

Universitäts GefäßCentrum Dresden

- Ein Überblick -



Gliederung

1. RAHMENBEDINGUNGEN	3
1.1. GEFÄßERKRANKUNGEN	3
1.2. GEFÄßZENTREN	5
1.3. VORAUSSETZUNGEN AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM CARL GUSTAV CARUS DRESDEN	6
1.4. ENTWICKLUNG DES UNIVERSITÄTS GEFÄßCENTRUMS DRESDEN (UGC)	7
1.5. PERSPEKTIVEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG	10
2. STRUKTUR UND FUNKTION.....	12
2.1. MODELLE DER ZENTRENBILDUNG	12
2.2. DIE SATZUNG (GESCHÄFTSORDNUNG) DES UNIVERSITÄTS GEFÄßCENTRUMS.....	13
2.3. VERANTWORTLICHKEITEN IM UGC	17
2.4. KUNDENORIENTIERUNG	19
3. QUALITÄTSMANAGEMENT	22
3.1. AUFBAU DES MANAGEMENTHANDBUCHES	22
3.2. AUTORISIERUNG DES MANAGEMENTHANDBUCHES	24
3.3. ERFASSUNG VON QUALITÄT	24
3.4. QUALITÄTSVERBESSERENDE MAßNAHMEN	25
4. RISIKOMANAGEMENT.....	26

Das Universitäts GefäßCentrum Dresden

– Ein Überblick –

1. Rahmenbedingungen

1.1. Gefäßerkrankungen

Herz- und Kreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache in westlichen Industrienationen. Differenzierter betrachtet nehmen hierunter die koronare Herzerkrankung mit den Todesursachen akuter Myokardinfarkt und plötzlicher Herztod, der Schlaganfall sowie die Lungenembolie die ersten drei Plätze ein. Die Häufigkeit all dieser Erkrankungen nimmt mit dem Lebensalter zu. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist somit mit einer stetig zunehmenden Erkrankungshäufigkeit zu rechnen. Zusätzlich haben die großen übergeordneten Krankheitsgruppen Atherosklerose und venöse Thrombembolie ein charakteristisches Spektrum von Risikofaktoren, die unabhängig vom Alter eine in der Bevölkerung steigende Häufigkeit aufweisen. Für die Atherosklerose sind dies Hypertonus, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus und Nikotinabusus, für die venöse Thrombembolie sind dies u. a. Tumorerkrankungen und deren Behandlung, sowie Operationen oder andere medizinische Prozeduren.

Das Spektrum der Gefäßerkrankungen, die am Universitäts GefäßCentrum versorgt werden, umfasst alle Erkrankungen von Arterien, Venen und Lymphgefäße des gesamten Körpers mit Ausnahme der Erkrankungen intrazerebraler Gefäße und der Gefäße des Herzens im engeren Sinne. Auf Seiten der Atherosklerose sind dies die arterielle Verschlusskrankung der Beine, die dilatative Arteriopathie mit ihrer Hauptmanifestation des abdominellen und thorakalen Aortenaneurysmas, die Atherosklerose der supraaortalen Arterien (hirnzuführende Gefäße, Armarterien) sowie die Verschlussprozesse der Viszeralarterien, Nierenarterien, Darmarterien). Auf Seiten der venösen Erkrankungen sind dies die tiefe Venenthrombose, die Varikose und die chronische venöse Insuffizienz. Hinzu kommen Erkrankungen der Lymphgefäße, funktionelle Gefäßerkrankungen, entzündliche Erkrankungen großer Gefäße und Gefäßmalformationen.

Die Bedeutung der beiden häufigsten am Universitäts GefäßCentrum versorgten Erkrankungen zeigen folgenden Zahlen: Die Prävalenz der peripheren arteriellen Verschlusskrankung bei über 65 jährigen Menschen beträgt 18%; die Inzidenz der venösen Thrombembolie über alle Altersstufen hinweg beträgt 2 pro 1.000 Einwohner pro Jahr.

Das Potenzial an verhinderbarer Morbidität ergibt sich aus folgenden drei Leitinformationen: in der Bundesrepublik Deutschland

- (1) werden pro Jahr 45.000 Majoramputationen wegen Durchblutungsstörungen der Beine durchgeführt;
- (2) erleiden 35.000 Patienten pro Jahr einen Schlaganfall infolge einer Stenose der hirnzuführenden Gefäße und
- (3) versterben 15.000 Patienten pro Jahr an einem rupturierten Aortenaneurysma.

Gefäßmedizin ist international wie national als wesentliches Gebiet der Krankenversorgung wie auch der Forschung akzeptiert, was in der Gründung nicht nur entsprechender Fachgesellschaften in den vergangenen 20 Jahren, sondern auch in der stetigen Neueinrichtung von spezialisierten Krankenhausabteilungen oder ambulanten Versorgungsverbänden zum Ausdruck kommt.

Gefäßmedizin ist ein primär interdisziplinäres Anliegen. Hierfür sind zwei Ursachen zu benennen. Zum einen gibt es für die meisten gefäßmedizinischen Krankheitsbilder nicht nur konkurrierende, sondern vor allem differentialtherapeutisch abgestuft zu verwendende komplementäre Therapieoptionen, die in die Zuständigkeit verschiedener Fachdisziplinen fallen. Die für den Patienten sinnvollste Therapievariante kann Ziel führend nur in Absprache von Vertretern aller Fachdisziplinen gefunden werden. Klassischerweise sind die am häufigsten involvierten Disziplinen die Innere Medizin (Angiologie), die Chirurgie (Gefäßchirurgie) sowie die Radiologie (interventionelle Therapie). Zum anderen aber weisen Gefäßpatienten aufgrund ihres Alters und der Gefäßrisikofaktoren ein charakteristisches Spektrum von Komorbiditäten auf. Es sind dies neben den Gefäßrisikofaktoren Hypertonus, Hyperlipidämie, Nikotinsucht und Diabetes mellitus (metabolisches Syndrom) die spezifischen Folgeerkrankungen dieser Risikofaktoren (chronische koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Niereninsuffizienz). Die Komorbiditäten sind

nicht nur zentraler Angriffspunkt für sekundärpräventive Maßnahmen, die oft mehr über das Schicksal des Gefäßpatienten entscheiden als die direkt lokal gefäßbezogene Prozedur, sondern sie definieren auch die komplexen Rahmenbedingungen, unter denen gefäßbezogene Prozeduren durchgeführt werden müssen.

1.2. Gefäßzentren

Der primär interdisziplinäre Charakter der Gefäßmedizin hat früher als in anderen Bereichen der Medizin den Gedanken der Bildung von Kompetenzzentren gestärkt. Das allgemeine Ziel eines Gefäßzentrums besteht darin, die für die komplexe Versorgung von Gefäßpatienten notwendige Kompetenz der Vertreter verschiedener Disziplinen in einem Patientenweg zusammenzuführen. Hierzu ist eine tiefgreifende Reorganisation traditioneller Versorgungsstrukturen sowohl im stationären wie im ambulanten Sektor notwendig. Die auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens zementierten Grenzen zwischen den Disziplinen müssen gezielt aufgebrochen und dauerhaft durchlässig gemacht werden. Doch nicht nur aus der Perspektive des Patienten, sondern auch aus der des Kostenträgers bzw. der Versorgungsinstitution bedeutet die Einrichtung eines Gefäßzentrums ein hochrangiges Ziel. Kostenintensive Doppelvorhaltungen können vermieden werden, Patientenwege können gestrafft und damit weniger ressourcenintensiv gestaltet werden, die Erreichbarkeit und Außerdarstellung einer versorgenden Institution kann wesentlich transparenter und damit für alle Partner attraktiver gemacht werden. Unabdingbar ist die Errichtung eines Gefäßzentrums, wenn Versorgungsabläufe in der Gefäßmedizin in Qualitätsmanagementsysteme eingebunden und durch ein kostenbasiertes betriebswirtschaftliches Controlling erfasst werden sollen.

Es verwundert daher nicht, dass allein in Deutschland mehrere hundert Institutionen bzw. ambulante Versorger sich den Titel Gefäßzentrum gegeben haben. In vielen Fällen wurde hierbei jedoch der Aspekt der Außenwirkung einer derartigen Selbsterklärung höher geschätzt als der Anspruch der Reorganisation im Innern. In den vergangenen fünf Jahren hat sich daher sowohl auf europäischer wie auch nationaler Ebene eine Bewegung zur Definition von Qualitätskriterien für Gefäßzentren etabliert. In Deutschland haben die drei Fachgesellschaften mit Bezug zur Gefäßmedizin

(Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie, Deutsche Röntgengesellschaft) Qualitätsmaßstäbe veröffentlicht, die sie in den von den Fachgesellschaften getragenen Zertifizierungsprozessen zur Beurteilung von Gefäßzentren in Anwendung bringen. Zudem haben die drei Fachgesellschaften zur weiteren Stärkung des Zentrumsgedanken eine gemeinsame Zertifizierung durch alle drei Fachgesellschaften initiiert. In Deutschland sind derzeit (Stand 31.12.2008) 14 Gefäßzentren gemeinsam von den drei Fachgesellschaften als interdisziplinäres Gefäßzentrum zertifiziert. Das Universitäts GefäßCentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden war davon das erste gemeinsam zertifizierte und ist nun das erste für weitere drei Jahre rezertifizierte interdisziplinäre Gefäßzentrum. Darüber hinaus haben sich mittlerweile mehr als 100 Gefäßzentren dieser Art externer Beurteilung unterzogen und sind durch eine oder zwei der Fachgesellschaften zertifiziert.

1.3. Voraussetzungen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden hat die Rechtsform einer Anstalt öffentlichen Rechts und wird nach unternehmerischen Gesichtspunkten geführt. Als Krankenhaus der Maximalversorgung hält es zusammen mit dem Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik sämtliche für die Gefäßmedizin relevanten Prozeduren vor, inklusive aller unterstützenden Maßnahmen (z.B. Intensivtherapie, Dialyse) und Versorgungsmodalitäten von Komorbiditäten (invasive Kardiologie, Kardiochirurgie, Stroke Unit, etc.). Mit diesen Eigenschaften ist es für die Region Ostsachsen nicht nur zentraler primärer Ansprechpartner, sondern in vielen Fällen auch letzte Instanz für Zuweisungen bei Hochrisikokonstellationen und Komplikationen.

Bereits als Medizinische Akademie (vor 1993) war das Universitätsklinikum Ausbildungsstätte für Medizinstudenten. Mit Gründung der Medizinischen Fakultät ist diese Aufgabe für das Universitätsklinikum wesentlich intensiviert worden. Zur Schärfung des Profils der Medizinischen Fakultät wurden frühzeitig innovative interdisziplinäre Lehrkonzepte implementiert. Mit dem aus der Harvard Alliance hervorgegangenen Konzept des Dresdner Integriertes Problemorientiertes Lernen (DIPOL) ist es die einzige Medizinische Fakultät, die in allen klinischen Studienabschnitten durchgängig

integrierte Lehrformate nicht nur anbietet, sondern für die Studierenden verpflichtend vorschreibt. Der studentische Unterricht auf dem Gebiet der Gefäßmedizin ist in diesem Konzept vollständig abgebildet.

In der Profilbildung des Forschungsspektrums der Medizinischen Fakultät nehmen gefäßmedizinische Inhalte eine zentrale Stellung ein. Dies hat in der Besetzung mehrerer Lehrstühle seinen Niederschlag gefunden, die eine explizite Beschäftigung mit der Gefäßfunktion zum Gegenstand haben. So gibt es in der Medizinischen Klinik 3 neben dem Lehrstuhl für Innere Medizin / Angiologie den Lehrstuhl für Mikrozirkulation und Endothelfunktion. In der Physiologie wie in der Pathologie sind zwei weitere Lehrstühle verschiedenen Aspekten der Endothelfunktion gewidmet. In Fortführung der mehrere Jahrzehnte langen maßgeblichen Beschäftigung mit dem metabolischen Syndrom wurde das Ordinariat Innere Medizin 3 ausdrücklich mit der Ausrichtung auf Diabetes, Metabolismus und – auch gefäßbezogene – Folgeerkrankungen besetzt. Mit dem Koordinierungszentrum für Klinische Studien einerseits sowie der Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer andererseits existieren in und an der Fakultät zwei kompetente Projektträger zur Durchführung klinischer Studien, die auf dem Gebiet der venösen wie auch der arteriellen Gefäßerkrankungen ein beträchtliches, in den vergangenen Jahren stetig zunehmendes Volumen aufweisen. Zu diesem tragen neben der Angiologie auch die Radiologie und die VTG-Chirurgie bei. Letztere verfügt mit dem Lehrstuhl für chirurgische Forschung über ein ausgewiesenes Labor zur Charakterisierung molekularer Grundlagen, die in den vergangenen Jahren konsequent in Richtung Gefäßerkrankungen ausgedehnt wurde. An der Medizinischen Fakultät ist der deutschlandweit einzige Excellence-Cluster für regenerative Medizin etabliert (Center for Regenerative Therapies Dresden), wodurch eine Bündelung translationeller Forschung auch zur Entwicklung neuer regenerativer Therapien in der vaskulären Medizin ermöglicht ist.

1.4. Entwicklung des Universitäts GefäßCentrums Dresden (UGC)

Vor der ersten Initiative zur Bildung eines Gefäßzentrums am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden stellte sich die Versorgungssituation wie folgt dar: Sowohl die Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie (VTG) als auch die Medizinische Klinik 3 besaßen jeweils eine Bettenstation mit ausgeprägt gefäßmedizini-

schem Schwerpunkt. Die Medizinische Klinik 3 unterhielt eine umfangreiche angiologische Ambulanz auf Basis des Hochschulpoliklinikenvertrages. Parallel dazu wurde in der Klinik für VTG-Chirurgie an zwei Wochentagen eine Indikations- und Nachsorgesprechstunde für gefäßchirurgische Patienten abgehalten. Das Institut für Radiologie wurde von beiden Kliniken unabhängig voneinander als Dienstleister für gefäßbezogene Diagnostik und Therapie in Anspruch genommen. Einmal wöchentlich wurde auf Einladung der Radiologie eine Gefäßkonferenz unter Beteiligung der Gefäßchirurgen und internistischen Angiologen abgehalten, auf der anhand vom Radiologen ausgewählter Angiografien fallbezogene gefäßmedizinische Inhalte diskutiert wurden. Es existierten keine abgesprochenen Patientenwege, es gab kein Qualitätsmanagementsystem und kein Instrument zum betriebswirtschaftlichen Controlling der gefäßmedizinischen Versorgung.

Noch vor jeder geschriebenen Vereinbarung zur Strukturierung eines Gefäßzentrums wurden als erste Initiative zur Errichtung eines solchen in den Jahren 2000-2002 folgende Maßnahmen ergriffen:

- (1) In einem mehrstufigen Prozess wurde die Indikations- und Nachsorgesprechstunde der Klinik für VTG-Chirurgie in die Räume und später auch Verantwortung der angiologischen Ambulanz der Medizinischen Klinik 3 überführt. Der hierfür notwendige Prozess von Vertrauensbildung einerseits und Verschiebung von Arbeitsleistung andererseits dauerte ca. zwei Jahre und war als erster Schritt auch in dieser Ausführlichkeit unverzichtbar.
- (2) Im Vorgriff auf die zu erwartende Gründung des Universitäts GefäßCentrums wurden zum 01.01.2003 zwei wesentliche Veränderungen des Arbeitsablaufes vorgenommen. Zum einen wurde an die Stelle der wöchentlichen Demonstration von Angiogrammen mit Falldiskussion eine tägliche stattfindende systematische Gefäßkonferenz gesetzt, auf der für alle stationären Gefäßpatienten die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte diskutiert werden. Zum anderen wurde zur Zusammenführung der vorhandenen gefäßmedizinischen Expertise ein internistischer Assistent auf der gefäßchirurgischen Station eingesetzt.

Im Februar 2004 waren die Verhandlungen über eine Satzung für das Gefäßzentrum soweit abgeschlossen, dass diese verabschiedet werden konnte und ein Grün-

dungsdirektor für das Gefäßzentrum gewählt wurde. Zur Jahresmitte 2004 wurde der für die Krankenversorgung wesentliche Schritt vollzogen, gefäßmedizinische Patienten nur noch auf einer Bettenstation des Universitätsklinikums zu führen; es wurde hierzu die entsprechend gewidmete Station der VTG-Chirurgie ausgewählt. Unter Zugrundelegung der bis dahin gemachten Erfahrungen wurde im Januar 2005 ein Statut für die Gefäßstation beschlossen. Zum April 2005 konnte die administrative und erlöstechnische Zuschreibung der Patienten zu verschiedenen Hauptfachabteilungen inhaltlich wie technisch gelöst werden. Eine seit Mitte 2003 beschäftigte Sekretariatsmitarbeiterin wurde mit Inkrafttreten der Satzung mit entsprechender Ressource für die Etablierung einer eigenen Geschäftsstelle des Gefäßzentrums ausgestattet und dem Direktor des Gefäßzentrums zugeordnet. Seit Mitte 2003 existiert eine tagesgenaue Dokumentation der stationären Verhandlungsverläufe von Gefäßpatienten, die von der Geschäftsstelle des Gefäßzentrums erstellt wird.

Ende 2004 wurde vom Vorstand des Universitätsklinikums und vom Lenkungsgremium des Universitäts GefäßCentrums beschlossen, innerhalb eines Jahres die Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2000 anzustreben. Dies folgt der Erkenntnis, dass die systematische Analyse und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen im Rahmen der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems von hohem Nutzen und langfristigem Gewinn für komplexe und innovative Strukturen des Universitätsklinikums sind.

Als Vorstufe für die Zertifizierung wurden die Zertifizierungsverfahren der beiden Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie) durchlaufen. Am 01.06.2005 erteilte die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie das Zertifikat, am 01.07.2005 auch die Deutsche Gesellschaft für Angiologie, nachdem in getrennten Antragsverfahren und Audits die erforderlichen Qualitätsnachweise erbracht worden waren. Das Universitäts GefäßCentrum Dresden war das erste Gefäßzentrum in Deutschland, das beide Zertifizierungsverfahren erfolgreich absolviert hat. Im November 2008 erfolgte die Rezertifizierung, nun in einem gemeinsamen Zertifizierungsprozess durch die drei Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Röntgengesellschaft.

Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 im Januar 2006 stellte eine Besonderheit dar, als hiermit erstmals in Deutschland ein klinikumsbasiertes Gefäßzentrum, das von mehreren Kliniken und Instituten getragen wird, in dieser Weise zertifiziert wurde.

Mit den geschilderten Entwicklungsschritten sind alle Elemente konzipiert und in den Klinikalltag implementiert worden, die ein Gefäßzentrum charakterisieren. Mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2000 sind die Instrumente etabliert, um insbesondere auch die konstitutiven Elemente des Gefäßzentrums dauerhaft zu aktivieren und ihr Funktionieren zu verstetigen. Nachdem bereits in der Vorbereitungsphase der Gründung des Gefäßzentrums die wesentlichen Elemente der Krankenversorgung aufeinander abgestimmt und in den klinischen Alltag implementiert werden konnten, ging es nach der Erstzertifizierung darum, alle Mechanismen des Qualitätsmanagements über ihre erfolgte erste Anwendung hinaus in periodisch wiederkehrende Aktivität zu überführen und weiter zu entwickeln. Dies wurde seither im Rahmen jährlicher Überwachungsaudits überprüft. Die Rezertifizierung des Qualitätsmanagementsystems für weitere drei Jahre steht im Februar 2009 an.

1.5. Perspektiven für die Weiterentwicklung

Auf dem Gebiet der Krankenversorgung wird die erreichte Festigung im Inneren nutzbar gemacht werden, die Stellung des Gefäßzentrums im regionalen Gesundheitsmarkt auszubauen. Das Universitäts GefäßCentrum sieht sich hierbei anderen Anbietern in der Stadt wie in der Region gegenüber. Hierbei werden die Alleinstellungsmerkmale der Universitätsmedizin wie auch die umfassende Qualitätssicherung die Basis für einen nachhaltigen Erfolg darstellen.

Auf dem Gebiet der Lehre, Fort- und Weiterbildung eröffnen sich Felder für weitere Modellvorhaben. Neben der Vertiefung der interdisziplinär gestalteten und verantworteten studentischen Ausbildung ist das Projekt der Entwicklung von Berufsgruppenspezifischen Curricula „Gefäßmedizin“ zu nennen. Sowohl für ärztliche wie für nicht

ärztliche Berufe kann eine die Fächergrenzen überschreitende Kompetenz definiert werden, die eine eigene, in sich abgestufte Ausbildung quer zur bisherigen Disziplinenstruktur erfordert.

Das Gefäßzentrum bietet insbesondere für die klinische Forschung eine einzigartige Ausgangsbasis, da im Zuge der gemeinsamen Versorgung eine andernorts nicht vorhandene Datenbasis entsteht, in der sowohl retrospektiv wie prospektiv klinische Hypothesen getestet werden können. Für Verbundprojekte zwischen Grundlagenforschung klinischer Forschung bietet die mit dem Gefäßzentrum geschaffene Struktur Idealvoraussetzungen.

Das Universitäts GefäßCentrum Dresden besitzt mit der erfolgreichen Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2000 auf Jahre hinaus ein nationales Alleinstellungsmerkmal. Bereits während der geschilderten Entwicklungsphase wurde das UGC mehrfach von interessierten Gefäßmedizinern besucht. Hierunter waren Angehörige von Universitätsklinika ebenso wie Vertreter größerer Krankenhausverbände. Das spezifische Interesse war auf die Satzung und ihre Implementierung in den Alltag gerichtet. Charakteristischerweise betrieben gerade solche Institutionen den Aufwand eines persönlichen Augenscheines, wo sich Vertreter der drei wesentlichen beteiligten Disziplinen bereits darauf hatten verständigen können, ein Gefäßzentrum zu etablieren, das eine tatsächliche Reorganisation krankenhausinterner Strukturen erfordert. Die in Dresden gemachten Erfahrungen mit dem Entwicklungsprozess selbst, der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2000 mit dem Bemühen um Verstetigung der Prozesse haben bereits und werden zunehmend Modellcharakter annehmen, den es im Interesse der Entwicklung der Gefäßmedizin aktiv nach außen zu tragen gilt.

Je mehr ähnlich strukturierte Gefäßzentren an anderen Orten entstehen, desto mehr wird sich das für die Zukunft dringend notwendige Projekt eines Benchmarking verwirklichen lassen. Wie eingangs geschildert, stellt die Gefäßmedizin einen expandierenden Sektor der Gesundheitsversorgung dar, der sich sowohl unter Qualitätsgesichtspunkten wie unter ökonomischen Gesichtspunkten nur planvoll entwickeln lässt, wenn Vergleiche zwischen ähnlich strukturierten Institutionen vorhanden sind. Das Universitäts GefäßCentrum Dresden wird hierbei eine Schrittmacherfunktion ü-

bernehmen, da es als erste derartige Einrichtung zusätzlich ein zentrums-spezifisches Controlling entwickelt hat, das die nötige Transparenz für ein Benchmarking bietet.

2. Struktur und Funktion

2.1. Modelle der Zentrenbildung

Eine Institution, die sich entschließt, ein interdisziplinär ausgerichtetes Zentrum zur integrierten Versorgung definierter Krankheitsbilder zu schaffen, steht vor der Wahl zweier verschiedener Modelle für dieses Vorhaben. Sie kann für dieses Zentrum eine neue Struktureinheit schaffen oder aber Teile bestehender Struktureinheiten zu einem funktionellen Ganzen verbinden. Das erstere, sog. „Abteilungsmodell“ hat den Vorteil, dass die interne Abstimmung aller Prozesse innerhalb eines einzigen hierarchischen Systems, das heißt ohne wesentliche Reibungsverluste erfolgen kann. Zugleich werden alle Erlöse und alle Kosten von vornherein auf einer Kostenstelle abgebildet, was die spätere Bilanzierung ganz wesentlich erleichtert. Entsteht ein einer bestimmten Aufgabe gewidmetes Zentrum in einer gänzlich neu zu gründenden Institution, hat das Abteilungsmodell so viele Vorteile, dass es ernstlich erwogen werden muss. Wenn in einer bestehenden Institution mit tradierten Strukturen ein Zentrum ins Leben gerufen werden soll, ist die Überführung in ein Abteilungsmodell schwerer zu verwirklichen. Die Zusammenfassung bestehender Ressourcen unter einer neuen Leitung bedeutet zwangsläufig, dass den bestehenden Struktureinheiten Substanz genommen wird. Dies ist bei „laufendem Betrieb“ mit personeller Kontinuität der Leitungsstrukturen erfahrungsgemäß schwierig umsetzbar.

Die Alternative zum Abteilungsmodell stellt das so genannte „Satzungsmodell“ dar. Seine Voraussetzung ist, vorhandene Struktureinheiten in ihrem Bestand nicht anzutasten. Stattdessen werden Teile der vorhandenen Struktureinheiten funktionell zusammengefasst, indem ein explizites Regelwerk erstellt wird, das dieses Zusammenwirken mit Verbindlichkeit festschreibt. Das Satzungsmodell zwingt dazu, für alle Prozesse konsensfähige Vorschläge und Beschreibungen zu erarbeiten, die einen ausgewogenen Interessensausgleich beinhalten. Diese Anforderung ist jedoch nicht

nur Beschränkung, sondern gleichzeitig Nährboden für konstruktive Veränderungen, da unausgewogen konzipierte Prozesse durch Interessensschieflagen nach einiger Zeit von selbst nach Optimierung rufen. Der Zwang zur häufig genug schriftlichen Fixierung hat bereits als solcher im Wesentlichen positive Aspekte. Die strukturelle Gefährdung des Satzungsmodells dagegen liegt in der hierarchisch nicht durchsetzbaren Motivation aller Beteiligten.

Für die Bildung des Gefäßzentrums am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus als einer großen Institution mit tradierten und gefestigten Struktureinheiten kam nur das Satzungsmodell in Frage.

2.2. Die Satzung (Geschäftsordnung) des Universitäts GefäßCentrums

Das Gefäßzentrum des Universitätsklinikums ist Teil einer klinikübergreifenden Strategie der Reorganisierung von Versorgungspfaden. Den ersten Schritt in dieser Richtung stellte die Gründung des Universitäts KrebsCentrums (UCC) dar, die gegenüber dem UGC einen zeitlichen Vorlauf von einem Jahr hatte. Im Interesse einer Schaffung vergleichbarer Strukturen orientierte sich das Konzept für eine Satzung des UGC an der des UCC. Gleichwohl gab es entscheidende Unterschiede zu berücksichtigen, die im Folgenden als solche gekennzeichnet werden.

Das funktionelle Ganze des UGC ist im Organigramm (Abbildung 1) dargestellt.

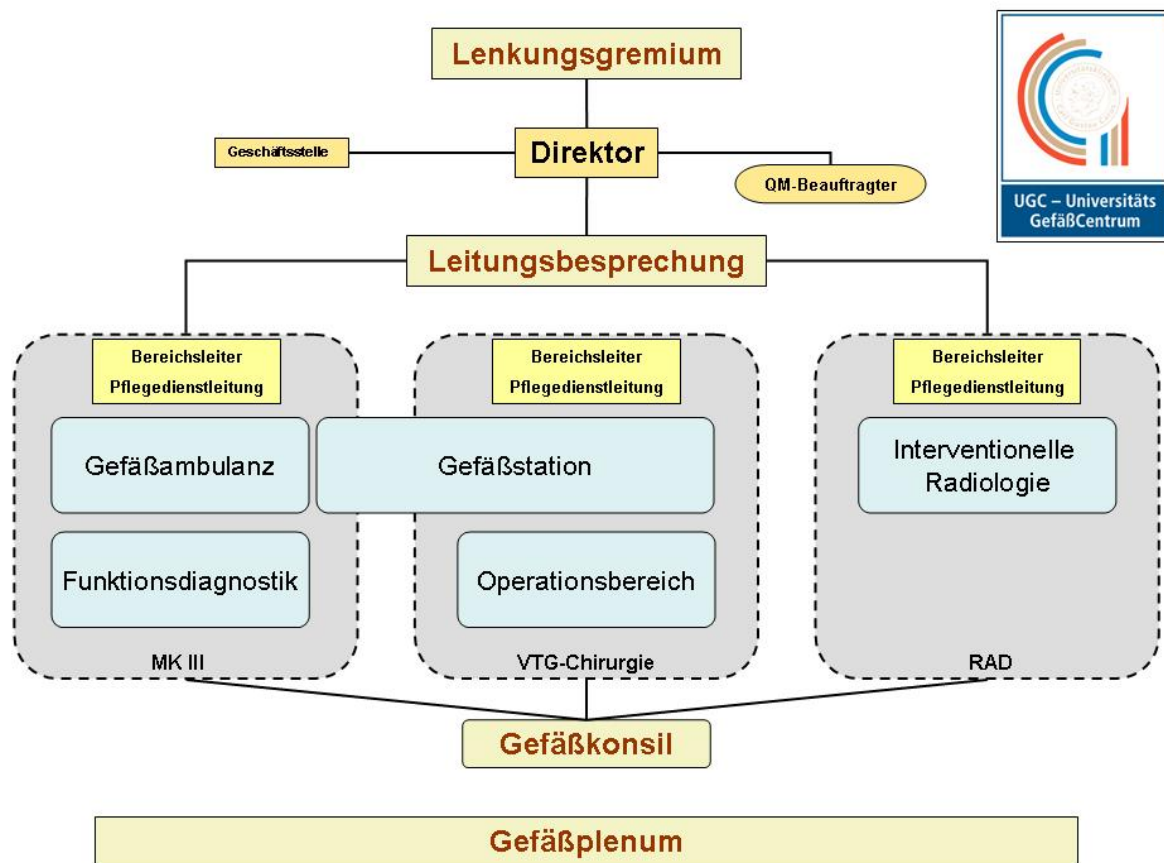


Abbildung 1: Organigramm des UGC

Oberste beschlussfassende Instanz des UGC ist das *Lenkungsgremium*, das die Satzung selbst in Geltung gesetzt hat und als einziges Gremium sie auch verändern kann. Das Lenkungsgremium tagt viermal im Jahr und ist besetzt mit den Direktoren der drei gründenden Struktureinheiten (Medizinische Klinik und Poliklinik III [MK3], Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie [VTG-Chirurgie], Institut und Poliklinik für radiologische Diagnostik [RAD]), mit Vertretern des Klinikumsvorstandes (Medizinischer oder Kaufmännischer Vorstand) sowie als Ausdruck der akademischen Einbettung mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät. Der hohe Stellenwert des Qualitätsmanagements im Universitätsklinikum Dresden und im UGC wird durch die Mitgliedschaft der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement des UKD im Lenkungsgremium deutlich. Diese Zusammensetzung garantiert, dass die Interessen des Gesamtklinikums, der tragenden Struktureinheiten sowie der Fakultät in angemessenem Verhältnis Berücksichtigung finden. Alle strukturbildenden Entscheidungen werden vom Lenkungsgremium getroffen. Ihm werden alle wesentlichen Ergebnisse der Leistungsentwicklung, der qualitätssichernden Maßnahmen sowie

des Controllings berichtet, um als Grundlage strategischer Entscheidungen zu dienen.

Das Lenkungsgremium wählt für jeweils drei Jahre den *Direktor* des Gefäßzentrums, der aus wichtigem Grund auch vor Ablauf einer Funktionsperiode abgewählt werden kann. Er leitet die Sitzungen des Lenkungsgremiums und entscheidet in Abstimmungsprozessen bei Stimmengleichheit. Seine Aufgabe ist, die Sitzungen aller Satzungsorgane zu leiten, die wesentlichen Impulse für die Weiterentwicklung des Gefäßzentrums zu geben, und auf die Einhaltung aller im Konsens gefundenen Verfahrensweisen zu achten. Dabei ist er in seiner Eigenschaft als Direktor des Zentrums keinem Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes oder des Pflege-/Funktionsdienstes weisungsberechtigt. Seine Vorschläge und Lösungsansätze sind daher diskursiver und moderierender Natur.

Zur administrativen Unterstützung des Direktors dient die *Geschäftsstelle* des UGC, die mit zwei Sekretariatsmitarbeiterin besetzt ist. Diese ist die einzige budgetrelevante Eigenressource des Gefäßzentrums. Ein *Qualitätsmanagementbeauftragter* überwacht und entwickelt die Zentrums-internen Qualitätssicherungsmaßnahmenaufgaben und berichtet hierüber dem Direktor des UGC.

Das zentrale wertschöpfende Organ des Gefäßzentrums ist das sog. *Gefäßkonsil*. In dieser an jedem Werktag zu Tagesbeginn stattfindenden Konferenz nehmen zumindest jeweils ein Facharzt aus den Bereichen internistische Angiologie, ein interventionelle Radiologie und Gefäßchirurgie teil. Hier werden fallbezogen alle wegweisenden diagnostischen und therapeutischen Schritte besprochen. Die Beschlüsse des Gefäßkonsils werden protokolliert und haben für alle Beteiligten Bindungskraft, bis sie vom selben Gremium oder durch eine medizinische unabsehbare, notfallmäßige Entwicklung außer Kraft gesetzt werden. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit dem Dresdener Universitäts SchlaganfallCentrum (DUSC) werden Patienten mit Erkrankungen der hirnzuführenden Gefäße in diesem Rahmen unter Beteiligung von fachärztlichen Vertretern der Neurologie und Neurochirurgie besprochen. Das Gefäßkonsil ist darüber hinaus das ständige, auch informelle Forum für zentrumsinterne Kommunikation in allen Belangen. Darüber hinaus ist es das „schnellste“ Instrument der internen Qualitätssicherung.

Das Satzungsorgan mit der größten Breitenwirkung ist das so genannte *Gefäßple-num*. Es tagt einmal im Quartal und ist für Mitarbeiter innerhalb wie außerhalb des Gefäßzentrums offen. Es beinhaltet einen Fortbildungsaspekt sowie einen nicht formalisierten Aspekt des Gedankenaustausches und der Ideenreserve. Damit dient es der Identifizierung von Konfliktherden ebenso wie zur Hebung von Lösungspotentialen.

Nicht in der Satzung definiert, für die Beschreibung der Funktionalität des Gefäßzentrums aber notwendig, ist der Begriff der „Kompartimente“. Ein *Kompartiment* ist eine funktionelle Untereinheit des Gefäßzentrums, die einer definierten Aufgabenstellung im Rahmen der Gesamtversorgung gewidmet ist. Die Darstellung der Kompartimente ermöglicht die Abbildung der integrierten Funktionalität des Gefäßzentrums auf die Grenzen der vorbestehenden Struktureinheiten des Universitätsklinikums. Im Gefäßzentrum arbeiten fünf Kompartimente zusammen:

- die Gefäßambulanz,
- die Funktionsdiagnostik,
- die Angiografie / Interventionelle Radiologie,
- die Gefäßstation und
- der OP-Bereich.

Budgetär und personell gehören die Gefäßambulanz und Funktionsdiagnostik zur Medizinischen Klinik und Poliklinik III, die Angiografie / Interventionelle Radiologie zum Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik sowie der OP-Bereich zur Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Die Gefäßstation hat insofern zwei Besonderheiten, als die Patienten und damit die entsprechenden Erlöse sowohl der Hauptfachabteilung VTG-Chirurgie als auch der MK 3 zugeordnet sein können. Personell ist auf der Station ständig ein interdisziplinärer Stationsarzt eingesetzt, der von den beiden beteiligten Kliniken finanziert wird. Zudem sind Assistenzärzte beider beteiligten Kliniken sowie neben dem Pflege- und Funktionsdienst der VTG-Chirurgie eine Mitarbeiterin des Pflege-/Funktionsdienstes der Medizinischen Klinik 3 hier eingesetzt.

Die Direktoren der jeweiligen Struktureinheiten haben die volle Verfügungsgewalt wie auch die volle Verantwortung für die ihren Struktureinheiten zugeordneten Kompartimente. In der Gestaltung dieser Kompartimente sind sie jedoch an die Vorgaben gebunden, die das Lenkungsgremium für das Funktionieren des Gefäßzentrums gemacht hat. Die Kompartimente werden im täglichen Arbeitsablauf gesteuert von den sog. Bereichsleitern. Sie haben Oberarztfunktion in den jeweiligen Struktureinheiten und sind dafür verantwortlich, die täglichen Abläufe im Sinne des Gefäßzentrums zu steuern und zu sichern.

Eine weitere Funktionalität des Gefäßzentrums ist ebenfalls nicht von der Satzung erwähnt, die *Leitungsbesprechung*. Diese ist eine periodische Zusammenkunft der Bereichsleiter und der leitenden Kräfte des Pflege-/Funktionsdienstes zur operativen Abstimmung der Prozesse, zum Bericht der Rückmeldungen aus den einzelnen Kompartimenten sowie zur Sammlung der wesentlichen Informationen der internen und externen Qualitätssicherung. Vorbild für die Leitungsbesprechung ist die Steuergruppe für den Zertifizierungsprozess des Gefäßzentrums, aus der sie mit Jahresbeginn 2006 hervorgehen wird.

2.3. Verantwortlichkeiten im UGC

Das Satzungsmodell eines Zentrums im Allgemeinen sowie die Umsetzung im Universitäts GefäßCentrum Dresden im Besonderen stellt die Frage nach der personen- gebundenen Verantwortung für Teilaspekte des gemeinsamen Handelns. Der Deutlichkeit halber soll dieser Aspekt noch einmal im Einzelnen dargestellt werden.

Die Ressourcen des Gefäßzentrums sind Räume, Inventar, Personal sowie die für den Betrieb notwendigen Sachmittel. Das Gefäßzentrum als Struktur innerhalb des Universitätsklinikums hat als eigene Ressourcen die Geschäftsstelle, die aus einem einzigen Büroraum mit Ausstattung und den erforderlichen Sachmitteln zu seinem Betrieb besteht. Zugeordnet sind die Stelle zweier Sekretariatsmitarbeiterin. Zusätzlich wird nach Haushaltslage des Gesamtklinikums jährlich ein Betrag für Investitionen des UGC zur Verfügung gestellt, der unter Moderation des Direktors des Gefäßzentrums in Absprache mit allen Beteiligten verwendet werden kann. Für die genannten Ressourcen trägt der Direktor des Gefäßzentrums die Verantwortung, seine unmittelbare Weisungsbefugnis erstreckt sich auf die Mitarbeiterinnen der Geschäfts-

stelle. Alle anderen Räume, Geräte, Mitarbeiter und Sachmittel stehen unter der Führungsgewalt der Direktoren der jeweiligen Struktureinheiten, denen die Kompartimente des Gefäßzentrums zugeordnet sind. Die Direktoren der Struktureinheiten haben damit bei der Verwendung der ihnen übergebenen Ressourcen die Belange ihrer eigenen Struktureinheit ebenso im Auge zu behalten wie die Belange des Gefäßzentrums, über dessen strategische Ausrichtung sie als Mitglieder des Lenkungsgremiums selbst entschieden haben. Sie berichten über die erfolgreiche Balance zwischen beiden Aufgabenstellungen dem Vorstand des Universitätsklinikums.

Die Direktoren der Struktureinheiten haben dieselbe ungeteilte personale Verantwortung für die fachliche Richtigkeit aller diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren. Sie werden ihre Aufgaben für die Gefäßmedizin im Wesentlichen an ihre Bereichsoberärzte delegieren, denen gegenüber sie im selben Maße weisungsbefugt wie aufsichtspflichtig sind. Jede im Gefäßkonsil gemeinsam getroffene Entscheidung muss bei einer Überprüfung nach den Kriterien der jeweiligen Disziplinen Bestand haben. Insbesondere aber ist jede einem Kompartiment eindeutig zuzuordnende Prozedur nach den fachlichen Regeln derjenigen Disziplin auszuführen, der die entsprechende Struktureinheit im Rahmen des Gesamtklinikums gewidmet ist.

Die Verantwortung für das funktionelle Zusammenwirken innerhalb des Gefäßzentrums liegt beim Direktor des UGC. Er hat vom Lenkungsgremium den Auftrag, die vorhandenen Ressourcen so zusammenzufügen, dass ein optimaler Prozess resultiert, der die Basis für optimale Qualität bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit darstellt. Über die Verwirklichung der Patientenpfade in jedem einzelnen Fall hinaus hat er die Verantwortung für das satzungsgemäße Arbeiten aller einzelnen Organe des Gefäßzentrums. Wesentliches Kennzeichen, dass er seiner Verantwortung gerecht wird, ist das Maß an allseitiger Zufriedenheit, wenngleich dies weniger exakt festzustellen ist als die Einhaltung oder Überschreitung eines Budgets.

Die beschriebene Verteilung der personalen Verantwortung erstreckt sich in gleicher Weise auf das Gebiet der internen und externen Qualitätssicherung innerhalb des UGC. Sofern es um Qualitätsmaße geht, die die Ressourcen eines definierten Kompartiments betreffen liegt auch die Verantwortung für diese Maßnahmen der Qualitätssicherung innerhalb der betreffenden Struktureinheit. Beispiele hierfür wären die

Konstanzprüfung an Röntgenanlagen oder die technische Abnahme der Brandschutzvorrichtungen auf der Gefäßstation.

Qualitätsparameter insbesondere der Ergebnisqualität lassen sich zwar zunächst einzelnen Kompartimenten zuordnen, betreffen aber so sehr den Kern der interdisziplinären Versorgung von Gefäßpatienten, dass ihre Erhebung zu den ständigen Abläufen des Gefäßzentrums unter Moderation des Direktors gehört. Beispiele hierfür wären die Qualität der Gefäßultraschalluntersuchungen, die Frühverschlussraten nach Bypass-Chirurgie oder die Blutungskomplikationen nach Angioplastie. Aufgabe des Direktors des UGC ist es, die Ergebnisse der internen und externen Qualitätssicherung den Direktoren der betreffenden Struktureinheit zeitnah zu berichten, damit diese innerhalb ihrer Kompartimente entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Eine dritte Kategorie von Qualitätsmaßen berührt ausschließlich das funktionelle Zusammenwirken der Kompartimente im Rahmen des Gefäßzentrums. Sowohl ihre Erhebung wie auch die daraus abzuleitenden Maßnahmen liegen in der direkten Verantwortung des Direktors UGC. Beispiele hierfür wären die Patienten- und Zuweiserzufriedenheit, die Einhaltung der im Konsens gefundenen Patientenpfade oder die Vollständigkeit der Unterrichtung neuer Mitarbeiter über Struktur und Funktion des Gefäßzentrums. In der Durchführung und Überwachung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird der Direktor des UGC von einem Qualitätsmanagementbeauftragten unterstützt.

Über alle Aspekte der Qualitätssicherung berichtet der Direktor des UGC dem Lenkungsgremium.

Die Betonung der Verantwortlichkeiten der Leitungsebene sowohl der Struktureinheiten wie des Gefäßzentrums soll nicht in Vergessenheit geraten lassen, dass grundsätzlich jeder Mitarbeiter nicht nur des Gefäßzentrums sondern des gesamten Universitätsklinikums personale Verantwortung für die ihm übertragenen Aufgaben trägt. Das dem zugrunde liegende Wertegerüst ist im Leitbild des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus niedergelegt.

2.4. Kundenorientierung

Die prozessorientierte Organisation des Universitäts GefäßCentrums legt nahe, in Begriffen der Kundenorientierung, vergleichbar einem Unternehmen der herstellenden Industrie oder einem Dienstleistungsunternehmen zu denken. Gleichwohl herrscht im Gesundheitswesen Einigkeit darüber, dass der Patient mehr als ein Kunde ist und dies in enger Verknüpfung mit der damit hohen Verantwortung der Mitarbeiter. Die Unterscheidung zwischen internen und externen Kunden zugrunde gelegt, wären als erstere die Mitarbeiter zu verstehen, die letzteren als Patienten einerseits und Zuweiser bzw. externe Partner andererseits.

Wichtigstes Instrument der Orientierung auf die internen Kunden ist die Gestaltung von Arbeitsabläufen, die vollständig transparent sind und einen Ausgleich von Rechten und Pflichten im Gesamtgefüge sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen den beteiligten Disziplinen herstellen. Die innere Reorganisation bestehender Klinikstrukturen verlangt hohe Flexibilität und insbesondere in der Entwicklungsphase eine große wechselseitige Anpassungsleistung. Umso wichtiger ist es, einen Rückkopplungsmechanismus zu etablieren, der darüber Auskunft gibt, ob die Mitarbeiter in ihren Wünschen und Ansprüchen ausreichend berücksichtigt wurden. Aus diesem Grunde ist die systematische und periodische Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit von großer Bedeutung. Es wurden für das UGC innerhalb der Kompartimente selbst wie in den übergreifenden Organen Mechanismen zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit implementiert. Ein spezifisches Problem besteht darin zu sortieren, ob sich eine etwaige Unzufriedenheit auf strukturelle Probleme innerhalb eines Kompartimentes, d.h. auch ggf. innerhalb einer einzelnen Struktureinheit beziehen, oder aber auf das spezifische Zusammenwirken der Kompartimente, d.h. die innere Organisation des Universitäts GefäßCentrums als solche. Es ist Aufgabe der Leitungsebene, in allen Arbeitsumfeldern ein Klima zu schaffen, in dem Mitarbeiter etwaige Unzufriedenheiten äußern können, sowie Mechanismen zu schaffen, diese Äußerungen konstruktiv zu verarbeiten und in geeignete Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Andersherum haben insbesondere in komplexen Zusammenhängen wie denen eines interdisziplinären Zentrums die Mitarbeiter die Pflicht, Kritik sachlich und konstruktiv zu äußern.

Bezüglich der Orientierung auf die externen Kunden ist das wirksamste Werkzeug eine hohe Ergebnisqualität, in zweiter Linie die Einhaltung transparenter Patientenfade. Wesentliche Teile der Bemühungen um die Strukturierung des Gefäßzentrums haben diese beiden Aspekte zum Ziel. Dennoch ist auch hier eine strukturierte Rückkopplung über das Erreichte unabdingbar. Hierzu wurden strukturierte Patienten- sowie Zuweiserbefragungen entwickelt, die periodisch wiederholt werden. Deren Ergebnisse beeinflussen die weitere Gestaltung des Gefäßzentrums.

3. Qualitätsmanagement

Eines der wesentlichen Ziele bei der Etablierung des Universitäts GefäßCentrums ist die Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems. Dies folgt zum einen den gesetzlich vorgegebenen Erfordernissen, zum anderen der Erkenntnis hinsichtlich der Notwendigkeit einer strukturierten und systematischen Bewertung von Struktur- und Prozessqualität im Hinblick auf die Ergebnisqualität. Grundlage für die Erfassung entsprechender Qualitätsparameter ist dabei die Formulierung einer Norm oder eines Soll-Zustandes, an dem die Ergebnisse der regelmäßigen Erfassung des Ist-Zustandes gemessen werden können. Die Formulierung dieser Norm ist das vorliegende Qualitätsmanagementhandbuch. Dessen Erarbeitung als solches kann bereits als wesentlicher Meilenstein bei der Etablierung des Qualitätsmanagementsystems bezeichnet werden. Qualitätsmanagement ist dabei ein dynamischer Prozess, der von ständiger Entwicklung und Anpassung lebt. Entsprechend unterliegt das Qualitätsmanagementhandbuch einer ständigen Entwicklung und Anpassung. Im 4. Quartal des Jahres 2008 erfolgte die letzte umfassende Revision.

Mit der Entscheidung für die Zertifizierung nach den Anforderungen der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2000 wurde ein umfangreiches und zugleich verbindliches Werkzeug gewählt, ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem mit Ergebnisausrichtung für die neu geschaffene Struktur des Gefäßzentrums zu entwickeln und in Geltung zu setzen.

3.1. Aufbau des Managementhandbuches

Die DIN EN ISO 9001:2000 schreibt die Erstellung eines Qualitätsmanagementhandbuches vor, in dem der Anwendungsbereich des Qualitätsmanagementsystems, die erstellten und dokumentierten Verfahrensanweisungen sowie die Beschreibung der Wechselwirkung der Prozesse dargelegt sind. Die Erstellung und Weiterentwicklung des Handbuches ist als Prozess bereits eine wesentliche Hilfestellung für die Organisation der Arbeitsabläufe im UGC.

Als Ergebnis soll es allen Mitarbeitern eine Handreichung für die Gestaltung der täglichen Arbeitsabläufe sein. Insbesondere für die gemeinsam zu verantwortenden Prozesse ist es die Referenz, auf die bei Unsicherheiten und im Konfliktfalle jederzeit zurückgegriffen werden kann. Zur raschen Verfügbarkeit liegt es daher auch in einer elektronischen Version vor, die über das Intranet von jedem Mitarbeiter an jedem Arbeitsplatz eingesehen werden kann.

Das Handbuch besteht aus Verfahrensanweisungen, die sämtliche Arbeitsabläufe im UGC beschreiben. Diese beinhalten ebenfalls Schritte zur Überprüfung der Prozesse bis hin zu konkreten Handlungsalgorithmen. Auf eine Gliederung in Verfahrens-, Prüf- und Arbeitsanweisungen wurde im Hinblick auf eine mitarbeiterfreundliche Nutzung verzichtet. Auf einer zweiten Ebene befinden sich die sog. mitgeltenden Unterlagen. Hierbei handelt es sich um Dokumente aller Art, die den Handlungsrahmen definieren, an dem sich die Verfahrensanweisungen zu orientieren haben. Es handelt sich um Gesetzestexte mit der Gültigkeit für die Bundesrepublik Deutschland oder den Freistaat Sachsen, um Weiterbildungsordnungen der Sächsischen Landesärztekammer, um verbindliche Festlegungen des Universitätsklinikums, um klinikinterne Dienstplänen mit Weisungscharakter und abteilungsspezifische SOP's für spezielle diagnostische und therapeutische Prozeduren. Eine Vielzahl von ihnen wurde für dieses Managementhandbuch erarbeitet und ist damit das Produkt eines eigenen wertschöpfenden Prozesses. Zudem sind relevante Konsensdokumente und Publikationen von Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften eingebunden, soweit diese Grundlage der Patientenversorgung darstellen.

Die Verfahrensanweisungen des Handbuches gliedern sich in Führungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse, wobei jede einzelne Verfahrensanweisung über ihren Zweck, ihren Geltungsbereich, die spezifischen Verantwortlichkeiten, dem beschriebenen Prozess selbst, die mitgeltenden Unterlagen sowie über die Dokumentation im Verlaufe des Prozesses Auskunft gibt. Als Ausdruck seiner inneren Geschlossenheit ist das Handbuch insofern selbstreferenziell, als einzelne Verfahrensanweisungen mitgeltende Unterlagen anderer Verfahrensanweisungen sind.

3.2. Autorisierung des Managementhandbuches

Jede einzelne Verfahrensanweisung des Qualitätsmanagementhandbuches wurde nach ihrer Erstellung bzw. wird nach ihrer Modifikation von den Direktoren der beteiligten Kliniken geprüft und vom Lenkungsgremium freigegeben. Dieses Vorgehen bedeutet, dass jede Verfahrensanweisung das Ergebnis einer Konsensfindung sowohl zwischen den verschiedenen Disziplinen wie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen darstellt. Die Konsensfindung verleiht jeder Verfahrensanweisung ihren besonderen Wert. Dieser Wert wird dadurch geschützt, dass eine einmal in Geltung gesetzte Verfahrensanweisung solange Gültigkeit hat, bis sie auf demselben Wege durch eine neue ersetzt wird. Die Aktivierung und Deaktivierung von Verfahrensanweisungen ist daher selbst Gegenstand des Managementhandbuches.

Die Autorisierung mitgeltender Unterlagen liegt demgegenüber nicht den Händen des Lenkungsgremiums, sondern bei übergeordneten (Gesetzgeber), nebengeordneten (Struktureinheiten) oder untergeordneten (Kompartimente) Instanzen. Ihre Aktivierung und Deaktivierung muss daher vom Lenkungsgremium lediglich zur Kenntnis genommen werden.

3.3. Erfassung von Qualität

Die Erstellung einer Qualitätsnorm ist nur sinnvoll, wenn sie als Maßstab für die Bewertung von Ergebnissen der Messung von Qualität verwendet wird. Im UGC wird Qualität in den drei traditionellen Kategorien gemessen, d.h. als Strukturqualität und Prozessqualität mit Ausrichtung auf die Ergebnisqualität. Das Managementhandbuch beschreibt für alle drei Kategorien eine Vielzahl von Indikatoren, aus denen jedes Kompartiment und die Leitungsbesprechung für das Gefäßzentrum als Ganzes periodisch einzelne Indikatoren auswählt, die in einem definierten Zeitraum gemessen werden. Eine hohe Priorität genießen dabei die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung, gefolgt von fakultativen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Für die interne Qualitätssicherung werden Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfasst. Die strukturierte und systematische Erfassung der Qualitätsindikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und

Ergebnisqualität, der Bewertung, und der sich daraus ergebenden Maßnahmen wird im jährlichen Qualitätsbericht dokumentiert.

Ein wesentliches Instrument der internen Qualitätssicherung sind die internen Audits, die in jedem Jahr sowohl alle Kompartimente des Gefäßzentrums einschließlich der Partner des UGC (Universitäts SchlaganfallCentrum, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin) wie auch alle Verfahrensanweisungen betreffen. Sie nutzen die Erfahrungen, die während der Erarbeitung des Managementhandbuches bei den internen Audits zu den neu formulierten Verfahrensanweisungen gewonnen wurden. Durch sie wird die Durchdringung des Qualitätsmanagementsystems im Universitäts GefäßCentrum erfasst und Grundlagen zur Weiterentwicklung geschaffen.

3.4. Qualitätsverbessernde Maßnahmen

Der Vergleich der Qualitätsmessung mit der zugrunde liegenden Norm resultiert in Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Anlässlich interner Audits entstehen hierzu geschriebene und von den Direktoren der Struktureinheiten geprüfte Maßnahmenpläne. Für die Erarbeitung von Maßnahmen, die aus den anderen Qualitätsmessungen der internen und externen Qualitätssicherung resultieren, sind die Leitungsbesprechung und das Lenkungsgremium verantwortlich. Die besondere Struktur des UGC erfordert eine genaue Unterscheidung der Verantwortlichkeiten für qualitätsverbessernde Maßnahmen. Sofern Indikatoren betroffen sind, die die Arbeit einzelner Kompartimente charakterisieren, liegt die Umsetzung der qualitätsverbessernden Maßnahmen in der Verantwortung der Direktoren der Struktureinheiten. Handelt es sich um Indikatoren, die das funktionelle Zusammenwirken der Kompartimente erfassen, liegt die Verantwortung beim Direktor des UGC.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte des UGC kümmert sich um die oben genannten Qualitätsmessungen und die daraus abzuleitenden Maßnahmen, und berichtet dies dem Direktor des UGC. Als Moderator und Sprecher des Gefäßzentrums wird sich der Direktor des UGC vergewissern und dafür Sorge tragen, dass die Indikatoren gemessen und die Ergebnisse bewertet werden. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, die Direktoren der Struktureinheiten zeitnah über die Notwendigkeit qualitätsver-

bessernder Maßnahmen in den jeweiligen Kompartimenten hinzuweisen. Eine ständige Berichtspflicht besteht für alle übergeordneten Qualitätsbelange gegenüber dem Lenkungsgremium. Letzteres trägt die Verantwortung darüber, dass die Idee zur Gründung eines Universität GefäßCentrums in Dresden im Hinblick auf die qualitativ hochwertige interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit Gefäßerkrankungen kontinuierlich weiter entwickelt und aufrecht erhalten wird.

4. Risikomanagement

Risikomanagement hat nicht nur aus betriebswirtschaftlicher und haftungsrechtlicher, sondern auch aus Sicht des Qualitätsmanagements eine zunehmende Bedeutung. So ist die systematische Prävention von Fehlern direkt mit dem Aufbau einer „Fehlerkultur“ verknüpft, in welcher über Fehler gesprochen, Fehler analysiert, das System geändert und die Schuld nicht a priori nur bei Einzelpersonen gesucht wird.

Durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems basierend auf der DIN EN ISO 9001:2000 hat sich das UGC explizit für ein Risikomanagement und den damit verbundenen Methoden entschieden, um Fehler und Risiken zu analysieren, abzuschätzen, zu bewerten und zu lenken. Dies betrifft z. B. die kontinuierliche Erfassung von Komplikationen innerhalb der verschiedenen Kompartimente des UGC als Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Darüber hinaus unterstützt das im Universitätsklinikum und damit auch für das Universitäts GefäßCentrum gültige Beschwerdemanagementsystem die systematische Fehlererfassung sowie deren strukturierte Bewertung. Foren zur aktiven Einbeziehung der Mitarbeiter in den kontinuierlichen Aufbau eines Risikomanagementsystems sind im UGC z.B. durch das Gefäßplenum bereits etabliert.