrum möglich.

Das Universitätsklinikum Leipzig bietet aber nicht nur für die eigenen Mitarbeiter Fortbildungsveranstaltungen an, sondern auch für Interessierte anderer Gesundheitseinrichtungen. Diese Veranstaltungen werden zum größten Teil von der Sächsischen Landesärztekammer und von Fachgesellschaften zertifiziert. Seit Januar 2005 Jahr ist es dem Klinikum möglich, die Fortbildungen selbst mit Punkten zu bewerten.

Für ihre Patienten und für alle Interessierten führen die einzelnen Kliniken Informationsveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen durch. So werden z.B. in der Universitätsfrauenklinik für werdende Eltern regelmäßig Informationsveranstaltungen durchgeführt, die auch eine Besichtigung des Kreißsaals einschließen.

Begrüßung neuer Mitarbeiter

Damit sich neu eingestellte Mitarbeiter am Klinikum schnell zurechtfinden, wird in regelmäßigen Abständen eine Begrüßungsveranstaltung für neu eingestellte Mitarbeiter durchgeführt. Die neuen Kollegen erhalten hier wichtige Informationen zum Universitätsklinikum, seinen Unternehmenszielen und zum Entwicklungskonzept. Anschließend findet zum besseren Kennenlernen des Klinikums eine Führung zu einzelnen Kliniken und Bereichen statt.

EDV- Führerschein

Die EDV-Landschaft des Universitätsklinikums ist sehr komplex und muss von allen Mitarbeitern in der täglichen Routine problemlos beherrscht werden. Die mit den Anwendungssystemen verarbeiteten Daten sind wesentliche Grundlagen der Patientenversorgung und anderer unternehmenswichtiger Funktionen, wie z.B. die Patientenabrechnung oder das Erstellen von Statistiken. In Zusammenarbeit des Bereichs Informationsmanagement und des Instituts für Medizinische Informatik wurde ein Schulungsprogramm entwickelt, das den Teilnehmern die einzelnen Softwaresysteme näher bringt und anhand praktischer Übungen die Funktionalität erklärt.

Am Ende jeder Schulung wird ein Abschlusstest durchgeführt. Dieser EDV-Führerschein ist eine Pflichtqualifikation für alle neueingestellten Mitarbeiter. Auch langjährig am Klinikum Beschäftigte können auf freiwilliger Basis an der Schulung teilnehmen. Die Schulungen finden im Zwei-Wochen-Rhythmus statt. Bisher nahmen 122 Mitarbeiter (44 neu eingestellte und 78 bereits länger am Klinikum beschäftigte Mitarbeiter) an den Schulungen teil. 119 Schulungsteilnahmer legten die Abschlussprüfung mit Erfolg ab.

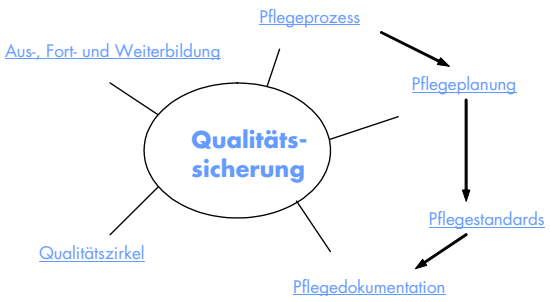
Erst nach einer anspruchsvollen mehrjährigen Fortbildung kann eine Pflegekraft Fachpfleger/ -in im Operationsdienst werden.

Qualität in der Krankenpflege

Die Betreuung von Patienten erfordert von den Mitarbeitern ein außergewöhnlich hohes Engagement. Die Versorgung der z. T. schwerstkranken Patienten ist besonders für das pflegerische Personal mit erheblicher physischer und psychischer Belastung verbunden. Gerade deshalb sind Bedingungen zu schaffen, die das Pflegepersonal bei der Erfüllung ihrer Aufgaben optimal unterstützen. Dazu gehören klar strukturierte Arbeitsabläufe, die Förderung einer Atmosphäre des kollegialen Miteinanders und eine gut organisierte fachliche Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Die Pflegephilosophie des Universitätsklinikums Leipzig beinhaltet, dass der Patient in den Mittelpunkt aller Bemühungen und jedes Handelns gestellt wird. Seine physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse sowie die eingeleitete Therapie sind die Grundlagen für eine umfassende Pflege. Eine kontinuierliche Pflegeplanung ist daher unerlässlich. Wichtige Grundlagen hierfür sind ein ausführliches Aufnahmegespräch mit dem Patienten und die hauseigenen Pflegestandards. Diese Pflegestandards sind für jeden Mitarbeiter jederzeit zugänglich und werden im Interesse der Patienten regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Basis für die Pflegestandards sind die "Aktivitäten des täglichen Lebens" (ATL), ein Modell der Pflegewissenschaftlerin Juliane Juchli.

In der Krankenpflege dreht sich alles um Qualität



Dekubitusprophylaxe

Dekubitalgeschwüre sind Hautschäden, die durch länger anhaltenden Druck wie langes Liegen oder Sitzen entstehen. Zur Vorbeugung von Dekubitus und zur optimalen Therapie wurde 2003 in einer Arbeitsgruppe ein hausinterner Standard zur Dekubitusprophylaxe erarbeitet. Nach diesem hausinternen Standard werden die entsprechenden Lagerungssysteme ausgewählt, die einer bestmöglichsten Prävention dienen sollen.

Im September 2003 und 2004 wurde eine Punktprävalenzuntersuchung zur Häufigkeit von Dekubitus am Klinikum durchgeführt.

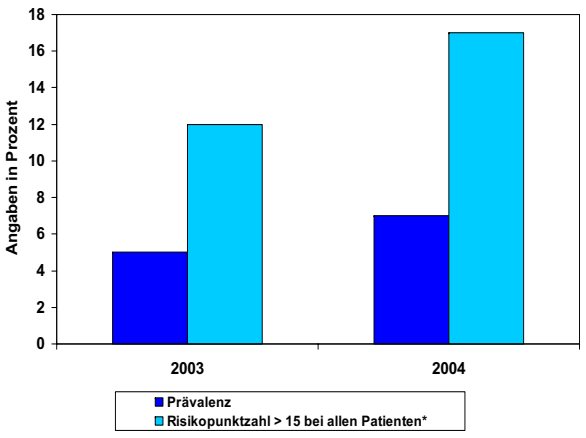
In dieser Untersuchung wird allerdings nicht deutlich, ob der Dekubitus am Universitätsklinikum entstanden ist oder ob der Patient bereits mit Dekubitus aufgenommen wurde.

Um einen Qualitätsnachweis der Pflege und eine Grundlage für immer bessere Pflegequalität zu erhalten, wird Ende 2005 eine neue Dekubituserfassung am Klinikum aufgebaut, um folgende Informationen zu erhalten:

- Wie hoch ist das Risiko des Patienten, einen Dekubitus zu bekommen?
- Wurde der Patient schon mit diesem Dekubitus in unserem Klinikum aufgenommen?
- Hat sich die Größe des Dekubitus während des stationären Aufenthaltes verändert?

Diese Datenerfassung wird zur Aufnahme, während des Aufenthaltes und zur Entlassung des Patienten durchgeführt. Um unnötige Verwaltungsarbeit zu vermeiden, werden wir die bisher vorhandenen EDV-Dokumente optimal

Einschätzung des Dekubitusrisikos



*Einschätzung des Dekubitusrisikos nach Waterlow.
0-14 = normales Risiko,
15 und mehr = hohes und sehr hohes Risiko

anpassen und für diese Erhebung nutzen. So wollen wir gewährleisten, dass die Zeit unserer Pflegekräfte nicht mit unnötiger Dokumentationsarbeit verbunden ist. Die Zeit gehört schließlich unseren Patienten.

Neue Lotsenstelle für Patienten

Völlig neu organisiert hat die Chirurgische Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Leipzig die Patientenaufnahme. Ein spezielles Team steht für die Patienten und die einweisenden Ärzte ständig als Ansprechpartner bereit. Zudem widmet es sich allen notwendigen medizinischen und organisatorischen Details der Operationsvorbereitung. Ergebnis der "Lotsenarbeit" des Zentralen Patientenmanagements: Bei minimal-invasiven Eingriffen erfolgt die Operation gleich am Aufnahmetag, bei leichten bis mittelschweren Fällen am Tag nach der Aufnahme.

Die Klinik und Poliklinik für Visceral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie deckt eine breite Palette von Spezialisierungen ab. Deshalb müssen im Vorfeld jeder Operation viele Fragen geklärt sein. Zudem ist eine umfangreiche Koordinierungsarbeit zu leisten. Vor allem geht es der Klinik allerdings um die individuelle Versorgung der Patienten. Denn wenn die Bedürfnisse der Patienten nicht getroffen werden, nützen die neuesten Erkenntnisse von Wissenschaft und Forschung und die daraus erwachsende universitäre Hochleistungsmedizin nicht sehr viel.

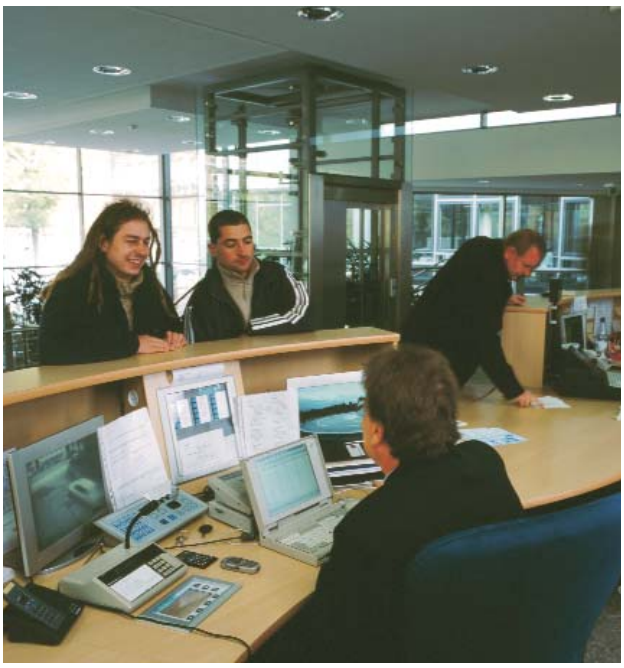
Deshalb hat die Klinik ein fachübergreifend arbeitendes Team aus einem Facharzt, einer Schwester und einer Sekretärin eingesetzt, das als zentraler Anlaufpunkt für Patienten und Ärzte fungiert. Wenn der Patient vom Hausarzt oder von der eigenen Ambulanz beispielsweise wegen einer Gallenoperation in die Klinik kommt, organisiert dieses Team die nötigen Untersuchungen. Die Untersuchungstermine werden mit dem Patienten abgestimmt, der Hausarzt informiert und es wird der Operationstermin gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Denn bei der neuen "Lotsenstelle" der Chirurgischen Klinik und Poliklinik II laufen auch die internen Informationen zusammen, wie über OP-Kapazitäten, Anwesenheit der Ärzte und freie Betten. So ist gewährleistet, dass verbindliche Auskünfte und Termine möglich sind. Durch dieses System kann auch berücksichtigt werden, wenn ein Patient von einem bestimmten Arzt operiert werden will.

Die Lotsen sorgen dann auch gleich dafür, dass der Patient auf die Station des Operateurs kommt, so dass er von Anfang bis Ende seines Klinikaufenthaltes vom Arzt seines Vertrauens betreut wird.

Oft hat der Patient Fragen zu den Untersuchungen, zu verschiedenen Operationsmethoden oder zu den Chancen und Risiken. Diese Fragen werden sehr ernst genommen. Der Facharzt des Patientenmanagements versucht, diese Fragen umfassend zu beantworten. Häufig ist auch eine Abstimmung mit anderen Ärzten notwendig - sei es mit kooperierenden Klinikärzten, den Hausärzten oder mit hoch spezialisierten Chirurgen. Auch das übernimmt der Lotsenarzt.

Auch die Klinik profitiert vom Patientenmanagement. Viele organisatorische Aufgaben werden dadurch von den behandelnden Ärzten und Operateuren fern gehalten. Zugleich wird dafür gesorgt, dass alle notwendigen Informationen vorhanden sind und zusammengeführt werden. Leerlauf und Doppelarbeiten werden vermieden.

Das Zentrale Patientenmanagement stößt nach den Erfahrungen der Klinikleitung auf große Zustimmung. Patienten und Angehörige haben konkrete Ansprechpartner, können Termine mitbestimmen und bekommen auf Wunsch medizinische Zusammenhänge ausführlich erklärt. Mit dieser individuellen Betreuung können sich alle Beteiligten viel ruhiger auf den bevorstehenden Klinikaufenthalt vorbereiten.



Information und Patientenaufnahme sind oft die erste Anlaufstelle in einem Krankenhaus.

Patientenzufriedenheit am UKL

Im Mittelpunkt der Arbeit aller Mitarbeiter des Universitätsklinikums Leipzig stehen die Patienten. Deshalb ist es wichtig zu wissen, wie die Patienten über das Klinikum denken, was ihnen missfällt und was sie schätzen. Das Klinikum möchte wissen, wo es den Bedürfnissen seiner Patienten gerecht wird und wo nicht. Deshalb führt das Klinikum regelmäßig Befragungen der Patienten durch. Aus den Antworten werden konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet.

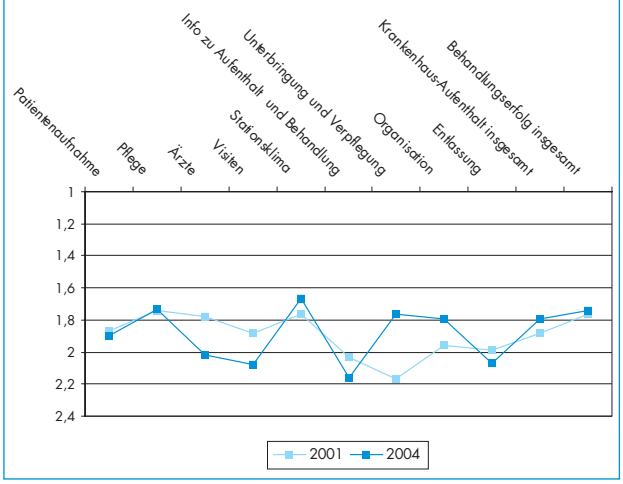
Da Patienten die Qualität des objektiven Behandlungsergebnisses oftmals nur schwer einschätzen können, werden hierbei Aspekte des Klinikaufenthaltes erfragt, die der Patient beurteilen kann und die ihm wichtig sind. Diese betreffen hauptsächlich den Service, die Kommunikation und die Organisation des Aufenthaltes.

Wie im Jahr 2001 wurde unter Leitung der Selbständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie 2004 erneut eine Zufriedenheitsbefragung bei den Patienten durchgeführt. Der Schwerpunkt lag bei den Fachabteilungen, die im Jahr 2003 in den Neubau des Operativen Zentrum gezogen sind.

Wie erwartet waren die befragten Patienten mit der Unterbringung in einem der modernsten Klinikkomplexe Europas sehr zufrieden. Hier zeigt sich auch die größte Verbesserung gegenüber der vergangenen Befragung. Neben der modernen Architektur ist für die Verbesserung ausschlaggebend, dass den Patienten nun ausschließlich Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stehen. Ebenfalls sehr positiv äußern sich die Patienten über das angenehme und kollegiale Stationsklima im Klinikum, welches wesentlich zum Wohlbefinden der Patienten und Besucher beiträgt. Bestätigt wird das durch die TOP 5 der Patientenzufriedenheit.

Oft kritisiert wurde die als unzureichend empfundene Kommunikation zwischen Patient und Personal. Das erklärt auch den verschlechterten Zufriedenheitswert bei der ärztlichen Betreuung, der Visite und den Informationen über Aufenthalt und Behandlung im Vergleich zu 2001.

Durchschnittsnoten der Patientenbefragung



TOP 5 Patientenzufriedenheit

- Es waren nicht zu viele Patienten im Zimmer untergebracht 99%
- Die Sanitärbereiche waren hygienisch und sauber 92%
- Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten nicht als Störfaktor empfunden wurden 90%
- Die Entlassung erfolgte eher aus medizinischen Gründen statt aus Kostengründen 89%
- Der Umgang zwischen Pflegenden und Ärzten war freundlich und kollegial 87%

TOP 5 Patientenunzufriedenheit

- Die Patienten wurden nicht informiert, an wen sich bei Beschwerden zu wenden ist 48%
- Die Patienten hatten zu wenig Gelegenheit, ein ausführliches Gespräch zu führen 46%
- Bei Fragen und Problemen war kein Arzt sofort erreichbar 46%
- Der behandelnde Art hatte oft zu wenig Zeit für die Patienten 43%
- Der Tagesablauf wurde am ersten Tag nicht gut durch die Pflegekräfte erklärt 41%

Aus der konkreten Kritik der Patienten ergeben sich einige Handlungsfelder für die kommenden Monate. Eine Ursache dafür, dass das ärztliche Personal und das Pflegepersonal zu wenig Zeit für ihre Patienten haben, ist der erhöhte administrative Aufwand auf Grund der DRG-Fallpauschalenabrechnung und der damit verbundenen detaillierten Erfassung aller Diagnosen und Leistungen. Nur durch Prozessoptimierung und den Einsatz intelligenter EDV-Systeme können Ärzte und Pflegekräfte wieder mehr Freiräume für ihre

eigentliche Aufgabe gewinnen - die Betreuung der Patienten.

Eine weitere Maßnahme wird die Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements sein. Beschwerden und Kritiken sind Chancen, Probleme und Missstände zu erkennen und deren Ursachen zu beseitigen. Deshalb will das Klinikum einen offenen Umgang mit Kritik fördern.

Image des UKL

So wichtig wie die Patientenzufriedenheit ist auch das Bild, das die Leipziger vom Universitätsklinikum haben. Antworten auf Fragen wie: Womit wird das UKL in Verbindung gebracht? Was erwarten die Patienten, wenn sie das Universitätsklinikum aufsuchen müssen? und viele Aspekte mehr prägen das Image des Klinikums.

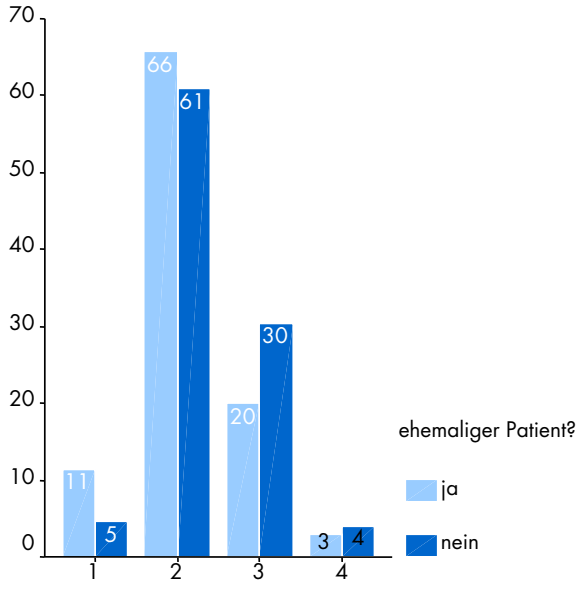
Im Gegensatz zur Patientenbefragung wurden bei der 2003 / 2004 durchgeführten Imageanalyse bewusst Menschen befragt, die sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Krankenhaus aufhielten. Die Ergebnisse dieser Befragung waren sehr aufschlussreich und ermutigend.

So ist das Universitätsklinikum das bekannteste Klinikum und hat innerhalb Leipzigs den besten Ruf. Unabhängig vom Krankheitsbild würden die meisten Befragten die Uniklinik bevorzugen. 42% würden das Universitätsklinikum bei einer Geburt bevorzugen, bei einen Unfall 65%, bei einer Krebserkrankung sogar 78% der Befragten. Besonders erfreulich: ehemalige Patienten die in jüngerer Vergangenheit im Klinikum waren, urteilten besonders gut über das UKL. Ein weiteres Plus: viele der Befragten würden das Klinikum uneingeschränkt weiterempfehlen (75 % derer, die überhaupt eine Empfehlung aussprechen würden).

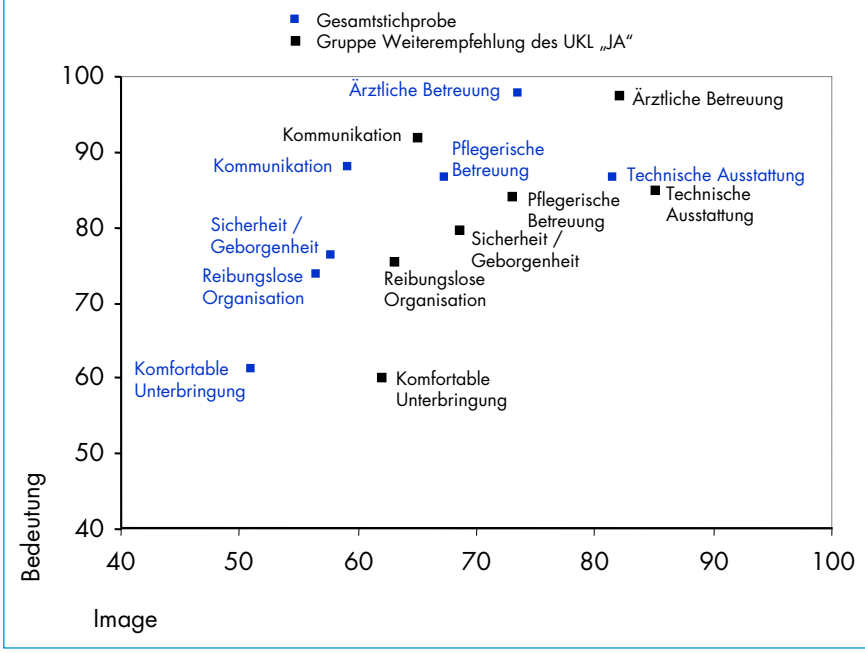
Die Antworten auf die offene Fragstellung "Was fällt Ihnen als erstes zum Universitätsklinikum Leipzig ein" waren überwiegend positiv. Die häufigsten Antworten bezogen sich dabei auf das Engagement und die Freundlichkeit der Mitarbeiter.

Aus der Befragung ließ sich der Wunsch nach mehr Informationen aus dem Klinikum ableiten. Als Reaktion darauf wurde die im 14-tägigem Rhythmus erscheinende Zeitung "Gesundheit und mehr..." entwickelt, die Themen aus dem Klinikum und dem Gesundheitsbereich aufgreift.

Schulnoten für das UKL



Beurteilung vom schlechtesten Wert 0, bis zum positivsten Wert 100. Im besten Fall würden alle Punkte am äußersten rechten Rand erscheinen. Ziel Annäherung der Imagewerte der Gesamtstichprobe an die der Gruppe Empfehlung JA.



Spitzenleistungen in Forschung und Lehre

Schon mehrfach wurde in diesem Bericht auf die große Bedeutung von Forschung und Lehre in einem Universitätsklinikum hingewiesen. Ohne Forschung gäbe es den schnell voranschreitenden Fortschritt in der Medizin nicht. Wie aber wird geforscht? Was wird geforscht? Wie sieht die Forschung an der Medizinischen Fakultät Leipzig aus?

Nachfolgend sollen drei Beispiele kurz vorgestellt werden, die helfen, diese Fragen zu beantworten. Natürlich ist es nicht möglich, in diesem Qualitätsbericht ein umfassendes Bild über die Forschung abzugeben. Den sehr ausführlichen Forschungsbericht der Medizinischen Fakultät kann man im Internet unter
www.medizin.uni-leipzig.de/forschung/
nachlesen.

Beispiel 1

Verzahnung von Grundlagenforschung und Qualitätsmanagement in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin

An der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche wird im Bereich des Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) einerseits Grundlagenforschung zu Themen der Signalübertragung und des Überlebens von Insulin produzierenden Betazellen betrieben. Auf der anderen Seite wird die Betreuung von an Diabetes mellitus erkrankten Kindern und Jugendlichen über mehrere Forschungsprojekte im Sinne der Qualitätssicherung und im Sinne des echten Qualitätsmanagements begleitet.

1. Im Laufe der Krankheitsentstehung der Zuckerkrankheit verliert der Körper eines Kindes oder Jugendlichen, der oder die an der Zuckerkrankheit erkrankt sind, zunehmend die Fähigkeit, das für das Überleben und den Energiehaushalt des Organismus notwendige Hormon Insulin zu produzieren. Im Forschungslabor der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche sind Untersuchungen, wie man das Überleben von solchen Insulin produzierenden Zellen verlängern und verbessern kann, eines der zentralen Forschungsthemen in der Grundlagenforschung. Der so genannte programmierte Zelltod könnte, wenn sich geeignete Medikamente, die spezifisch auf Insulin produzierende Zellen wirken, entwickeln lassen, gestoppt werden und damit das Überleben von Insulin produzierenden Zellen ermöglichen. Dieses Überleben würde schließlich eine Heilung der bisher nicht heilbar erscheinenden Erkrankung ermöglichen.

2. Untersuchungen zu Themen der Entstehung von Folgeerkrankungen im Rahmen von Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen, der Betreuungsqualität, der Lebensqualität von Familien mit Kindern, die an Diabetes erkrankt sind, sowie die Patientenzufriedenheit und Organisationsabläufe in den Betreuungen sind Gegenstand von sog. klinischer Versorgungsforschung, die an der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche von der Diabetes-Arbeitsgruppe vorangetrieben wird.

3. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Forschung finanzierten Arbeitsgruppe "Pädiatrisches Modul" für klinische Arzneimittelforschung an Kindern und Jugendlichen werden verbesserte Insuline und Insulintherapiestrategien unter höchsten ethischen Standards und unter Beachtung höchster Datenschutzgrundsätze mit Einverständnis der betroffenen Familien erprobt.

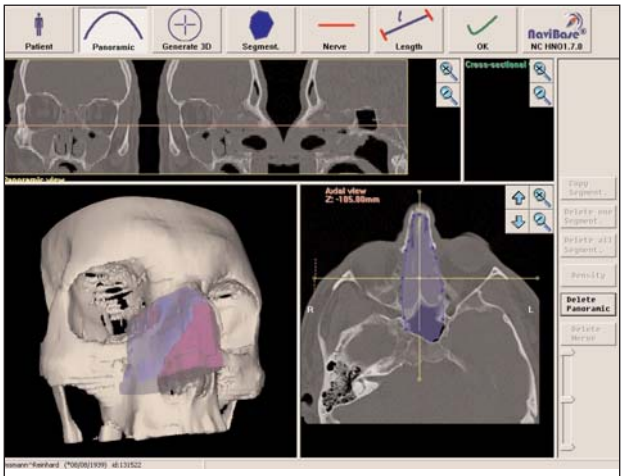
Die wissenschaftlichen Anstrengungen und Forschungsleistungen der Klinik haben dazu geführt, dass im deutschlandweiten Benchmark (Ranking) die Diabetesbehandlungseinrichtung an der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche einerseits von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als Behandlungseinrichtung akkreditiert und zertifiziert ist und andererseits als eine von nur 11 Einrichtungen zur Ausbildung von Ärzten auf diesem Spezialgebiet der Kinderheilkunde zugelassen und ausgewiesen ist. Das für die betreuten Kinder wichtigste Ergebnis der Forschungsleistung ist die Tatsache, dass die Betreuungsqualität gemessen an biomedizinischen Markern in der Diabetes-Ambulanz der Universitätsklinik und Poliklinik für Kin-

der und Jugendliche im Bereich der 5 % der qualitativ besten Einrichtungen im Bundesgebiet liegt.

Beispiel 2:

Computer- und roboterassistierte Chirurgie auf dem Weg von der Forschung zur alltäglichen Anwendung

Die Unterstützung der Chirurgie durch Computerassistenz steht seit über 5 Jahren im Mittelpunkt des Interesses einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit den Schwerpunkten Neuro-, Herz- und HNO-Chirurgie. Mit Unterstützung des BMBF wird derzeit das von den drei genannten Kliniken initiierte Innovationszentrum für computerassistierte Chirurgie (ICCAS) an der

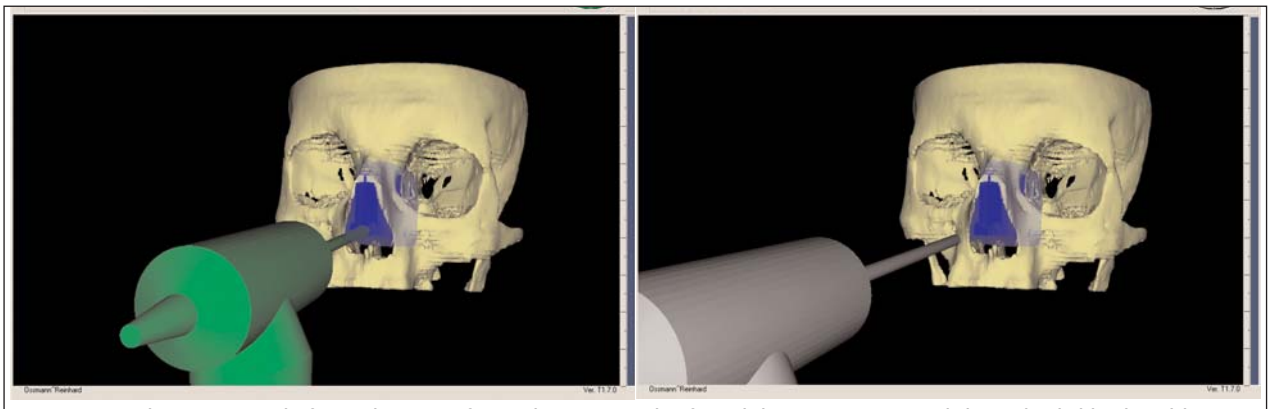


Planung des Arbeitsraumes: Die für die Operation relevanten Strukturen der Nasennebenhöhlen wurden farbig segmentiert, sodass eine klare Abgrenzung zu den gefährlichen Strukturen, wie Augenhöhle, Schädelbasis und Hirngewebe gegeben ist.

Universität Leipzig auf den Weg gebracht (http://www.uni-leipzig.de/~herz/_iccas/). In dem Zentrum sollen in einem ausgesuchten Team von Ingenieuren, Informatikern und Ärzten u.a. Systeme zur präoperativen Zugangsplanung, zur Simulation chirurgischer Eingriffe und neuartige Konzepte zur Ansteuerung computerassistierter Instrumente prototypisch entwickelt und evaluiert werden.

Prof. Dr. Jürgen Meixensberger, Sprecher des Vorstandes des ICCAS und Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie würdigt die Förderung des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von über 1.8 Millionen EUR im Jahr 2004 als "wesentliche Voraussetzung, die Grundlagen an der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig für den Aufbau eines chirurgisch-klinisch orientierten Forschungsgebietes zu schaffen". Dafür konnte ein vollständiger Experimental-OP mit Patientenerfassungssystemen (Navigation), Miniatur-Manipulatoren, der dazugehörigen System- und Rechentechnik sowie die Grundausstattung eines modernen OP´s angeschafft werden. Damit sind Vor-Versuche zur chirurgischen Genauigkeit, zur Mensch-Maschine-Kommunikation und zur Effizienz vor Ort möglich. Für das Jahr 2005 sind mit Unterstützung des Bundes, des Landes und der Universität weitere v.a. personelle Verstärkungen vorgesehen.

Bisherige wissenschaftliche Ergebnisse finden international Beachtung. Von besonderer Bedeutung ist den beteiligten Ärzten jedoch, dass eine Vielzahl von Neuerungen kurzfristig den Weg in den OP gefunden haben. Als Beispiel kann die Operation der Nasennebenhöhlen genannt werden. Durch die navigiert-kontrollierte Steuerung des abtragenden Instrumentes (Shaver) auf der Grundlage eines präoperativ festgelegten Arbeitsraumes kann dem Chirurgen und Patienten ein zusätzliches Sicherheitssystem geboten werden. Ähnlich den Assistenzsystemen in moder-



Umsetzung der präoperativ festgelegten Informationen. Das kraftgetriebene Instrument (Shaver) wird in dem blau gefärbten Bereich eingesetzt. Bei Verlassen dieses Bereiches schaltet sich das Instrument navigationsgesteuert ab.

nen Flugzeugen oder Automobilen werden kritische Parameter ständig mit festgelegten Grenzen verglichen. Im Fall des ungewollten Überschreitens einer chirurgisch relevanten Grenze schaltet das Instrument automatisch ab und kann erst durch den Chirurgen wieder eingeschaltet werden. Die Führung des Instrumentes wie auch die gesamte sonstige Operation bleiben unverändert. Ähnliche Entwicklungen sind für die Fräse und den Ultraschall-Aspirator in der Neurochirurgie vorgesehen. Prof. Dr. Andreas Dietz, Vorstandsmitglied von ICCAS und Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Plastische Operationen sieht in dem Prinzip "einen wahrhaften Fortschritt in der effizienten Anwendung der verfügbaren Informationen mit dem Ziel eines verbesserten Operationsergebnisses, geringeren Komplikationen und der Einsparung von Operationszeit"

Beispiel 3

Entwicklung radioonkologischer Verfahren

Die Entwicklung moderner radioonkologischer Technologien eröffnen die Möglichkeit einer Verbesserung der Überlebensraten und Absenkung von Nebenwirkungen. Die Entwicklung und Einführung dieser Technologien erfolgt interdisziplinär in enger Zusammenarbeit mit den übrigen onkologisch aktiven Instituten des Klinikums bzw. der Universität.

Diese innovativen Behandlungsmethoden werden überregional ausschließlich in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie angeboten. Sie basieren teilweise auf institutseigenen Entwicklungen und werden mit speziellen Qualitätssicherungsprozessen in die klinische Praxis umgesetzt, um eine sichere Therapie zu garantieren.

Stereotaktische konformale Radiotherapie

Tumoren des Zentralnervensystems stellen eine besondere Herausforderung an den Strahlentherapeuten. Die dreidimensionale stereotaktische konformale Radiotherapie erlaubt eine exakte Anpassung der Therapiefelder an das Tumorgebiet und senkt deutlich das Nebenwirkungsprofil. So werden bei nicht operablen Meningeomen Tumorkontrollen von 80 - 90 % erreicht. Eine Symptomkontrolle (Beeinträchtigungen der Hirnnerven) gelingt in über 90 % der Fälle. Die Therapie wird ausgezeichnet vertragen. Als einziges Institut in den neuen Bundesländern werden fortgeschrittene Aderhautmelanome zum Erhalt des Auges mit der stereotaktischen Hochpräzisionstechnik behandelt. Die Therapie bildet eine sinnvolle Alternative zur sonst notwendigen vollständigen Entfernung des Auges.

Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)

Die Weiterentwicklung der dreidimensionalen, konformalen Therapie, die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), erzielt eine weitere Optimierung der lokalen Bestrahlung. Bei Tumoren des Kopf-Hals-Bereiches und beim Prostatakarzinom werden durch eine verbesserte Erfassung des Tumorgebietes bessere Überlebensraten erreicht. Tumoren, die die Schädelbasis erfassen, können in über 80 % der Fälle geheilt werden. Das Prostatakarzinom in den frühen und fortgeschrittenen Stadien wird in über 90 % bzw. 60 bis 70 % der Fälle geheilt. Die benachbarten gesunden Organe werden besser geschont, so dass die Nebenwirkungen während der Therapie, vor allem aber das Risiko für anhaltende Therapiefolgen deutlich gesenkt wird. Mundtrockenheit bei Kopf-Hals-Tumoren wird zur Seltenheit und chronische Entzündungen im Blasen-Enddarm-Bereich beim Prostatakarzinom treten nur noch in unter 5 % der Fälle auf. Auch in anderen Körperregionen erreicht die IMRT ähnliche Behandlungsvorteile.

CT- und bildgestützte Brachytherapie

Die lokale, gezielte Anwendung von radioaktiven Nukliden (Brachytherapie) erlaubt heute unter Einbindung moderner bildgebender Verfahren wie der Kernspintomographie und der Anwendung neuerer Bestrahlungs-Planungssysteme eine optimierte Dosisapplikation mit maximaler Schonung von benachbartem gesunden Gewebe. Die Brachytherapie in Kombination mit der IMRT ist in den frühen Stadien des Prostatakarzinoms eine nebenwirkungsarme, sinnvolle Alternative zur Operation mit Heilungen in über 90 % der Fälle. Ein weiterer Vorteil liegt in der sehr seltenen therapiebedingten Inkontinenz. Das gezielte schonende Vorgehen bei Mammakarzinom erlaubt eine brusterhaltende Therapie mit Absenkung des Rückfallrisikos unter 5 % bei sehr guten kosmetischen Ergebnissen.

Partnerschaft führt zum Erfolg

In der Medizin zählen menschliches Verständnis, Verlässlichkeit, Vertrauen, Leistung und Qualität. Ein Oberbegriff für diese Attribute ist “Partnerschaft”. Das Universitätsklinikum Leipzig sieht sich als Partner sowohl seiner Patienten als auch von vielen anderen Einrichtungen. Diese Partnerschaften sind ein wichtiger Erfolgsgarant, denn kein einzelnes Krankenhaus, auch kein Universitätsklinikum, könnte die gesamte Komplexität der Versorgung von Menschen allein meistern.

So ist auch das Universitätsklinikum Leipzig in ein vielgestaltiges Netzwerk eingebunden, das darauf abzielt, die höchstmögliche Versorgungsqualität zu erreichen. Zu diesem Netzwerk gehören Arztpraxen, regionale und überregionale Krankenhäuser (einschließlich Lehrkrankenhäuser), Rehabilitationseinrichtungen, Hospize, ambulante Pflegedienste, Selbsthilfegruppen, mit der Forschung betraute Einrichtungen wie z.B. die Max Planck Gesellschaft und natürlich die Krankenkassen.

Das Klinikum kooperiert auf lokaler, regionaler, nationaler und auch internationaler Ebene mit zahlreichen Einrichtungen auf verschiedenen Gebieten. Einige wichtige Kooperationspartner seien hier benannt:

- Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig
- Tumorzentrum am Universitätsklinikum Leipzig e.V.
- Rheumazentrum am Universitätsklinikum Leipzig e.V.
- Biotechnologisches-Biomedizinisches Zentrum (BBZ)
- Interdisziplinäres Zentrum für Bioinformatik
- Zentrum für Prävention und Rehabilitation (ZPR)
- Interdisziplinäres Zentrum für klinische Forschung Leipzig - IZKF
- Koordinierungszentrum für Klinische Studien Leipzig (KKSL)
- Universitätsklinikum Halle
- Universitätsklinikum Dresden

Eine enge Zusammenarbeit gibt es auch bei so genannten multizentrischen klinischen Studien u. a. im Bereich Kinderonkologie mit ca.150 klinischen Zentren und Kliniken, zum Thema "Herzinsuffizienz" mit etwa 55 Kliniken und zum Thema Kompetenznetzwerk "Sepsis" mit Jena und weiteren 15 klinischen Zentren.

Partnerschaft steht auch für Offenheit und Transparenz. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Qualitätsberichte fördern die Transparenz, sind aber nur ein erster Schritt auf einem Weg, der es den Patienten möglich macht, Gesundheitsleistungen miteinander zu vergleichen. Zahlen allein sind noch kein Ausdruck für Qualität. Das Universitätsklinikum Leipzig sieht deshalb in dieser Veröffentlichung sowie im jährlich erscheinenden Geschäftsbericht eine Möglichkeit, neben den Zahlen auch über Inhalte zu berichten. Bei einem Klinikum dieser Größe kann dies natürlich nur auszugsweise erfolgen. Weitere Informationsquellen sind neben dem persönlichen Gespräch auch die vom Klinikum publizierte Patientenbroschüre “Wege zur Gesundheit”, die Patientenzeitung “Gesundheit und mehr...” sowie das Internet (www.uniklinik-leipzig.de).

All diese Publikationen dienen einem Ziel: Das Universitätsklinikum Leipzig mit seinen mehr als 3.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, seinen 28 Kliniken und vier Instituten, durchschaubar und berechenbar zu machen. Dahinter steht natürlich der Stolz auf die hervorragenden Leistungen, die die Mitarbeiter tagtäglich erbringen, aber auch das Verständnis dafür, dass jeder, der mit dem Klinikum zu tun hat, wissen möchte wer und was ihn erwartet.

Dies gilt umso mehr, als sich das Gesundheitswesen in einer Umbruchphase befindet, die gerade von den Kliniken äußerste Anstrengungen abverlangt. Der Zwang zum wirtschaftlichen Arbeiten, die rasante Entwicklung des medizinischen Wissens, die Verzahnung aller Bereiche des Gesundheitswesens sind enorme Herausforderungen. Leicht wird vergessen, dass jeder Dienstleister im Gesundheitswesen neben einer medizinischen Verantwortung auch eine Verpflichtung zum verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln hat. Schließlich handelt es sich dabei um die Beiträge der Krankenversicherten oder um Steuermittel. Die untrennbare Verknüpfung der medizinischen Verantwortung mit der ökonomischen und damit letztlich volkswirtschaftlichen Verantwortung ist ein elementarer Bestandteil der Unternehmensphilosophie des Universitätsklinikums Leipzig. Auch in diesem Sinne wird Partnerschaft verstanden.

Anhang

Kapazität und Leistungsdaten des Universitätsklinikums im stationären Bereich

Klinik	Planbetten		Aufgestellte Betten		Fallzahl*		Pflegetage*		Verweildauer in Tagen		Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Augenheilkunde	55	55	33	55	3.072	3.542	9.030	16.419	2,94	4,64	74,76	81,79
Chirurgie I	85	85	79	84	2.948	2.922	25.755	26.454	8,74	9,05	89,07	86,28
Chirurgie II	127	127	111	120	2.943	3.076	36.311	36.249	12,34	11,78	89,38	82,76
Gynäkologie / Geburtshilfe	110	110	87	96	5.725	6.305	22.819	26.093	3,99	4,14	71,66	74,47
Dermatologie	60	60	56	67	1.829	1.704	15.370	16.563	8,40	9,72	74,99	67,73
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	60	60	40	60	2.719	2.931	12.631	15.241	4,65	5,20	86,28	69,59
Innere Medizin I	81	80	87	88	3.891	3.317	30.325	26.622	7,79	8,03	95,24	82,88
Innere Medizin II	49	49	49	49	1.789	1.804	15.294	15.017	8,55	8,32	85,28	83,96
Hämatologie (Abt. Innere Medizin II)	42	42	58	58	606	620	20.984	19.699	34,63	31,77	98,85	93,05
Innere Medizin III	35	39	35	39	1.076	1.090	10.484	11.351	9,74	10,41	81,84	79,74
Innere Medizin IV	53	61	56	57	1.665	1.597	16.417	16.318	9,86	10,22	80,10	78,73
Anästhesie	12	12	12	12	97	65	4.036	3.872	41,61	59,57	91,89	88,40
Kinderchirurgie	45	45	50	56	2.047	2.099	11.765	13.194	5,75	6,29	64,29	64,55
Pädiatrie	105	105	105	105	4.283	3.992	28.770	29.249	6,72	7,33	74,86	76,32
Kinder- und Jugendpsychiatrie	28	28	28	28	214	180	10.047	8.954	46,95	49,74	98,04	87,61
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	30	30	30	30	1.110	1.141	9.112	9.557	8,21	8,38	82,99	87,28
Neurochirurgie	40	40	40	41	1.168	1.179	12.267	12.503	10,50	10,60	83,79	83,55
Neurologie	42	42	42	40	1.602	1.482	14.326	13.989	8,94	9,44	93,20	95,82
Orthopädie	90	90	90	90	2.396	2.397	28.198	30.264	11,77	12,63	85,60	92,13
Psychosomatik / Psychotherapie	25	20	20	20	125	120	6.735	6.552	53,88	54,60	92,01	89,75
Psychiatrie	65	65	60	60	758	713	19.625	19.148	25,89	26,86	89,37	87,43
Strahlenheilkunde	40	40	40	40	714	641	12.298	12.595	17,22	19,65	84,00	86,27
Nuklearmedizin	20	20	20	20	879	1.051	5.249	6.336	5,97	6,03	71,71	86,79
Urologie	55	55	45	55	1.871	2.083	13.789	15.177	7,37	7,29	83,72	75,60
Universitätsklinikum Leipzig gesamt	1.354	1.360	1.273	1.370	45.527	46.051	391.637	407.416	8,60	8,85	84,06	81,48

* statistische Angaben des Jahres 2003 wurden nach DRG-Zählweise neu erhoben, damit sie mit dem Jahr 2004 vergleichbar sind

Kapazität und Leistungsdaten des Universitätsklinikums im teilstationären Bereich

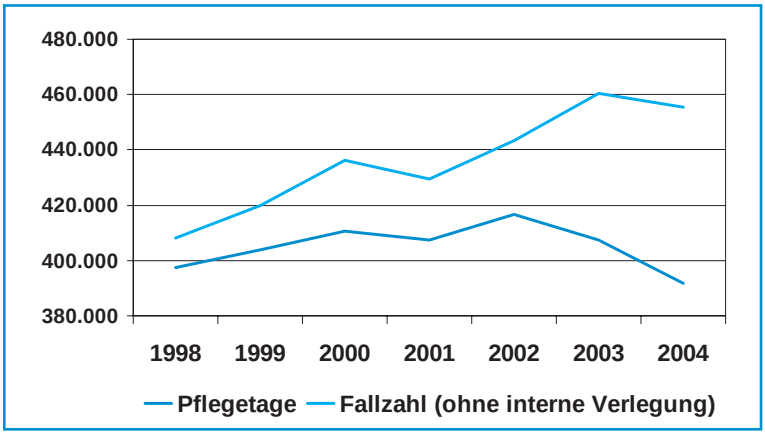
Klinik	Planbetten		Aufgestellte Betten		Fallzahl		Pflegetage	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Kindermedizin/Wachstumsstörungen	4	4	4	4	687	748	687	748
Kinder- und Jugendpsychiatrie	10	10	10	10	66	63	1.947	2.165
Kognitive Neurologie	25	25	25	25	367	269	6.249	5.997
Hämatologie	10	10	10	10	609	272	2.229	941
Psychosomatik/Psychotherapie	20	18	18	18	206	212	4.379	4.148
Psychiatrie	25	25	25	25	281	257	5.763	5.396
Chirurgie	4	4	0	0	0	0	0	0
Gynäkologie	3	3	2	3	58	168	58	168
Universitätsklinikum Leipzig gesamt	101	99	94	95	2.274	1.989	21.312	19.563

Kapazität und Leistungsdaten im langfristigen Vergleich (vollstationär)

Zeitraum	Planbetten	Pflegetage	Fallzahl* (ohne interne Verlegung)	Verweildauer	Nutzungsgrad der Planbetten	Belegte Betten
1998	1.421	397.519	40.801	9,74	76,6	1.090
1999	1.421	403.998	41.992	9,62	77,9	1.107
2000	1.421	410.709	43.617	9,42	80,8	1.148
2001	1.375	407.333	42.943	9,49	80,3	1.104
2002	1.375	416.830	44.332	9,40	83,1	1.143
2003	1.360	407.416	46.051	8,85	82,1	1.116
2004	1.354	391.637	45.527	8,60	79,0	1.070

* Ab dem Jahr 2003 Fallzählung nach neuem KHEntG, insofern Vergleich zum Vorjahr nicht möglich.

Langfristige Kapazitätsentwicklung (vollstationär)



Lesehilfe für die folgenden Seiten:

Jeder stationäre Fall wird heute einer vierstelligen DRG zugeordnet. Dabei werden unter ökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten Fallgruppen mit ähnlichem Erkrankungsspektrum gebildet. Eine DRG ist dabei nichts anderes als die Grundlage für eine Pauschale, die ein Krankenhaus als Vergütung für eine Behandlung erhält. Wir nutzen hier diese Systematik, um unser Leistungsspektrum darzustellen. Zur besseren Lesbarkeit beschränken wir uns in der Darstellung auf die dreistellige Basis-DRG, welche die Diagnosegruppe und medizinische Einteilung enthält. Die psychiatrischen Fälle werden ebenfalls ausgewiesen obwohl sie nicht nach der DRG Systematik abgerechnet werden. Zu einige Parameter haben wir Daten des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Es handelt sich hierbei um Vergleichswerte von 34 deutschen Universitätskliniken.

Verweildauer

Wir geben die Klinikverweildauer in Tagen an. Aufgeführt sind robuste Mittelwerte (Median) um einer Verzerrung durch ungewöhnlich hohe oder niedrige Werte entgegenzuwirken.

PCCL

Der PCCL beschreibt den Gesamtschweregrad eines Behandlungsfalles. Je schwerer die Komplikationen und Begleiterkrankungen eines Patienten sind, umso höher ist dieser Wert.
Die Einteilung der PCCL- Skala sieht folgendermaßen aus:
0 = keine Komplikationen 1 = leichte Komplikationen 2 = mäßig schwere Komplikationen
3 = schwere Komplikationen 4 = äußerst schwere Komplikationen
Wir haben den Anteil an den Fällen mit PCCL >2 im Vergleich zu den anderen Universitätskliniken aufgelistet.

Patientenalter 65 und darüber

Neben den Komplikationen führt das Alter der Patienten ebenfalls zu einem erhöhten Aufwand und damit einer höheren Verweildauer. Da in vielen, aber nicht in allen PCCL-Werten das Alter Berücksichtigung findet, die Patientengruppe aber sehr häufig vertreten ist, geben wir die Anteile an Patienten ab 65 Jahre und älter an dieser Stelle gesondert an.

Relativgewicht

Jede DRG ist mit einem Relativgewicht bewertet. Diese Bewertung ist sehr relevant für unser Klinikum. Je höher das Relativgewicht, desto höher die Vergütung. Da das DRG System noch in den Anfängen steckt, werden diese Gewichte ständig korrigiert und angepasst. Aus dem Vergleich von Relativgewicht und dem Effektivgewicht ergibt sich, wie eine DRG momentan bewertet wird und wie groß die "ökonomische Fallschwere" an unserem Klinikum tatsächlich ist.

Prä MDC									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
A02	Transplantation von Niere oder Bauchspeicheldrüse	10	0,0%	33,6	33,4	90,0%	93,8%	14,669	13,600
A04	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogen [Verpflanzung von menschlichem Gewebe von einem anderen menschlichen Spender]	85	7,1%	63,8	48,3	91,8%	97,2%	35,983	27,894
A06	Langzeitbeatmung über 1799 Stunden	9	16,7%	190,0	129,3	100,0%	98,3%	68,292	48,272
A07	Langzeitbeatmung über 1199 und unter 1800 Stunden	11	18,2%	94,5	81,7	100,0%	98,1%	36,051	32,562
A08	Langzeitbeatmung über 959 und unter 1200 Stunden	10	45,5%	64,9	61,3	100,0%	98,1%	24,921	23,673
A09	Langzeitbeatmung über 719 und unter 960 Stunden	25	48,0%	54,4	48,2	100,0%	98,6%	21,245	19,690
A10	Langzeitbeatmung über 479 und unter 720 Stunden	49	36,0%	50,8	37,3	98,0%	98,1%	16,679	14,930
A11	Langzeitbeatmung über 263 und unter 480 Stunden	117	53,3%	29,6	28,5	100,0%	97,3%	10,165	9,897
A12	Langzeitbeatmung über 143 und unter 264 Stunden	115	50,4%	26,1	24,1	99,1%	96,6%	7,228	6,967
A13	Langzeitbeatmung über 95 und unter 144 Stunden	92	41,3%	23,3	22,2	97,8%	96,0%	6,172	6,162
A14	Beatmung bei Patienten unter 16 Jahren	15	0,0%	15,7	19,5	80,0%	81,7%	3,840	4,527
A15	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen (Übertragung von körpereigene Zellen, Spender = Empfänger),	52	7,7%	32,9	21,9	90,4%	94,5%	8,154	7,423
A16	Transplantation von Darm oder Bauchspeicheldrüse (gesamtes Organ oder Segment)	2	0,0%	23,5	29,0	100,0%	95,2%	10,378	10,378
A17	Nierentransplantation	29	24,1%	28,4	24,6	96,6%	86,7%	6,060	6,014
A42	Stammzellentnahme bei Eigenspender	62	4,8%	27,6	16,4	80,6%	74,0%	4,971	4,420
A60	Versagen oder Abstoßung eines Organtransplantates	74	14,9%	11,7	9,4	45,9%	84,7%	1,428	1,266

Krankheiten und Störungen des Nervensystems

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
B02	Eröffnung des Schädels	499	32,7%	13,8	14,9	63,0%	56,5%	3,226	3,840
B03	Operationen an Wirbelsäule oder Rückenmark	24	33,3%	9,0	11,3	37,5%	28,7%	1,893	1,988
B04	Operationen an den Halsgefäßen (z. B. Operationen bei Verengung der Halsschlagader)	93	62,4%	10,0	9,7	53,8%	51,4%	1,789	1,830
B05	Operation zur Druckentlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich mit Empfindungsstörungen (= Karpaltunnelsyndrom)	11	81,8%	2,3	2,4	45,5%	17,3%	0,493	0,443
B06	Operationen bei Lähmung, deren Ursache im Gehirn liegt (= zerebrale Lähmung), Muskelschwunderkrankung oder sonstiger Nervenerkrankung	28	25,0%	11,5	9,2	39,3%	32,1%	1,608	1,572
B07	Operationen an Nerven außerhalb des Gehirns und Rückenmarks oder an Hirnnerven	31	29,0%	5,5	7,7	32,3%	22,6%	1,199	1,304
B09	Sonstige Operationen am Schädel (z. B. bei Blutungen im Schädelinneren oder Schädelbrüchen)	36	22,2%	9,9	8,7	36,1%	39,3%	1,618	1,598
B10	Operation bei vorbestehender Lähmung von Armen und Beinen	7	77,8%	27,0	13,0	42,9%	37,7%	2,879	2,589
B60	Vorbestehende Lähmung von Armen und Beinen	23	4,3%	8,9	7,7	34,8%	37,4%	1,068	1,149
B61	Akute Krankheiten oder Verletzungen des Rückenmarks	98							
B63	Altersschwachsinn (= Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion	32	53,1%	7,4	8,4	50,0%	47,3%	0,885	1,042
B64	Bewusstseinsstörung mit starker Bewegungsunruhe	6	66,7%	5,2	7,3	33,3%	55,7%	0,993	1,037
B65	Lähmungen, deren Ursachen im Gehirn liegen (= zerebrale Lähmung)	20	0,0%	2,7	4,0	35,0%	18,2%	0,914	1,175
B66	Krebserkrankung des Gehirns, Rückenmarks oder sonstiger Nerven	246	23,6%	9,7	6,4	42,0%	37,1%	1,181	1,230
B67	Chronische Krankheiten mit Funktionsverlust und Zerstörung von Nervenzellen (v. a. Parkinsonsche Krankheit)	240	28,3%	7,5	9,4	27,5%	31,7%	0,911	1,133
B68	Chronische entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (= Multiple Sklerose) oder Erkrankung des Kleinhirns mit Störungen des Bewegungsablaufs in Rumpf und Gliedmaßen	122	4,9%	8,3	5,1	18,0%	24,8%	0,756	0,751
B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader)	126	57,9%	6,5	6,9	40,5%	39,3%	0,757	0,788
B70	Schlaganfall	476	64,9%	7,6	9,5	62,8%	58,3%	1,107	1,312
B71	Krankheiten der Hirnnerven oder Nervenkrankheiten außerhalb des Gehirns und Rückenmarks	224	27,7%	7,3	7,7	10,2%	18,4%	0,875	0,939
B72	Infektion des Nervensystems, jedoch nicht: Entzündung der Hirnhäute durch Viren (= Virusmeningitis)	82	23,2%	13,5	10,7	37,8%	34,5%	1,358	1,363
B73	Entzündungen der Hirnhäute durch Viren (= Virusmeningitis)	6	0,0%	7,2	8,2	0,0%	14,5%	0,812	0,786
B74	Meist psychisch bedingter Starrezustand oder Koma, nicht durch Unfall verursacht	14	28,6%	3,8	4,0	21,4%	47,3%	0,641	0,887
B75	Fieberkrämpfe	55	0,0%	3,7	2,4	12,7%	7,1%	0,447	0,465
B76	Anfälle	420	19,8%	5,4	5,3	24,6%	28,8%	0,704	0,721
B77	Kopfschmerzen	88	5,7%	5,2	3,5	12,5%	12,4%	0,508	0,551
B78	Verletzungen im Schädelinneren	34	23,1%	6,2	6,2	38,2%	30,7%	0,903	1,156
B79	Schädelbruch	33	3,0%	4,6	4,3	15,2%	14,3%	0,605	0,651
B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	776	15,6%	2,0	1,7	5,8%	4,4%	0,250	0,282
B81	Sonstige Krankheiten des Nervensystems (z. B. Stürze unklarer Ursache, Sprachstörungen, Störung der Bewegungsabläufe etc.)	145	10,3%	5,2	5,4	21,8%	19,0%	0,718	0,828
B82	Sonstige Krankheiten an Nerven außerhalb des Gehirns und Rückenmarks (z. B. Nervenschmerzen in den Zwischenrippenräumen)	2	50,0%	6,0	2,9	50,0%	14,8%	0,442	0,442

Krankheiten und Störungen des Auges									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
C01	Operationen bei Augenverletzungen	58	13,8%	5,8	7,5	8,6%	9,0%	1,091	1,163
C02	Entfernung des Augapfels oder Operationen an der Augenhöhle	71	49,3%	4,6	5,5	21,1%	16,7%	1,058	1,054
C03	Operationen an der Netzhaut mit Entfernung des Augenglaskörpers	793	58,0%	3,6	6,6	17,6%	14,7%	1,186	1,204
C04	Große Operationen an der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut des Auges	44	63,6%	10,2	8,4	13,6%	14,0%	1,521	1,295
C05	Öffnung des Tränensacks am Auge	33	51,5%	2,0	3,4	21,2%	7,6%	0,643	0,683
C06	Aufwändige Operationen bei grünem Star am Auge (= Glaukom)	31	51,6%	5,8	9,1	9,7%	7,5%	0,955	0,955
C07	Sonstige Operationen bei grünem Star am Auge (= Glaukom)	164	57,9%	2,2	5,5	10,4%	10,9%	0,656	0,685
C08	Entfernung der Augenlinse	800	79,0%	1,7	2,4	28,1%	19,5%	0,375	0,450
C09	Verschiedene Operationen an der Linse	72	58,3%	2,3	3,4	25,0%	13,6%	0,614	0,700
C10	Operationen bei Schielen	124	9,7%	1,8	2,5	0,0%	2,5%	0,586	0,698
C12	Sonstige Operationen an der Hornhaut, Lederhaut, Bindehaut des Auges oder am Augenlid	120	60,8%	4,8	3,6	24,2%	10,9%	0,626	0,640
C13	Operationen an Tränendrüse oder Tränenwegen des Auges	4	25,0%	1,5	1,4	0,0%	4,9%	0,441	0,510
C14	Sonstige Operationen am Auge	356	64,0%	2,0	3,3	7,7%	10,7%	0,688	0,752
C15	Sonstige Operationen an der Netzhaut des Auges	162	50,6%	3,8	5,5	10,5%	12,0%	0,795	0,827
C60	Akute oder schwere Infektion an den Augen	47	66,0%	8,7	8,4	8,5%	17,8%	0,770	0,782
C61	Krankheiten des Sehnervs oder der Blutgefäße des Auges	59	28,8%	6,8	5,9	24,1%	12,2%	0,678	0,688
C62	Blutansammlung in der vorderen Augenkammer oder sonstige Augenverletzungen, bei denen nicht operiert werden muss	34	20,6%	2,9	3,1	11,8%	6,4%	0,394	0,461
C63	Sonstige Krankheiten des Auges (z. B. Gerstenkorn)	45	33,3%	5,5	4,0	13,3%	9,4%	0,515	0,567
C64	Grüner Star (=Glaukom), grauer Star (=Katarakt) oder Krankheiten des Augenlides	112	48,2%	2,1	2,7	4,5%	6,7%	0,267	0,334
C65	Augenkrebs oder Augenkrankheiten bei Zuckerkrankheit (= Diabetes)	35	33,3%	4,2	3,8	5,7%	15,1%	0,631	0,756

Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
D02	Große Operationen an Kopf oder Hals	186	27,4%	14,3	16,3	35,5%	49,5%	2,705	2,674
D03	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	110	0,0%	9,6	7,3	17,3%	10,3%	1,576	1,551
D04	Operationen am Kiefer	189	7,4%	8,9	7,8	12,2%	20,5%	1,466	1,474
D05	Entfernung der Speicheldrüsen	58	34,5%	6,0	6,9	6,9%	16,1%	1,229	1,229
D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz oder aufwändige Operationen am Mittelohr	324	23,8%	4,9	5,7	9,3%	11,2%	0,904	0,898
D07	Operationen an den Speicheldrüsen ohne Entfernung der Speicheldrüsen	43	27,9%	4,6	5,9	7,0%	13,7%	0,891	0,889
D08	Operationen an Mundhöhle oder Mund	128	22,7%	8,7	6,6	22,7%	32,8%	1,024	1,010
D09	Verschiedene Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals	423	28,6%	3,9	5,1	8,3%	12,5%	0,738	0,736
D10	Verschiedene Operationen an der Nase	174	1,7%	5,0	6,0	4,0%	6,1%	0,806	0,803
D11	Mandeloperation	364	3,0%	6,2	6,4	7,1%	15,6%	0,746	0,744
D12	Sonstige Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z. B. bei angeborenen Fehlbildungen)	82	13,4%	5,7	6,7	12,2%	27,8%	0,958	0,906
D13	Nasenmuschelbehandlung (=Polypenentfernung) oder kleiner Einschnitt ins Trommelfell mit Einlegen eines Paukenröhrchens	91	0,0%	2,0	2,2	12,1%	16,5%	0,473	0,431
D14	Operationen bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes oder des Halses, ein Belegungstag	135	27,4%	1,5	1,0	5,2%	14,4%	0,388	0,388
D15	Luftröhrenschnitt	40	32,5%	13,3	19,3	32,5%	71,6%	2,449	2,448
D16	Entfernung von Füll- oder Haltematerial an Kiefer oder Gesicht	55	1,8%	5,3	4,1	10,9%	11,4%	0,824	0,824
D40	Ziehen eines Zahnes oder Zahnwiederherstellung	24	16,7%	5,9	3,4	41,7%	24,2%	0,696	0,657
D60	Ohren-, Nasen-, Mund- oder Halskrebs	323	29,7%	13,5	8,1	43,3%	52,3%	1,318	1,236
D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	163	25,2%	5,2	6,1	4,9%	9,6%	0,656	0,652
D62	Nasenbluten	42	69,0%	2,9	3,9	11,9%	23,1%	0,389	0,375
D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen der oberen Atemwege	247	3,6%	4,0	4,1	21,9%	15,9%	0,485	0,474
D64	Chronische Entzündung des Kehlkopfes, der Luftröhre oder des Kehldeckels	10	0,0%	3,5	3,4	20,0%	11,7%	0,438	0,432
D65	Verletzung oder Verformung der Nase	40	12,5%	2,8	3,6	5,0%	9,9%	0,479	0,479
D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z. B. Hörsturz, Tinitus)	161	29,0%	4,3	5,4	5,6%	7,3%	0,576	0,576
D67	Krankheiten der Zähne oder der Mundhöhle, jedoch ohne Entfernung oder Wiederherstellung von Zähnen.	158	9,4%	5,7	5,1	17,1%	17,2%	0,594	0,596
D68	Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals, ein Belegungstag	169	15,9%	1,0	1,0	10,7%	9,6%	0,202	0,202

Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
E01	Große Operationen am Brustkorb (z. B. bei Lungenkrebs)	133	36,1%	15,7	15,3	67,7%	71,0%	2,812	2,778
E02	Sonstige Operationen an den Atmungsorganen (z. B. Spiegelung / Gewebeprobeentnahme an der Lunge)	45	34,8%	11,3	10,8	53,3%	59,5%	1,508	1,628
E40	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung	16	56,3%	9,0	13,5	93,8%	94,5%	1,899	2,472
E60	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Bildung von zähem Schleim (=Mukoviszidose)	66	0,0%	12,5	11,4	84,8%	73,2%	1,659	1,806
E61	Verschluss von Lungen-Blutgefäßen (= Lungenembolie, z. B. durch ein verschlepptes Blut- oder Fettgerinnsel)	90	55,6%	10,8	11,7	66,7%	69,5%	1,289	1,411
E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	301	38,6%	9,8	9,3	48,6%	62,2%	1,051	1,077
E63	Atemaussetzer im Schlaf mit Schnarchen (= Schlafapnoe)	385	30,6%	1,6	1,4	6,5%	4,6%	0,228	0,221
E64	Flüssigkeitsansammlung in der Lunge mit ungenügender Atemleistung	69	49,3%	6,0	7,0	87,0%	77,8%	0,835	0,889
E65	Krankheiten der Atemwege mit erschwerter Ausatmung und vermehrter Luftansammlung im Lungengewebe (= Asthma, COPD)	177	48,6%	8,8	9,1	65,5%	68,7%	0,929	0,980
E66	Schwere Verletzung des Brustkorbes	20	50,0%	6,0	5,3	25,0%	36,5%	0,685	0,704
E67	Beschwerden beim Atmen (z. B. Bluthusten oder Luftnot)	81	22,0%	3,2	3,6	30,9%	33,4%	0,521	0,630
E68	Ansammlung von Luft zwischen Lungenfell und Brustraum, die zum Kollaps eines Lungenflügels führen kann	28	14,3%	7,2	8,0	89,3%	45,8%	0,904	1,054
E69	Bronchitis oder Asthma	171	8,2%	5,8	4,2	31,6%	30,9%	0,575	0,576
E70	Keuchhusten oder akute Entzündung der kleinsten Äste der Luftröhre (=Bronchiolitis)	42	4,8%	7,2	7,8	64,3%	42,8%	0,929	0,876
E71	Krebserkrankung der Luftröhre, der Lunge und des Brustfells	607	61,1%	8,6	6,4	68,6%	65,1%	0,901	0,932
E72	Störungen der Atmung mit Ursache in den ersten vier Lebenswochen	16	0,0%	1,0	1,0	0,0%	2,1%	0,154	0,154
E73	Flüssigkeitsansammlung zwischen Lunge und Brustwand	17	23,5%	11,7	10,3	82,4%	70,5%	1,034	1,131
E74	Erkrankung aufgrund einer Bindegewebsvermehrung in der Lunge	68	35,3%	12,8	8,7	64,7%	53,0%	0,980	1,063
E75	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. Rippenbruch, Fremdkörper in den Atemwegen)	58	30,5%	4,7	4,0	37,3%	39,3%	0,591	0,615
E76	Tuberkulose	6							

Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
F01	Einpflanzen eines automatisch arbeitenden Herzschrittmachers (= Kardioverter / Defibrillator, AICD) zur Unterbindung von Herzrhythmusstörungen, komplettes System, Dreikammerstimulation	3	0,0%	23,7	16,0	100,0%	93,0%	10,283	10,283
F02	Wechsel eines automatisch arbeitenden Herzschrittmachers (= Kardioverter / Defibrillator, AICD) zur Unterbindung von Herzrhythmusstörungen	13	53,8%	5,0	6,4	100,0%	84,7%	5,576	5,599
F08	Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine (z. B. Operationen an der Bauchschlagader oder sonstigen großen Schlagadern)	138	59,4%	18,7	17,6	77,5%	78,7%	3,221	3,191
F09	Sonstige Operationen an Herz oder großen Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine (z. B. Blutgefäßdehnung mittels Katheter, Operation an der Hauptschlagader)	57	33,3%	10,9	8,9	80,7%	65,4%	2,729	2,776
F10	Dehnung von verengten Herzkranzgefäßen mit einem Ballonkatheter (= PTCA) bei Patienten mit akutem Herzinfarkt	119	62,2%	10,3	7,6	72,0%	52,2%	1,717	1,759
F11	Beinamputation aufgrund einer Kreislauferkrankung - nicht jedoch Amputation der Fußzehen - mit Operation an Blutgefäßen	13	61,5%	41,9	43,4	92,3%	93,1%	5,580	5,346
F12	Einpflanzen eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	46	93,5%	11,3	11,7	90,5%	62,9%	1,972	2,025
F13	Amputationen an Händen, Armen oder Fußzehen aufgrund einer Kreislauferkrankung	13	69,2%	18,7	21,1	76,9%	77,8%	2,398	2,275
F14	Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine, jedoch nicht: große Wiederherstellungsoperationen	221	60,6%	12,4	9,8	79,6%	64,1%	1,662	1,658
F15	Dehnung von verengten Herzkranzgefäßen mit einem Ballonkatheter (= PTCA) und / oder Einpflanzung einer Metallprothese (= Stent) bei Patienten ohne akuten Herzinfarkt	244	65,2%	6,0	4,7	63,5%	46,7%	1,257	1,177
F16	Dehnung von verengten Herzkranzgefäßen mit einem Ballonkatheter (= PTCA) bei Patienten ohne akuten Herzinfarkt, jedoch ohne Einpflanzung einer Metallprothese (= Stent)	87	59,8%	3,6	3,9	66,7%	49,3%	0,974	0,966
F17	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	11	90,9%	4,7	3,9	72,7%	49,6%	1,200	1,200
F18	Wiederholungsoperation zur Einpflanzung eines Herzschrittmachers oder eines automatisch arbeitenden Defibrillator (zur Unterbindung von Herzflattern, AICD), jedoch nicht: Aggregatwechsel	14	71,4%	6,9	7,5	71,4%	59,8%	1,061	1,098
F19	Sonstige Eingriffe mit einem Herzkatheter am Herzen (z. B. Aufdehnung von Blutgefäßen im Bauchraum mit einem Ballon)	19	47,4%	12,7	3,7	78,9%	40,8%	1,373	1,089
F20	Entfernung von Krampfadern	55	21,8%	2,1	4,4	10,9%	18,0%	0,657	0,722
F21	Sonstige Operationen am Blutkreislaufsystem (z. B. Wundversorgung bei Geschwür)	58	77,6%	17,9	19,4	62,1%	76,9%	1,919	2,062
F22	Einpflanzen eines automatisch arbeitenden Herzschrittmachers (=Kardioverter / Defibrillator, AICD) zur Unterbindung von Herzrhythmusstörungen, komplettes System, Zweikammerstimulation	13	84,6%	13,0	15,5	92,3%	87,5%	8,668	8,712
F23	Einpflanzen eines automatisch arbeitenden Herzschrittmachers (=Kardioverter / Defibrillator, AICD) zur Unterbindung von Herzrhythmusstörungen, komplettes System, Einkammerstimulation	12	41,7%	13,4	15,6	83,3%	85,9%	7,519	7,576
F24	Einpflanzen eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem	102	79,4%	9,4	9,7	72,5%	53,6%	2,535	2,635
F25	Einpflanzen eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem	5	60,0%	10,4	11,8	40,0%	72,7%	4,237	4,386
F26	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	58	86,2%	4,4	4,2	63,8%	46,6%	1,726	1,688

Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
F27	Behandlung von Herzrhythmusstörungen durch Ausschaltung der Herzstrukturen, die die Rhythmusstörung verursachen, über einen Herzkatheter	107	34,6%	4,2	3,7	42,1%	24,3%	1,518	1,515
F28	Beinamputation aufgrund einer Kreislauferkrankung; jedoch nicht Amputation der Fußzehen oder Operation an Blutgefäßen	15	80,0%	33,9	30,0	93,3%	91,9%	3,143	2,916
F40	Maschinelle Beatmung bei Kreislauferkrankungen	14	71,4%	11,6	11,4	100,0%	97,8%	2,077	2,522
F41	Invasive Diagnostik (z. B. Herzkatheter) bei Kreislauferkrankungen mit akutem Herzinfarkt	11	27,3%	7,8	8,2	90,9%	68,1%	1,464	1,651
F42	Elektrophysiologische Diagnostik (z. B. Katheteruntersuchung, bei der EKG direkt aus dem Herzen abgeleitet wird, EPU) am Herzen bei Kreislauferkrankungen ohne akuten Herzinfarkt	44	20,5%	4,0	3,6	29,5%	23,2%	0,904	0,933
F43	Invasive Diagnostik (z. B. Herzkatheter) bei Krankheiten, die nicht die Herzkranzgefäße betreffen	457	53,2%	7,2	4,6	53,2%	40,3%	0,907	0,949
F44	Invasive Diagnostik (z. B. Herzkatheter) bei Verschlusskrankheiten der Herzkranzgefäße	190	54,2%	2,6	2,8	53,7%	34,8%	0,517	0,592
F60	Kreislauferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheter)	19	76,2%	7,9	8,3	78,9%	74,1%	1,052	1,393
F61	Durch Bakterien / Viren verursachte Entzündung der Herzinnenhaut (v.a. Entzündung der Herzklappen)	4	0,0%	10,0	24,7	75,0%	77,6%	0,904	2,182
F62	Herzermüdung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutauswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	202	84,7%	10,3	10,1	78,7%	79,7%	1,070	1,122
F63	Venengefäßverschlüsse (v. a. an den Beinen)	58	41,4%	10,2	9,0	58,6%	39,2%	0,928	0,980
F64	Offene Wunde aufgrund einer Kreislauferkrankung	7	85,7%	16,0	14,2	42,9%	45,5%	1,364	1,364
F65	Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	106	56,6%	8,1	5,6	44,3%	38,5%	0,854	0,926
F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	53	47,2%	6,8	4,2	47,2%	39,2%	0,598	0,622
F67	Bluthochdruck	187	50,8%	7,0	5,3	28,9%	31,3%	0,643	0,669
F68	Angeborene Herzkrankheit	16	12,5%	5,0	3,2	56,3%	32,9%	1,848	0,697
F69	Krankheiten der Herzklappen	24	70,8%	10,6	7,1	83,3%	50,7%	0,922	0,924
F70	Schwere Herzrhythmusstörung oder Herzstillstand	18	26,3%	3,6	4,6	50,0%	44,1%	0,951	1,035
F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung oder Erkrankung der Erregungsleitungsbahnen des Herzens	116	57,8%	7,0	4,7	38,8%	32,8%	0,653	0,723
F72	In kurzer Zeit zunehmende anfallartige Schmerzen der Herzgegend (= Instabile Angina pectoris)	23	56,5%	5,8	4,6	39,1%	39,6%	0,633	0,693
F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	150	48,7%	6,3	4,9	28,0%	28,9%	0,594	0,642
F74	Schmerzen in der Brust oder im Brustbereich	14	42,9%	4,4	1,3	50,0%	16,4%	0,460	0,459
F75	Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems (z. B. Herzschwäche durch Aussackung einer / beider Herzkammern (= dilative Kardiomyopathie)	115	38,3%	10,4	7,0	70,4%	60,5%	0,856	0,918

Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
G01	Teilentfernung des Enddarms	31	51,6%	30,0	19,9	83,9%	73,7%	4,037	3,833
G02	Große Operationen an Dünn- oder Dickdarm	191	41,4%	22,7	17,6	81,7%	73,8%	3,249	3,084
G03	Operationen am Magen, Speiseröhre oder Zwölffingerdarm (z. B. Gewebeprobeentnahmen)	91	42,9%	22,8	18,3	70,3%	67,1%	3,521	3,511
G04	Durchtrennung abschnürender Verwachsungen vom Bauchfells	31	12,9%	9,1	10,6	41,9%	42,0%	1,631	1,572
G05	Kleine Operationen an Dünn- oder Dickdarm	28	10,7%	9,4	9,6	42,9%	43,1%	1,575	1,651
G06	Schleimhautschonende Durchtrennung des Magenschließmuskels	5	0,0%	7,3	8,1	60,0%	40,8%	1,326	1,326
G07	Blinddarmentfernung	225	7,6%	6,3	5,4	18,2%	18,4%	0,938	0,918
G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	69	37,7%	9,6	7,7	49,3%	38,2%	1,039	1,013
G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	145	48,3%	6,2	4,2	29,0%	21,2%	0,821	0,778
G10	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien) bei Säuglingen im 1. Lebensjahr	57	0,0%	3,3	3,3	8,8%	10,0%	0,713	0,671
G11	Sonstige Operation am After	88	9,1%	6,2	4,2	25,0%	19,5%	0,638	0,635
G12	Sonstige Operationen an den Verdauungsorganen (z. B. Spiegelung des Bauchraums = Laparoskopie)	43	51,2%	18,9	14,7	69,8%	65,7%	2,050	2,080
G13	Sonstige Darmoperationen oder Ausleitung des Dünndarms auf die Körperoberfläche (z. B. Anus Praeter)	26	19,2%	7,9	9,6	46,2%	47,4%	1,360	1,383
G46	Komplexe Magenspiegelung zur Untersuchung und Behandlung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. bei Blutungen aus der Speiseröhre)	55	58,2%	12,5	12,3	72,7%	72,8%	1,694	1,628
G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	186	44,6%	10,7	8,8	50,0%	58,9%	1,038	1,007
G48	Dickdarmspiegelung	178	51,1%	8,3	6,5	33,1%	75,0%	0,819	0,802
G49	Dickdarm- oder Magenspiegelung, ein Belegungstag	79	22,8%	1,0	1,0	15,2%	19,4%	0,241	0,241
G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	179	40,8%	6,9	5,6	36,3%	38,3%	0,665	0,660
G60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	276	45,3%	7,9	4,6	46,0%	51,6%	0,890	0,849
G64	Entzündliche Darmerkrankung (v. a. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa)	21	4,8%	3,4	5,4	19,0%	27,1%	0,627	0,705
G65	Passagehindernis im Verdauungstrakt (z. B. Darmverschluss, Verwachsungen, Gallensteinverschluss)	42	31,0%	4,2	4,1	31,0%	37,0%	0,456	0,475
G66	Bauchschmerzen oder unspezifische Lymphknotenschwellung im Bereich der Eingeweide	210	1,9%	2,3	2,2	5,7%	11,2%	0,267	0,306
G67	Speiseröhrenentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	725	8,1%	3,8	3,1	45,1%	35,2%	0,456	0,441
G70	Sonstige schwere Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Bauchfellentzündung, Darmabszess)	18	16,7%	12,5	8,6	44,4%	64,7%	1,206	1,083
G71	Sonstige mäßig schwere Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Schleimhautvorwölbung im Darm, Darmschlingenverklebung)	87	33,3%	3,1	3,3	19,5%	26,6%	0,429	0,499
G72	Sonstige leichte bis moderate Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Blinddarmentzündung)	34	5,9%	2,4	2,1	5,9%	5,2%	0,240	0,279
G73	Blutung oder Geschwüre im Magen-Darm-Kanal	34	29,4%	4,0	5,4	41,2%	45,8%	0,677	0,708

Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Bauchspeicheldrüse									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
H01	Operationen an Bauchspeicheldrüse oder Leber unter Anlage einer Blutumgehung der Leberstrombahn	172	37,2%	25,1	19,0	75,6%	76,6%	3,898	3,745
H02	Große Operationen an Gallenblase oder Gallenwegen	21	61,9%	24,5	20,8	90,5%	73,0%	3,512	3,389
H05	operationsähnliche Eingriffe an Leber oder Gallensystem mit dem Ziel der Diagnosestellung (z. B. Gewebeprobeentnahme)	45	53,3%	23,9	11,5	60,0%	55,0%	2,404	2,254
H06	Sonstige Operationen an Leber, Gallensystem oder Bauchspeicheldrüse (z. B. Verschluss eines Blutgefäßes in der Leber mittels Katheter)	47	46,8%	9,3	5,1	66,0%	61,0%	1,979	1,941
H07	offen chirurgische Gallenblasenentfernung	44	63,6%	19,5	13,1	75,0%	60,9%	2,076	1,949
H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (=lapraskopische Gallenblasenentfernung)	101	24,8%	11,3	6,3	45,5%	28,4%	1,156	1,098
H40	Behandlung von gestauten und blutenden Speiseröhrenvenen mittels einer Spiegelung (=Endoskopie)	12	41,7%	13,8	13,3	91,7%	83,3%	1,831	1,930
H41	Komplexe Behandlung von Bauchspeicheldrüsen- oder Gallenwegen mittels einer Spiegelung (= ERCP)	210	44,3%	12,0	9,5	36,7%	60,2%	1,198	1,193
H42	Sonstige Behandlung von Bauchspeicheldrüsen- oder Gallenwegen mittels einer Spiegelung (= ERCP)	148	40,5%	9,3	8,0	30,4%	43,2%	0,947	1,016
H60	Leberschrumpfung mit Zerstörung der Leberzellen und knotigem Umbau durch giftige Einflüsse z. B.. durch Alkohol oder Gallenrückstau (=Leberzirrhose)	158	17,7%	10,7	9,3	61,4%	75,5%	1,132	1,270
H61	Krebserkrankung der Leber, Gallenwege oder Bauchspeicheldrüse	298	50,7%	6,6	4,1	37,6%	53,5%	0,773	0,803
H62	Sonstige Krankheiten der Bauchspeicheldrüse, jedoch kein Krebs	109	15,3%	7,9	10,5	22,0%	39,4%	0,893	0,988
H63	Sonstige Krankheiten der Leber, jedoch kein Krebs und keine Leberzirrhose (z. B. Leberversagen, Hepatitis)	100	16,0%	7,0	4,8	35,0%	28,0%	0,716	0,752
H64	Sonstige Krankheiten der Gallenblase oder Gallenwege (z. B.. Gallenblasenentzündung, -Verschluss oder -Durchbruch)	63	33,3%	6,3	5,8	36,5%	41,2%	0,676	0,730

Krankheiten und Störungen an Muskel- Skelettsystem und Bindegewebe									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
I01	Beidseitige oder mehrere größere Operationen an Hüft- oder Kniegelenken oder den Röhrenknochen der Beine	55	83,6%	20,0	23,8	63,6%	55,1%	3,567	3,523
I02	Gewebe- oder Hauttransplantation	20	10,0%	39,7	24,1	60,0%	57,9%	4,453	4,026
I03	Hüftgelenkersatz, Versteifung des Hüftgelenks oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei komplizierteren Krankheiten (z. B.. bei Hüftgelenkverschleiß)	429	65,7%	14,7	14,6	27,8%	47,8%	2,651	2,600
I04	Kniegelenkersatz, Versteifung des Kniegelenks oder Wiederholungsoperationen am Knie bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Kniegelenkverschleiß)	301	68,4%	14,0	13,2	25,9%	34,9%	2,927	2,887
I05	Hüftgelenkersatz oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei unkomplizierten Krankheiten (z. B. Oberschenkelhalsbruch oder Hüftverschleiß)	62	58,1%	14,6	13,7	19,4%	31,4%	2,983	2,926
I06	Aufwendige operative Verschmelzung von Wirbelkörpern	18	38,9%	26,9	20,4	83,3%	62,5%	4,879	5,059
I07	Amputation	3	66,7%	56,3	36,9	100,0%	100,0%	4,610	3,837
I08	Sonstige Operationen an Hüftgelenk oder Oberschenkel (z. B. geschlossene Knochen-Wiederausrichtung bei Brüchen)	259	51,4%	16,6	13,9	49,0%	49,5%	2,351	2,669
I09	Operative Verbindung von Wirbelkörpern	127	29,1%	15,4	16,3	48,0%	39,6%	3,131	3,160
I10	Sonstige Operationen an der Wirbelsäule (z. B. Bandscheibenoperation)	364	21,7%	8,6	10,7	15,7%	18,9%	1,532	1,541
I11	Operationen zur Verlängerung eines Gliedmaßes	3	0,0%	9,3	12,4	33,3%	13,2%	1,608	1,608
I12	Kleinere Operationen (z. B. Gelenkspülung) bei Knochen- oder Gelenkentzündungen	81	41,5%	20,3	16,3	37,0%	49,4%	1,697	1,614
I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	431	21,8%	11,3	10,8	21,6%	23,9%	1,639	1,602
I15	Operationen am Hirn- oder Gesichtsschädel (z. B. bei Schädelfehlbildung wegen vorzeitigem Verschluss der Schädelnähte)	6	0,0%	11,5	10,4	50,0%	38,9%	2,518	2,518
I16	Sonstige Operationen am Schultergelenk (z. B. Schlüssellochoperation am Dach des Schultergelenks)	197	13,2%	5,5	4,9	4,6%	7,5%	0,843	0,842
I17	Operationen am Gesichtsschädel	7	0,0%	11,8	10,0	71,4%	39,0%	1,981	2,114
I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	299	13,0%	4,1	3,7	6,4%	8,7%	0,659	0,664
I20	Operationen am Fuß	122	22,1%	11,1	8,2	11,5%	13,0%	1,024	0,989
I21	Operation zur Entfernung von Schrauben oder Platten am Hüftgelenk oder Oberschenkel	40	12,5%	5,7	5,2	32,5%	20,1%	0,898	0,896
I22	Große Operationen an Handgelenk, Hand oder Daumen	5	20,0%	10,0	3,4	20,0%	7,3%	0,825	0,701
I23	Operation zur Entfernung von Schrauben oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte oder Oberschenkel	216	10,2%	4,0	3,4	18,5%	13,2%	0,667	0,633
I24	Spiegelung von Gelenkshöhlen (=Arthroskopie) einschließlich Gewebeprobeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung	61	14,8%	3,8	3,8	13,1%	10,6%	0,608	0,633
I25	Operativer Eingriff mit dem Ziel der Diagnosestellung (z. B.. Gewebeprobeentnahme) an Knochen oder Gelenken	9	0,0%	7,0	8,3	44,4%	23,2%	1,060	1,153
I26	Sonstige Operationen an Handgelenk oder Hand	13	30,8%	2,9	2,6	7,7%	7,0%	0,558	0,607
I27	Operationen am Weichteilgewebe (z. B. an Gelenkbändern und Sehnen sowie an Schleimbeuteln)	172	18,6%	11,8	8,2	23,3%	19,1%	1,146	1,077
I28	Sonstige Operationen am Bindegewebe (z. B. bei Schlüsselbeinbrüchen)	119	18,5%	10,4	8,2	23,5%	24,8%	1,275	1,244

Krankheiten und Störungen an Muskel- Skelettsystem und Bindegewebe									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
I29	Komplexe Operationen am Schultergelenk (z. B. Wiederherstellung des Schulterdaches)	66	21,2%	6,1	6,8	9,1%	9,4%	1,159	1,158
I30	Komplexe Operationen am Kniegelenk (z. B. Schlüssellochoperation bei Meniskusschäden)	146	2,7%	7,5	6,9	6,2%	8,6%	1,289	1,288
I31	Komplexe Operationen an Ellenbogengelenk oder Unterarm	154	42,2%	7,0	6,3	21,4%	16,6%	1,046	1,057
I32	Komplexe Operationen an Handgelenk oder Hand	84	15,5%	5,8	3,7	8,3%	8,8%	0,894	0,786
I60	Oberschenkelschaftbruch	3	33,3%	2,0	10,3	33,3%	17,6%	0,747	1,746
I61	Sonstige Brüche am Oberschenkel	9	22,2%	9,7	9,2	11,1%	30,6%	0,912	1,160
I62	Oberschenkelhals- oder Beckenbruch	31	80,6%	7,3	9,9	25,8%	39,5%	0,938	1,117
I63	Verstauchung, Zerrung oder Verschiebungen an Hüftgelenk, Becken oder Oberschenkel	9	22,2%	4,5	4,7	0,0%	23,4%	0,655	0,762
I64	Knochenmarkentzündung	20	19,0%	12,5	10,0	25,0%	31,9%	1,027	1,343
I65	Bindegewebskrebs, einschließlich Bruch eines erkrankten Knochens ohne Gewalteinwirkung	233	32,2%	8,9	6,5	39,1%	42,2%	1,314	1,337
I66	Sonstige Krankheiten des Bindegewebes (z. B. nicht-bakterielle, autoimmune Muskel- oder Gelenkentzündungen)	310	22,9%	7,7	7,1	40,3%	39,3%	0,948	1,006
I67	Bakterielle Gelenkentzündung (= Arthritis)	4	25,0%	25,7	13,4	50,0%	39,0%	1,134	1,044
I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	475	26,9%	6,9	6,2	9,1%	12,3%	0,772	0,808
I69	Knochen- und Gelenkkrankheiten (z. B. Polyarthritis, Hüft- oder Kniearthrose)	212	45,5%	8,0	8,2	20,8%	23,8%	0,841	1,029
I70	Unspezifische Gelenkerkrankungen (z. B. Arthritis) als Folge von systemischen Krankheiten (z. B. Folge von Stoffwechselstörungen, Gicht, Blutkrebs)	52	11,5%	6,1	6,1	13,5%	12,5%	0,766	0,810
I71	Muskel oder Sehnenkrankheiten (z. B. Rheuma)	38	15,8%	7,2	4,8	26,3%	15,5%	0,819	0,941
I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln oder Schleimbeuteln	68	19,1%	4,4	6,1	7,4%	22,3%	0,609	0,649
I73	Nachbehandlung bei Krankheiten des Bindegewebes (z. B. nicht chirurgische Wiedereinrenkung einer Hüftgelenksentweichung)	118	61,9%	7,0	10,2	7,1%	22,2%	0,746	0,816
I74	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß	57	22,8%	3,1	2,2	12,3%	7,4%	0,487	0,566
I75	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein oder Sprunggelenk	52	59,6%	7,7	6,0	26,9%	24,1%	0,768	0,874
I76	Sonstige Krankheiten des Bindegewebes (z. B. mehrfache Lendenwirbelbrüche oder Gelenkergüsse)	205	11,5%	5,9	4,4	5,9%	12,7%	0,643	0,744
I77	Mäßig schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein oder Sprunggelenk	71	26,8%	4,3	4,2	5,6%	11,8%	0,542	0,588
I78	Leichte bis moderate Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein oder Sprunggelenk	24	29,2%	4,1	2,6	4,2%	8,3%	0,465	0,446

Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
J02	Hauttransplantation / Hautersatz an den Beinen bei einem Geschwür oder einer Entzündung	2	0,0%	36,5	30,5	100,0%	100,0%	3,541	3,541
J03	Operationen an der Beinhaut bei einem Geschwür oder einer Entzündung (z. B. Zehenamputation; Wundnaht)	40	65,0%	18,0	19,8	72,5%	69,7%	1,906	1,988
J04	Operationen an der Beinhaut außer bei Geschwür oder Entzündung (z. B. bei Hautkrebs)	6	83,3%	9,2	9,6	50,0%	29,5%	1,459	1,282
J06	Große Operationen an der weiblichen Brust bei Krebserkrankung	70	45,7%	9,8	9,0	25,7%	21,5%	1,751	1,677
J07	Kleine Operationen an der weiblichen Brust bei Krebserkrankung	14	35,7%	4,6	4,2	0,0%	12,4%	0,703	0,720
J08	Sonstige Hauttransplantation und / oder Abtragung oberflächlicher abgestorbener Gewebeteile	611	71,2%	9,2	8,7	36,3%	31,2%	1,166	1,168
J09	Operationen einer angeborenen Hautfalte am Kreuzbein oder in der Umgebung des Afters	14	21,4%	3,2	3,4	14,3%	11,6%	0,572	0,566
J10	Operationen an Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	92	4,3%	1,9	3,5	4,3%	13,5%	0,714	0,820
J11	Sonstige Operationen der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	232	38,8%	6,9	6,4	25,9%	24,7%	0,931	0,959
J12	Operationen an Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust bei Krebserkrankung mit dem Ziel Form, Ästhetik oder Funktionalität zu verbessern	10	60,0%	8,4	8,2	20,0%	32,0%	1,169	1,145
J13	Kleine Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	22	22,7%	2,4	3,5	13,6%	9,0%	0,613	0,662
J14	Wiederherstellungsoperation der weiblichen Brust bei Krebserkrankung	10	20,0%	11,7	9,8	20,0%	23,8%	2,430	2,265
J15	Große Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	3	0,0%	4,3	5,4	0,0%	13,1%	1,139	1,139
J60	Offenes Hautgeschwür	25	72,0%	13,4	15,4	56,0%	53,9%	1,297	1,359
J61	Schwere Krankheiten der Haut (z. B. Pemphigoid, Schuppenflechte)	150	45,3%	15,4	15,9	27,3%	34,1%	1,809	1,816
J62	Krebserkrankungen der weiblichen Brust	194	62,4%	4,1	3,6	28,4%	37,9%	0,586	0,595
J63	Krankheiten der weiblichen Brust außer Krebserkrankung (z. B. Entzündung der Brustdrüse)	9	11,1%	4,4	4,0	11,1%	10,4%	0,516	0,526
J64	Infektion / Entzündung der Haut oder Unterhaut	197	27,4%	8,3	8,1	26,4%	28,4%	0,743	0,787
J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	88	38,6%	4,5	2,1	21,6%	14,4%	0,386	0,407
J66	Mäßig schwere Hautkrankheit (z. B. Gürtelrose, Ekzem)	351	37,3%	9,6	8,9	26,5%	30,4%	0,950	0,959
J67	Leichte bis moderate Hautkrankheit (z. B. Nesselsucht, d.h. durch Quaddeln charakterisierte Hauterkrankung)	134	23,7%	5,8	6,4	14,9%	18,3%	0,685	0,668
J68	Krankheiten der Haut, ein Belegungstag	57	3,5%	1,0	1,0	8,8%	19,7%	0,202	0,202

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
K01	Verschiedene Operationen (z. B. Wundversorgung bei Geschwür an den Füßen oder Beinen) bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes)	2	50,0%	36,5	32,5	100,0%	99,7%	2,569	2,657
K02	Operationen an der Hirnanhangsdrüse	31	31,3%	7,6	12,4	32,3%	31,9%	2,730	2,712
K03	Operationen an der Nebenniere	23	26,1%	19,7	12,3	56,5%	56,3%	2,529	2,328
K07	Sonstige Operationen bei Fettleibigkeit	1	0,0%	3,0	7,4	0,0%	22,2%	1,306	1,306
K09	Untersuchungen und Behandlungen bei Hormon-, Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen (z. B. Blutwäsche; Blutgefäßuntersuchungen)	31	46,9%	7,3	10,5	45,2%	37,8%	1,759	1,896
K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Halsfistel; jedoch nicht bei Krebserkrankung (z. B. ernährungsbedingte Jod-Mangel Schilddrüsenvergrößerung = Struma)	151	27,6%	5,5	4,9	33,8%	18,8%	1,096	0,993
K11	Operationen an Schilddrüse oder Nebenschilddrüse bei Krebserkrankung	14	28,6%	11,6	8,4	64,3%	35,2%	1,749	1,715
K12	Operationen an der Schilddrüse mit Entfernung oder Teilentfernung der Nebenschilddrüse; jedoch nicht bei Krebserkrankung	85	50,6%	7,0	6,4	41,2%	39,2%	1,423	1,390
K40	Spiegelungen und / oder Gewebeentnahmen bei nicht schwergradigen Stoffwechselkrankheiten	12	41,7%	8,4	7,4	0,0%	0,0%	0,872	0,971
K41	Strahlentherapie bei Hormon-, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten	7	42,9%	15,8	4,7	42,9%	32,1%	1,534	1,197
K42	Spezielle Strahlentherapie von Schilddrüsenkrankheiten durch die Verabreichung von radioaktiv markiertem Jod	756	49,1%	6,2	4,7	23,7%	21,9%	0,973	0,836
K60	Zuckerkrankheit (=Diabetes)	202	19,8%	7,9	9,0	24,3%	31,4%	0,753	0,959
K61	Schwere Ernährungsstörungen	5	20,0%	7,0	12,4	40,0%	51,6%	1,036	1,036
K62	Verschiedene Stoffwechselkrankheiten (z. B. Flüssigkeits- oder Mineralstoffmangel)	131	48,9%	6,3	5,4	57,3%	44,5%	0,532	0,721
K63	Angeborene Stoffwechselstörungen (z. B. Defekte des Vitamin- oder Mineralstoffwechsels)	63	9,4%	9,5	4,2	15,9%	26,1%	0,866	0,800
K64	Erkrankung hormonproduzierender Drüsen mit Störung der Produktion oder Regulation	257	24,9%	6,4	4,8	33,1%	26,9%	0,543	0,915

Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
L03	Operationen an Nieren, Harnleitern oder große Operationen an der Harnblase bei Krebs	105	57,1%	16,2	14,9	54,3%	63,4%	2,754	2,709
L04	Operationen an Nieren, Harnleitern oder größere Operationen an der Harnblase; jedoch nicht bei Krebs	82	22,0%	18,2	14,0	39,0%	43,8%	2,635	2,576
L05	Operation der Vorsteherdrüse (= Prostata) oder Teilen davon durch die Harnröhre	3	66,7%	9,0	8,6	33,3%	52,7%	1,295	1,292
L06	Kleine Operationen an der Harnblase	80	48,8%	7,2	7,7	27,5%	45,4%	1,001	0,957
L07	Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata	249	58,6%	6,1	5,5	20,9%	33,1%	0,782	0,780
L08	Operationen an der Harnröhre	43	44,2%	5,8	6,0	30,2%	28,3%	0,782	0,728
L09	Sonstige Behandlungen (z. B. Blutwäsche) bei Krankheiten der Harnorgane (z. B. Nierenversagen)	71	46,5%	14,7	14,5	76,1%	73,4%	2,132	2,199
L10	Wiederherstellungsoperation der Harnblase bei Krebs	2	50,0%	51,5	26,0	50,0%	79,0%	6,057	5,352
L40	Spiegelung der Niere und der Harnleiter	14	42,9%	4,4	4,4	35,7%	26,4%	0,706	0,673
L41	Spiegelung von Harnblase oder Harnleiter ohne schwere Begleiterkrankungen	75	37,3%	2,7	2,8	12,0%	0,0%	0,456	0,480
L42	Nierensteinzertrümmerung mit gerätetechnisch erzeugten Stoßwellen von außen	99	25,3%	3,9	3,5	6,1%	11,4%	0,617	0,645
L43	Komplexe Harnleiterspiegelung	19	52,6%	9,0	9,7	21,1%	48,7%	1,207	1,078
L60	Einschränkung bis Versagen der Nierenfunktion (= Niereninsuffizienz)	94	62,8%	12,7	10,9	73,4%	73,9%	1,332	1,432
L62	Krebserkrankungen der Harnorgane	120	38,3%	7,5	4,6	40,8%	51,0%	0,661	0,612
L63	Infektionen der Harnorgane	240	31,3%	6,5	6,3	32,5%	46,1%	0,701	0,712
L64	Harnsteine oder sonstige Passagehindernisse der Harnleiter	157	30,6%	3,9	2,7	19,7%	22,1%	0,389	0,398
L65	Beschwerden und Symptome der Harnorgane (z. B. blutiger Urin, Harnverhalt)	38	42,1%	5,2	3,9	31,6%	35,4%	0,517	0,512
L66	Harnröhrenverengung (z. B. nach Verletzungen oder Entzündungen)	5	20,0%	2,0	3,0	0,0%	33,1%	0,397	0,480
L67	Sonstige leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane (z. B. Nierenprellung)	26	15,4%	5,7	3,8	26,9%	29,3%	0,559	0,503
L68	Sonstige mäßig schwere Erkrankung der Harnorgane (z. B. Harnverhalt aufgrund gestörter Nervenimpulsübertragungen)	43	39,5%	5,4	5,0	34,9%	39,8%	0,630	0,629
L69	Sonstige schwere Krankheiten der Harnorgane (z. B. Nierenfunktionsstörung bei Zuckerkrankheit)	27	40,7%	10,2	9,1	51,9%	40,9%	1,123	1,156
L70	Krankheiten der Harnorgane, ein Belegungstag	27	14,3%	1,0	1,0	14,8%	15,9%	0,228	0,228
L71	Einschränkung bis Versagen der Nierenfunktion (= Niereninsuffizienz); ein Belegungstag	6	33,3%	1,0	1,0	16,7%	42,8%	0,289	0,290

Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
M01	Große Operationen an den Beckenorganen beim Mann	312	42,6%	9,2	11,8	18,3%	38,3%	2,388	2,384
M02	Entfernung der Vorsteherdrüse (= Prostata) oder Teilen der Prostata mittels einer Operation durch die Harnröhre	114	71,1%	6,7	7,5	27,2%	37,5%	1,111	1,111
M03	Operationen am Penis	48	14,6%	10,6	7,7	8,3%	17,1%	1,293	1,250
M04	Operationen am Hoden	155	9,7%	6,0	4,3	17,4%	11,6%	0,836	0,822
M05	Beschneidung, Teilentfernung der männlichen Vorhaut	21	23,8%	3,5	1,4	23,8%	16,3%	0,480	0,521
M06	Sonstige Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen (z. B. Harnröhrenspiegelung bei Vergrößerung der Vorsteherdrüse)	8	75,0%	7,6	6,7	12,5%	31,9%	0,930	0,991
M08	Kurzdistanzbestrahlung (= Brachytherapie) bei Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane; jedoch ohne Einpflanzung einer Kapsel mit radioaktivem Jod	6	100,0%	3,0	2,0	50,0%	20,8%	1,489	1,489
M09	Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen (v. a. an der Prostata) bei Krebs	13	42,9%	10,5	6,8	38,5%	34,6%	1,240	1,303
M40	Spiegelung von Harnblase oder Harnleiter bei Krankheiten der männlicher Geschlechtsorgane ohne schwere Begleiterkrankungen	5	40,0%	2,3	1,9	0,0%	0,0%	0,491	0,491
M60	Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	126	35,2%	9,7	3,9	38,9%	38,5%	0,732	0,726
M61	gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse (= Prostata)	4	75,0%	4,0	3,2	0,0%	32,0%	0,532	0,532
M62	Infektionen oder Entzündungen der männlichen Geschlechtsorgane	40	27,5%	5,2	5,4	2,5%	23,0%	0,499	0,536
M64	Sonstige Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane (z. B. Verdrehung des Hodens, Genitalprellungen, Blutungen)	17	5,9%	2,4	1,4	5,9%	7,5%	0,397	0,439

Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
N01	Erweiterte Radikaloperation von Scheide, Gebärmutter, Eileiter und Blase mit Schamlippenentfernung bei fortgeschrittenem Gebärmutter- oder Scheidentumor	22	13,6%	24,0	18,3	59,1%	57,5%	3,631	3,623
N02	Gebärmutter- und/oder Eileiteroperation bei Krebs der Eierstöcke oder Eileiter	43	30,2%	15,6	13,0	44,2%	46,4%	2,444	2,398
N03	Gebärmutter- und Eileiteroperation bei Krebs sonstiger Organe	48	35,4%	14,3	14,1	52,1%	44,8%	2,339	2,363
N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	131	28,0%	8,6	8,4	20,6%	24,3%	1,370	1,366
N05	Entfernung der Eierstöcke oder Operation an den Eileitern; jedoch nicht wegen Krebs	40	22,5%	8,3	6,9	12,5%	20,2%	1,071	1,067
N06	Wiederherstellungsoperation an den weiblichen Geschlechtsorganen	54	46,3%	6,8	6,7	25,9%	26,2%	1,131	1,108
N07	Sonstige Gebärmutter- oder Eileiteroperationen; jedoch nicht wegen Krebs (z. B. Eierstockzysten, gutartige Gebärmuttergeschwülste =Myom)	119	0,8%	3,5	4,0	2,5%	10,7%	0,733	0,731
N08	Kleine Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (z. B. Bauch- oder Gebärmutterspiegelung)	20	0,0%	3,6	2,7	15,0%	10,7%	0,557	0,593
N09	Sonstige Operationen an Scheide, Gebärmutterhals oder Schamlippen	189	24,9%	2,3	3,0	30,7%	17,7%	0,570	0,545
N10	Spiegelung und / oder Gewebeprobeentnahme an der Gebärmutter; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	146	40,4%	2,0	1,8	17,8%	18,9%	0,380	0,397
N11	Sonstige Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (z. B. Eröffnung des Bauchraumes zu Diagnosezwecken)	14	42,9%	13,1	15,4	57,1%	58,0%	2,409	2,524
N12	Kurzdistanzbestrahlung (= Brachytherapie) bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	28	46,4%	35,9	15,3	85,7%	56,7%	2,933	2,048
N13	Große Operationen an Scheide, Gebärmutterhals oder Schamlippen	19	31,6%	10,2	9,0	31,6%	29,8%	1,440	1,191
N60	Krebserkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane	385	34,0%	6,0	4,9	34,3%	44,4%	0,815	0,792
N61	Infektion oder Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	27	0,0%	6,2	5,0	3,7%	13,2%	0,454	0,464
N62	Menstruationsstörungen oder sonstige Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (z. B. gutartige Eierstock- und Gebärmuttergeschwülste, Verletzungen an der Scheide)	68	4,4%	3,0	2,5	4,7%	11,8%	0,357	0,355

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
O01	Kaiserschnitt	376	0,0%	8,0	7,6	18,1%	28,2%	1,280	1,247
O02	Entbindung auf normalem Wege mit Operation (z. B. Ausschabung)	106	0,0%	5,7	4,7	8,5%	27,6%	0,822	0,773
O03	Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft	59	0,0%	3,0	3,7	5,1%	7,0%	0,735	0,732
O04	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Fehlgeburt mit Operation (z. B. Ausscharbung wegen unklaren Wochenbettblutungen)	10	0,0%	4,0	3,7	0,0%	20,5%	0,599	0,669
O40	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung, Ausschabung, Absaugen oder Schnittentbindung	166	0,0%	1,5	1,3	4,2%	6,8%	0,322	0,367
O60	Normale Entbindung	1190	0,0%	3,7	3,9	3,1%	11,6%	0,599	0,614
O61	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Fehlgeburt, jedoch ohne operativen Eingriff	30	0,0%	5,4	4,8	6,7%	11,8%	0,417	0,425
O62	Drohende Fehlgeburt	106	0,0%	7,4	4,8	1,9%	4,0%	0,461	0,383
O63	Fehlgeburt ohne Gebärmutterdehnung, Ausschabung, Absaugen oder Schnittentbindung	12	0,0%	2,8	1,9	16,7%	5,1%	0,352	0,403
O64	Wehen die nicht zur Geburt führen	266	0,0%	5,6	5,4	4,9%	10,0%	0,496	0,478
O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	334	0,0%	4,5	5,2	6,0%	12,9%	0,442	0,448

Neugeborene

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
P03	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 bis 1499 g mit größerem operativen Eingriff	21	0,0%	61,2	62,8	100,0%	93,4%	11,008	11,758
P04	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 bis 1999 g mit größerem operativen Eingriff	13	0,0%	48,7	45,2	92,3%	91,3%	7,257	7,463
P05	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 bis 2499 g mit größerem operativen Eingriff	11	0,0%	35,3	32,8	100,0%	94,8%	7,128	7,432
P06	Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499 g mit größerem operativen Eingriff	33	0,0%	30,0	28,7	100,0%	93,6%	6,691	5,159
P60	Neugeborenes, verstorben oder verlegt nach weniger als 5 Tagen nach Aufnahme ohne größeren operativen Eingriff	58	0,0%	1,9	1,4	78,7%	55,3%	0,434	0,424
P61	Neugeborenes, Aufnahmegewicht weniger als 750 g	8	0,0%	86,1	93,6	100,0%	92,5%	21,228	19,572
P62	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 bis 999 g	20	0,0%	69,7	78,4	100,0%	90,0%	13,366	14,951
P63	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 bis 1249 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	6	0,0%	41,6	51,8	100,0%	68,3%	6,617	8,051
P64	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 bis 1499 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	17	0,0%	36,4	41,7	94,1%	61,9%	5,567	6,606
P65	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 bis 1999 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	62	0,0%	25,5	25,5	71,0%	57,6%	4,080	4,361
P66	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 bis 2499 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	140	0,0%	11,8	12,2	50,7%	26,9%	1,766	1,895
P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	1621	0,0%	3,7	4,5	12,0%	11,9%	0,454	0,437

Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
Q01	Operationen an der Milz	9	11,1%	18,1	11,5	55,6%	57,8%	2,421	2,148
Q02	Verschiedene Operationen bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe (v.a. Knochenmark) oder des Immunsystems	32	31,3%	10,9	10,9	37,5%	48,1%	2,056	1,609
Q03	Kleine Operationen (z. B. Gewebeprobe- oder Lymphknotenentnahme) bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems	25	8,0%	4,3	5,6	12,0%	18,2%	0,782	0,804
Q60	Krankheiten des Blutabfall-regenerierenden und Fremdpartikel-reinigenden Systems oder des Immunsystems	77	14,3%	8,1	5,8	21,4%	39,1%	0,723	0,805
Q61	Krankheiten der roten Blutkörperchen (v. a. Blutarmut)	118	34,5%	6,3	5,3	47,5%	44,8%	0,774	1,079
Q62	Gerinnungsstörungen	98	18,4%	8,4	7,1	35,7%	42,0%	0,935	0,976

Hämatologische und solide Neubildungen									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
R01	Große Operationen (z. B. Entfernung mehrerer Lymphknoten oder der Milz) bei Lymphknotenkrebs oder Blutkrebs (= Leukämie),	32	31,3%	38,1	24,3	71,9%	68,0%	4,897	3,940
R02	Große Operationen bei sonstigen Blutkrebserkrankungen und soliden Krebserkrankungen (z. B. bei Lymphknotenkrebs im Hals und Kopfbereich)	54	33,3%	14,5	12,8	38,9%	42,8%	2,533	2,376
R03	Sonstigen Operationen bei Lymphknotenkrebs (= Lymphom) oder Blutkrebs (= Leukämie)	35	40,0%	21,0	18,0	60,0%	54,0%	2,721	2,478
R04	Sonstige Operationen (z. B. Lymphknotenentfernung, Röntgenuntersuchungen) bei anderen Blutkrebserkrankungen	44	43,2%	13,5	8,9	36,4%	31,0%	1,276	1,255
R40	Strahlentherapie bei Blutkrebserkrankungen und soliden Krebserkrankungen	72	34,7%	14,9	14,5	43,1%	52,0%	2,227	2,397
R60	Akuter Blutkrebs (= Akute Leukämie)	246	12,1%	26,4	16,7	75,2%	69,9%	3,713	3,512
R61	Lymphknotenkrebs oder chronische Blutkrebserkrankungen	290	31,6%	22,3	8,2	69,7%	57,2%	1,916	1,471
R62	Sonstige Blutkrebserkrankungen oder solide Krebserkrankungen (z. B. Krebs mit unklarer Lokalisation)	56	37,5%	7,4	5,4	25,0%	48,5%	0,923	0,857
R65	Blutkrebs oder solide Krebserkrankungen (z. B. Krebs unklarer Lokalisation), ein Belegungstag	221	4,5%	1,0	1,0	52,0%	35,6%	0,350	0,350

HIV

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
S62	Krebserkrankung bei HIV-Krankheit	1	0,0%	2,0	13,0	0,0%	67,8%	1,065	2,024
S64	Sonstige Diagnosen, die im Zusammenhang mit der HIV-Krankheit stehen (z. B. Blutarmut, allgemeine Körperschwächung)	4	25,0%	22,8	12,3	75,0%	68,1%	2,351	2,050

Infektiöse und parasitäre Erkrankungen

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
T01	Operationen (z. B. chirurgische Wundsäuberung) bei übertragbaren oder durch Parasiten hervorgerufene Krankheiten	72	34,7%	19,9	21,1	68,1%	70,1%	2,510	2,316
T60	Generalisierte Blutvergiftung	87	50,6%	11,0	10,9	83,9%	86,0%	1,579	1,698
T61	Infektion nach Operation oder Unfall	38	17,9%	9,0	9,1	21,1%	47,0%	0,769	0,802
T62	Fieber unbekannter Ursache; jedoch nicht wenn Kindern bis 5 Jahren betroffen sind	7	0,0%	14,0	7,1	42,9%	54,9%	1,479	0,900
T63	Erkrankung durch Viren	90	11,1%	6,5	6,7	38,9%	37,3%	0,683	0,699
T64	Sonstige übertragbare oder durch Parasiten hervorgerufene Krankheiten	85	10,6%	7,0	7,4	27,1%	38,2%	0,734	0,880

Psychische Krankheiten

Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
U60	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag	53	1,9%	1,0	1,0	7,5%	5,4%	0,191	0,191
U61	Schizophrenie	2	0,0%	6,0	14,3	0,0%	33,6%	0,533	0,977
U62	Wahnhafte oder akut psychotische Störungen	2	50,0%	15,0	5,9	0,0%	0,0%	1,044	0,737
U63	Schwere Gefühlsstörungen (= Depression oder Manie)	6	16,7%	10,4	11,5	16,7%	23,7%	1,021	1,206
U64	Sonstige Gefühlsstörungen oder seelische Krankheiten, die sich vorwiegend im Körper manifestieren	13	0,0%	7,0	7,6	15,4%	11,0%	0,740	1,118
U65	Angststörungen	58	6,9%	4,4	6,1	17,2%	9,3%	0,633	0,750
U66	Ess-, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen oder akute psychische Reaktionen	26	0,0%	6,0	16,6	11,5%	18,1%	0,766	0,970
U68	Psychische Störungen in der Kindheit	60	0,0%	3,4	3,6	8,3%	7,8%	0,731	0,738

Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
V60	Alkoholvergiftung oder -entzug	41	4,9%	1,2	1,4	17,1%	13,7%	0,243	0,311
V61	Drogenvergiftung oder -entzug	3	33,3%	7,0	4,6	33,3%	20,0%	0,777	1,050
V62	Psychische Störung durch Alkoholmissbrauch oder - Abhängigkeit	5	20,0%	3,0	6,7	20,0%	14,5%	0,488	0,725
V63	Psychische Störung durch Gebrauch oder Abhängigkeit von Heroin, Morphium etc.	5	20,0%	3,4	5,0	40,0%	26,2%	0,687	1,506
V64	Psychische Krankheiten durch Drogen-/ Medikamentenmissbrauch oder Drogen- / Medikamentenabhängigkeit	12	8,3%	1,3	2,5	8,3%	14,0%	0,325	0,393

Polytrauma									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
W01	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma) mit maschineller Beatmung oder Schädeleröffnung	45	8,5%	34,6	26,8	93,3%	89,7%	10,699	10,441
W02	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma) mit Operationen an Hüftgelenk, Beinen und Armen einschließlich Einbringen von Implantaten	13	8,3%	18,0	27,0	61,5%	71,2%	4,526	4,559
W03	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma) mit Operationen im Bauchraum	5	0,0%	13,0	15,5	60,0%	75,5%	4,263	4,250
W04	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma) mit sonstigen operativen Eingriffen (z. B. Operationen am Rückenmark, Brustraum oder Blutgefäßen)	16	18,8%	17,3	22,4	37,5%	56,1%	3,785	3,554
W60	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma), verstorben weniger als 5 Tage nach Aufnahme	4	25,0%	1,3	1,0	75,0%	66,9%	2,542	2,542
W61	Kombinations- und Schwerstverletzung (= Polytrauma) ohne bedeutsame Operation	7	14,3%	4,2	9,9	0,0%	40,1%	1,745	1,791

Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
X01	Gewebetransplantation mit Wiedervereinigung kleiner Blutgefäße oder Hauttransplantation bei Verletzungen, jedoch nicht bei Verletzungen an der Hand	13	7,7%	30,4	21,1	53,8%	38,3%	2,635	2,314
X02	Gewebetransplantation mit Wiedervereinigung kleiner Blutgefäße oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand	1	100,0%	8,0	8,9	0,0%	15,8%	1,096	1,096
X04	Sonstige Operation (z.B. Kniegelenkspülung) bei Verletzungen der Beine	3	66,7%	15,7	10,6	33,3%	34,3%	1,842	1,842
X05	Sonstige Operation bei Verletzungen der Hand (z.B. Fingeramputation)	5	20,0%	3,3	5,2	0,0%	13,7%	0,679	0,724
X06	Sonstige Operationen bei anderen Verletzungen(z. B. nach einer Operationen)	93	21,5%	11,8	9,3	38,7%	38,7%	1,491	1,457
X60	Verletzungen	212	16,8%	2,1	2,5	6,6%	13,0%	0,376	0,365
X61	Allergische Reaktionen	43	37,2%	2,4	2,4	4,7%	12,0%	0,385	0,485
X62	Vergiftungen / giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	218	8,7%	1,5	2,1	15,1%	22,5%	0,314	0,518
X63	Folgen einer medizinischen Behandlung	83	24,1%	5,6	4,1	15,7%	28,8%	0,439	0,419
X64	Sonstige Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder giftige Wirkung	32	12,5%	2,4	2,4	6,3%	14,7%	0,313	0,309

Verbrennungen									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
Y01	Operationen oder Langzeitbeatmung bei schweren Verbrennungen	3							
Y02	Sonstige Verbrennungen mit Hauttransplantation	6	0,0%	32,0	18,3	66,7%	27,3%	6,064	5,097
Y03	Sonstige Verbrennungen mit anderen Operationen	7	0,0%	15,7	13,9	14,3%	21,1%	2,518	2,574
Y61	Schwere Verbrennungen	1							
Y62	Sonstige Verbrennungen	23	4,3%	4,7	6,7	4,3%	5,8%	0,947	0,984
Y63	Verbrennungen, ein Belegungstag	5	0,0%	1,0	1,0	0,0%	2,0%	0,138	0,183

Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
Z01	Operationen bei sonstigen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	14	13,3%	5,9	5,2	40,0%	50,9%	1,039	0,943
Z03	Nierenspende; Lebendspende	8	0,0%	10,8	9,5	12,5%	18,1%	2,175	2,164
Z42	Stammzellentnahme bei Fremdspender	28							
Z43	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	1							
Z61	Beschwerden und Symptome	37	17,5%	6,1	4,8	37,8%	34,1%	0,749	0,972
Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	153	19,6%	3,0	2,4	6,5%	14,7%	0,447	0,469
Z63	Sonstige Nachbehandlung	21	9,5%	6,3	2,6	61,9%	42,9%	0,851	0,941
Z64	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	98	14,7%	2,4	2,5	8,2%	7,4%	0,379	0,446
Z65	Vielfältige, sonstige und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalien	16	6,3%	1,7	3,5	12,5%	26,3%	0,636	0,839
Z66	Vorbereitung zur Lebendspende	10	0,0%	4,5	1,5	0,0%	2,4%	0,981	0,806

Fehler DRG									
Basis DRG	Bezeichnung	Fälle UKL	Anteil Patienten ab 65 Jahre	Verweildauer UKL	Verweildauer VUD	PCCL >2 UKL	PCCL >2 VUD	Effektivgewicht UKL	Relativgewicht laut Katalog
901	Ausgedehnter operativer Eingriff ohne Bezug zur Hauptdiagnose	320	41,9%	18,9	15,5	0,0%	0,1%	2,129	2,087
902	Nicht ausgedehnter operativer Eingriff ohne Bezug zur Hauptdiagnose	64	28,1%	8,4	9,8	0,0%	0,0%	1,107	0,970
903	Operativer Eingriff an der Vorsteherdrüse ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1	100,0%	5,0	21,8	0,0%	0,0%	1,704	1,704
960	Fall ist keiner Fallpauschale zuordenbar	48	32,7%	0	0	0,0%	0,0%	0,000	0,000
961	Unzulässige Hauptdiagnose	6	15,4%	3,5	1,1	0,0%	0,0%	0,000	0,000
962	Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination	7	0,0%	2,3	4,7	0,0%	0,0%	0,537	0,589
963	Neugeborenen-Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	4	0,0%	3,0	4,7	0,0%	0,0%	0,888	1,252

Klinikadressen

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Direktor: Prof. Dr. Derk Olthoff
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17700
Telefax 0341/97-17709
Internet www.uni-leipzig.de/~kai/

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Direktor: Prof. Dr. Peter Wiedemann
Liebigstraße 10-14
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21650
Telefax 0341/97-21659
Internet www.uni-leipzig.de/~auge

Chirurgische Klinik und Poliklinik I
(Unfall-, Wiederherrstellungs- und Plastische Chirurgie)
Direktor: Prof. Dr. Christoph Josten
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17300
Telefax 0341/97-17309
Internet www.uni-leipzig.de/~ch/ch1/ch1home.htm

Chirurgische Klinik und Poliklinik II
(Visceral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie)
Direktor: Prof. Dr. Johann Peter Hauss
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17200
Telefax 0341/97-17209
Internet www.uni-leipzig.de/~ch/ch2/ch2home.htm

Universitätsfrauenklinik (Triersches Institut)
Direktor: Prof. Dr. Dr. Michael Höckel
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-23400
Telefax 0341/97-23409
Internet www.uni-leipzig.de/~ufk/

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde/Plastische Operationen
Direktor: Prof. Dr. Andreas Dietz
Liebigstraße 10-14
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21700
Telefax 0341/97-21709
Internet www.uni-leipzig.de/~hno/

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Direktor: Prof. Dr. Jan C. Simon
Stephanstraße 11
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-18600
Telefax 0341/97-18609
Internet www.uni-leipzig.de/~derma/

Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fachbereich Pneumologie
Leiter: Prof. Dr. Hubert Wirtz
Johannisallee 32
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-12600
Telefax 0341/97-12609

Fachbereich Kardiologie und Angiologie
Leiter: Prof. Dr. Dietrich Pfeiffer
Johannisallee 32
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-12650
Telefax 0341/97-12650
Internet www.uni-leipzig.de/~kardio/index.html

Medizinische Klinik und Poliklinik II
Gastroenterologie/Hepatologie und Hämatologie/Onkologie
Direktor: Prof. Dr. Joachim Mössner
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-12200
Telefax 0341/97-12209
Internet www.uni-leipzig.de/~medkl2/

Abteilung Hämatologie und Onkologie
Leiter: Prof. Dr. Dietger Niederwieser
Johannisallee 32a
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-13050
Telefax 0341/97-13059
Internet www.uni-leipzig.de/~haemonko/

Medizinische Klinik und Poliklinik III
(Endokrinologie, Diabetologie und Nephrologie)
Direktor: Prof. Dr. Michael Stumvoll
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-13380
Telefax 0341/97-13389
Internet www.uni-leipzig.de/~innere/

Medizinische Klinik und Poliklinik IV
(Rheumatologie, Gerontologie/Stoffwechsel, Infektions- und Tropenmedizin)
Direktor: Prof. Dr. Holm Häntzschel
Liebigstraße 22
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-24700
Telefax 0341/97-24729
Internet www.uni-leipzig.de/~in4/

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Komm. Direktor: Prof. Dr. Ralf-Bodo Tröbs
Oststraße 21/25
04317 Leipzig
Telefon 0341/97-26400
Telefax 0341/97-26409
Internet www.uni-leipzig.de/~kindchir/

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Direktor: Prof. Dr. Wieland Kiess
Oststraße 21/25
04317 Leipzig
Telefon 0341/97-26000
Telefax 0341/97-26009
Internet: www.uni-leipzig.de/~kikli/

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes und Jugendalters
Komm. Direktor: Prof. Dr. Christine Ettrich
Wundtstraße 9
04275 Leipzig
Telefon 0341/97-24010
Telefax 0341/97-24019
Internet www.uni-leipzig.de/~kinderps

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Direktor: Prof. Dr. Jürgen Meixensberger
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17500
Telefax 0341/97-17509
Internet www.uni-leipzig.de/~nchi

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Direktor: Prof. Dr. Armin Wagner
Liebigstraße 22a
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-24200
Telefax 0341/97-24209
Internet www.uni-leipzig.de/~neurol

Tagesklinik für Kognitive Neurologie
Direktor: Prof. Dr. D. Yves von Cramon
Liebigstraße 22a
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-24980
Telefax 0341/97-24989
Internet www.uni-leipzig.de/~tk/

Orthopädische Klinik und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Georg von Salis-Soglio
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-23000
Telefax 0341/97-23009
Internet www.uni-leipzig.de/~oukimweb/

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Direktor: Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer
Liebigstraße 22
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-24400
Telefax 0341/97-24409
Internet www.uni-leipzig.de/~psy

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Direktor: Prof. Dr. Michael Geyer
Karl-Tauchnitz-Straße 25
04107 Leipzig
Telefon 0341/97-18850
Telefax 0341/2131257
Internet www.uni-leipzig.de/~psychsom/

Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Leiter: Prof. Dr. Elmar Brähler
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-18800
Telefax 0341/97-18809
Internet www.uni-leipzig.de/~medpsy/

Klinik und Poliklinik für Diagnostische Radiologie
Direktor: Prof. Dr. Thomas Kahn
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17400
Telefax 0341/97-17409
Internet www.uni-leipzig.de/~radiol/

Abteilung für Neuroradiologie
Leiter: Prof. Dr. C. Zimmer
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17410
Telefax 0341/97-17490
Internet www.uni-leipzig.de/~radiol/neuro/index2.htm

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Direktor: Prof. Dr. Rolf-Dieter Kortmann
Stephanstraße 9a
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-18400
Telefax 0341/97-18409
Internet www.uni-leipzig.de/~onko/

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Direktor: Prof. Dr. Osama Sabri
Stephanstraße 11
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-18000
Telefax 0341/97-18129
Internet www.nuklmed.medizin.uni-leipzig.de/

Klinik und Poliklinik für Urologie
Komm. Direktor: PD Dr. Jens-Uwe Stolzenburg
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17600
Telefax 0341/97-17609
Internet www.uni-leipzig.de/~uro/

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21100
Telefax 0341/97-21109
Internet www.uni-leipzig.de/~mkg/

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie
Direktor: Prof. Dr. Knut Merte
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21200
Telefax 0341/97-21209
Internet www.uni-leipzig.de/~kons/

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Direktor: Prof. Dr. Thomas Reiber
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21300
Telefax 0341/97-21309
Internet www.uni-leipzig.de/prothetik

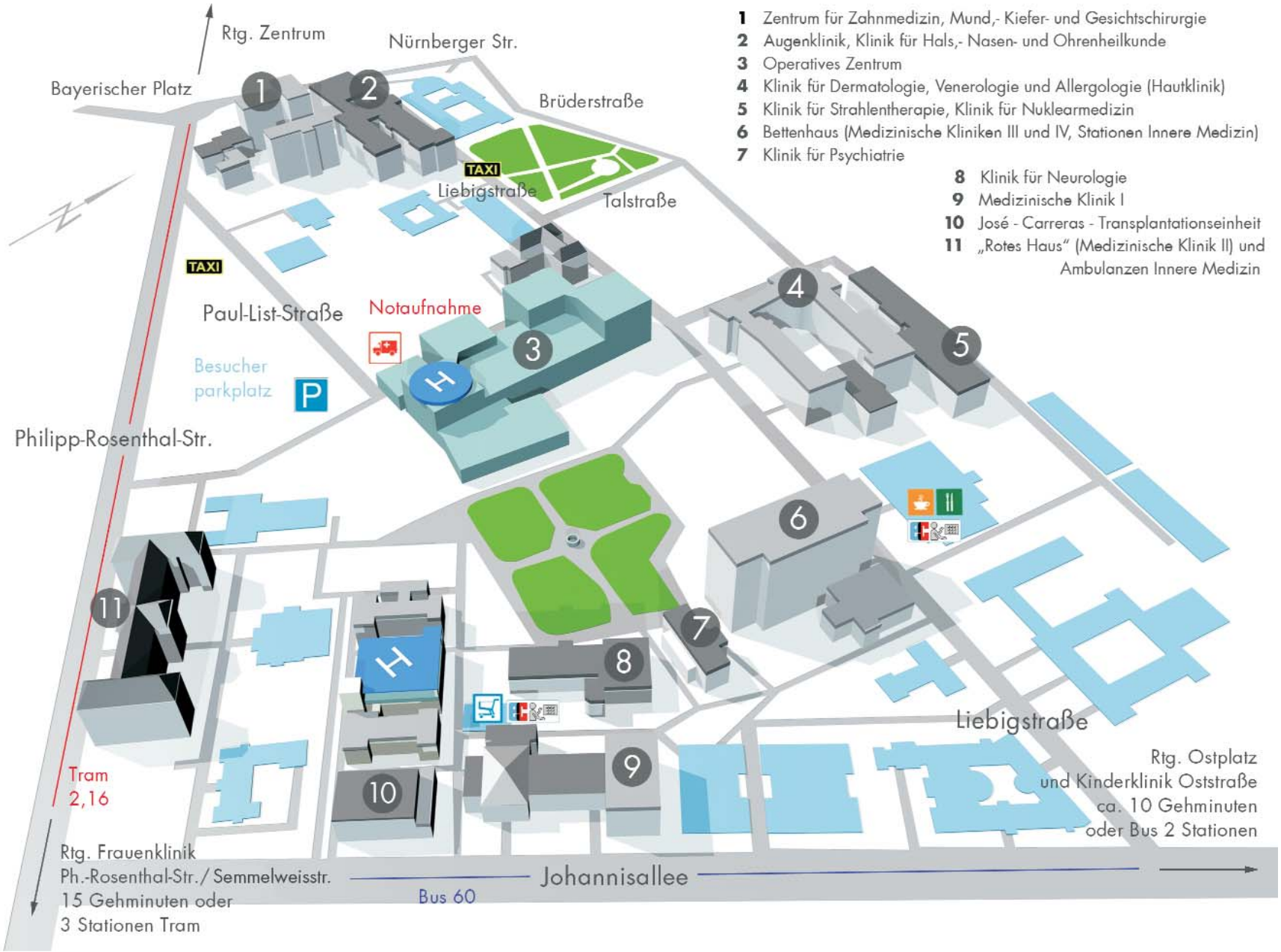
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie
Direktor: Prof. Dr. Alfred Treide
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-21070
Telefax 0341/97-21079
Internet www.uni-leipzig.de/~kizhk/

Selbständige Abteilung für Kieferorthopädie
Leiter: Prof. Dr. K.-H. Dannhauer
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig
Internet www.uni-leipzig.de/~kfo/

Einheit für multidisziplinäre Intensivmedizin
Leiter: Prof. Dr. Lothar Engelmann
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17900

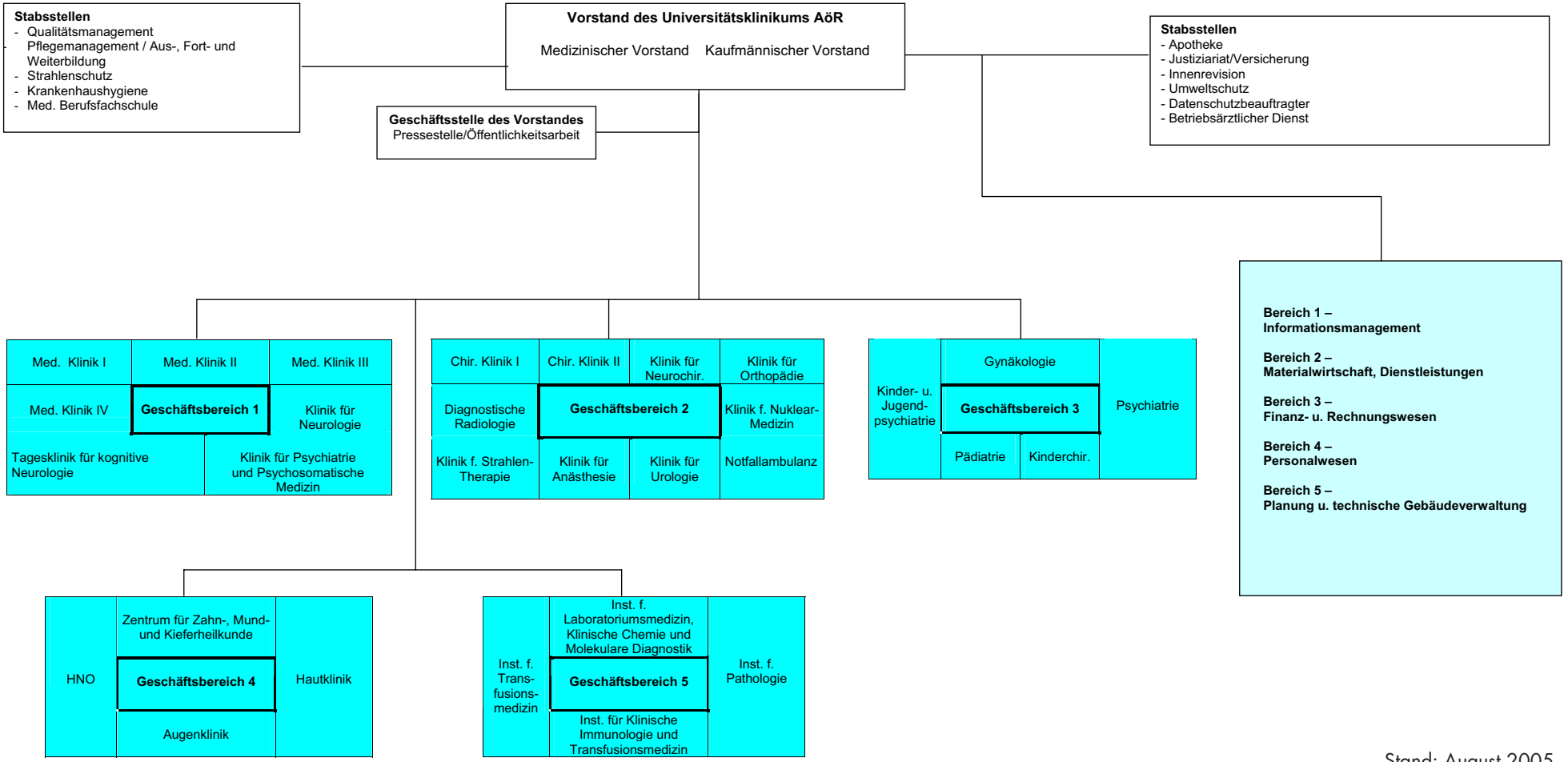
Notfallaufnahme
Operatives Zentrum
Liebigstraße 20 (Zufahrt über Paul-List-Str.)
04103 Leipzig
Telefon 0341/97-17800

Stand: August 2005



Stand: August 2005

Organigramm



Stand: August 2005

Das Universitätsklinikum Leipzig ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Gewährträger ist der Freistaat Sachsen. Die Organe des Universitätsklinikums Leipzig sind der Aufsichtsrat und der Vorstand.

Mitglieder des Aufsichtsrates

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Hans-Joachim Klein
(Geschäftsführer der Leipziger Versorgungs- und Verkehrsgesellschaft mbH)

Stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender
Prof. Dr. Wolfram Knapp
(Prorektor der Medizinischen Hochschule Hannover)

Mitglieder
Peter Gutjahr-Löser
(Kanzler der Universität Leipzig)

Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich
(Mitglied des Dekanatskollegiums der Medizinischen Fakultät Leipzig, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)

Dr. Knut Löschke
(Vorstandsvorsitzender der PC-Ware AG)

Barbara Ludwig (seit November 2004)
(Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst, Freistaat Sachsen)

Dr. Horst Metz
(Staatsminister für Finanzen, Freistaat Sachsen)

Helma Orosz
(Staatsministerin für Soziales, Freistaat Sachsen)

Heinrich Röhrs
(Mitglied der Geschäftsleitung der Commerzbank AG)

Dr. Matthias Rößler (bis Oktober 2004)
(ehem. Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, Freistaat Sachsen)

Roland Schneider
(Mitarbeitervertreter)

Prof. Dr. Stephan Zierz
(Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie an der Martin-Luther-Universität Halle)

Mitglieder des Vorstands

Medizinischer Vorstand / Sprecher des Vorstandes
Prof. Dr. Norbert Krüger

Kaufmännischer Vorstand
Dr. Elmar Keller

Stand: August 2005

Impressum

Herausgeber
Medizinischer Vorstand
des Universitätsklinikums Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig
Telefon (0341) 97 - 109
Telefax (0341) 97 - 1 59 09
www.uniklinik-leipzig.de

Redaktion:
Medizinischer Vorstand
Qualitätsmanagement
Unternehmenskommunikation

Layout und Satz:
Heiko Leske

Druck:
Merkur-Druck, Leipzig

Leipzig, September 2005