Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.

QUALITÄT UND STRUKTUREN

2003

Jahresbericht

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Lagebericht	4
Patienten	10
Mitarbeiter	16
Innovationen	20
Investitionen	24
Lehre	28
Marketing	32
Qualität	36
Jahresabschluss	46
Zahlen und Fakten	50
Gremien	56
Organigramm	57

Liebe Leserinnen und Leser,

wie bereits in den Vorjahren ordnet sich der Jahresbericht des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus einem Ziel oder besser gesagt einem Motto unter. Nach dem Fokus auf die Mitarbeiter oder im letzten Jahresbericht auf unsere Kunden, das heißt die Patienten, steht im Jahresbericht 2003 hauptsächlich die Qualität unserer Leistungen im Mittelpunkt. Für den Gesundheitsökonomen Prof. Karl W. Lauterbach ist es im Prinzip denkbar, dass langfristig Medizin der höchsten Qualität so teuer sein wird, dass deren Einzug in die Routineversorgung in erster Linie durch ökonomische Faktoren, nicht durch technologische Hindernisse bestimmt sein wird. Es bahnt sich in der Medizin also ein Konflikt zwischen dem technisch Machbaren und dem Bezahlbaren an. Allerdings ist das technologisch Machbare nicht immer mit der höchsten Qualität gleichzusetzen.

Qualität im vielschichtigen Dienstleistungssektor Krankenhausversorgung ist schwer zu definieren, sie besteht sowohl aus strukturellen als auch ergebnisorientierten sowie schwer fassbaren prozessdefinierten Modulen. Die Öffentlichkeit und der Gesetzgeber haben diesen Konflikt unter den sich zunehmend verschärfenden ökonomischen Bedingungen vorausgesehen: Zwar unbeholfen, aber prinzipiell richtig schreibt der Gesetzgeber die Lieferung von Qualitätsdaten ab dem Berichtsjahr 2004 vor.

Das Universitätsklinikum Dresden hat sich daher entschlossen, bereits im vorliegenden Jahresbericht die Qualität seiner Leistungen ausführlich und allgemeinverständlich darzustellen. Qualität ist ein integraler Bestandteil unseres Unternehmens und kann nicht von den Unternehmenskennzahlen abgekoppelt dargestellt werden. Aber auch Themen wie Patientenzufriedenheit am Beispiel des Beschwerdemanagements verdienen größere Aufmerksamkeit. Damit stellt sich das Universitätsklinikum vorfristig der Herausforderung, einen Qualitätsbericht vorzulegen. Dieser folgt in seinem Konzept der Vereinbarung nach § 137 des Sozialgesetzbuches V.

Neben dem hohen Informationsstand und der Fülle von Daten, aber auch der Beschreibung von einzelnen Vorgehensweisen und Prozessen hat damit das Klinikum die Chance der externen Präsentation und der internen Diskussion, die zu einem gelebten Qualitätsmanagementsystem gehören, genutzt. Wir hoffen, dass damit der Jahresbericht eine neue Qualität gewinnt und internen sowie externen Nutzern mehr Information, aber auch mehr Transparenz und Einblick in unser Unternehmen bietet. Alle Leser sind herzlich aufgefordert, Kommentare und Verbesserungsvorschläge abzugeben.

Prof. D. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand

Wilfried E. B. Winzer
Kaufmännischer Vorstand

„Helfen innovatives Management und moderne Strukturen, die **Herausforderungen** des DRG-Zeitalters zu meistern?“

Das Universitätsklinikum blickt trotz der tief greifenden Veränderungen im Gesundheitssystem auf ein erfolgreiches Jahr zurück. Es gelang, die Kosten weiter zu senken und damit ein Ergebnis zu erreichen, das über den Erwartungen lag. Einen Schlüssel zum Erfolg stellt der 2003 vollendete Aufbau einer modernen Infrastruktur im EDV-Bereich dar. Auch der Start des interdisziplinär arbeitenden Universitäts KrebsCentrums und die Vorbereitung weiterer Zentren sind wichtige Elemente für einen immer effizienter werdenden Klinikumsbetrieb.

In der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin hat die Zukunft bereits begonnen: Die Intensivstation führt seit 2003 komplett elektronische Patientenakten. Über Touchscreens und PCs lassen sich alle Daten – von der Diagnose über die Therapie bis zur Pflege – direkt und unkompliziert am Krankenbett eingeben.

Die Politik verlangte den Krankenhäusern schon eine Menge ab: Deckelung der Budgets, Nullraten beziehungsweise negative „Zuwachs"-Raten. Ungeachtet dessen steigen die Personalkosten, so dass sich die Schere zwischen Aufwand und Erträgen immer weiter öffnet. Mit der Option zum Umstieg auf das neue Entgeltsystem im Jahr 2003 wurden die Krankenhäuser und somit auch das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus vor eine geradezu revolutionäre Herausforderung gestellt.

Nach Installation und Inbetriebnahme des hochmodernen Campusdatennetzes erfolgte die schnelle und erfolgreiche Einführung des klinikumsweiten Krankenhausinformationssystems ORBIS der Firma GWI, welches das in Eigenentwicklung erstellte Patienteninformationssystem PIV planmäßig ablöste. Damit wurde der vorfristige Einstieg in das auf Fallpauschalen der Diagnosis Related Groups (DRG) basierende Vergütungssystem noch im Jahr 2003 möglich. Durch den bereits im März erfolgten Start des ORBIS-Systems und der damit verbundenen EDV-gestützten Dokumentation und Kodierung der Diagnosen sowie Prozeduren konnten Kliniken und Verwaltung bereits vor dem Wechsel zum neuen Abrechnungssystem wertvolle Erfahrungen sammeln.

Lernphase erfolgreich genutzt

Seit 1. Oktober 2003 rechnet das Klinikum über das neue Entgeltsystem jede stationäre Leistung ab, die im gesetzlich festgelegten Fallpauschalenkatalog definiert ist. Die Echtabrechnung stellte in Hinblick auf den Pflichtstart zum 1. Januar 2004 die außerordentlich wichtige Lernphase sowohl für den administrativen als auch für den Klinikbereich dar. Zeitgleich mit dem Umstieg trat ein so genanntes Workflow-Konzept in Kraft, welches die internen Abläufe des Abrechnungsvorgangs regelt. Damit wurde eine weitere Voraussetzung geschaffen, um die Erlöse zu sichern.

Das Universitätsklinikum verhandelte mit den Krankenkassen über das Budget, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit das „Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung“ bekannt gegeben hatte. Die darin vorgesehene „Nullrunde“ legten die Kostenträger als Verhandlungsbasis fest. Unstrittig unter den Verhandlungspartnern blieb, dass der Anstieg der Personalkosten vom Niveau des BATOst auf den BATWest von bisher 90 auf 91 Prozent von den Kostenträgern finanziert wird.

Insgesamt vereinbarte das Klinikum mit den Krankenkassen ein Budget von 186,6 Mio. EUR. Dies entspricht einem Plus zum Vorjahr von 1,9 Mio. EUR – was einen Zuwachs von einem Prozent bedeutet.

Mit dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem teilt sich dieses Budget nun erstmals in zwei Erlösarten auf: Im DRG-Bereich werden die Erlöse nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geplant. In den psychiatrischen Kliniken dagegen rechnet das Universitätsklinikum weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) ab.

Über das ganze Jahr betrachtet entfällt der weitaus größere Teil der Erlöse auf den DRG-Bereich: Dies sind 172,8 Mio. EUR – also 92,6 Prozent. Lediglich 13,8 Mio. EUR (7,4 Prozent) sind für den BPflV-Bereich maßgebend. Da im erstmals definierten Fallpauschalenkatalog für 2003 noch nicht alle Leistungen abgebildet wurden, mussten kostenaufwendige Transplantationsleistungen wie Knochenmark- und Nierentransplantationen sowie schwere Verbrennungen ebenso wie die tagesbezogenen Entgelte krankenhausindividuell verhandelt werden. Dies gilt auch für die Dialyse als bis dahin einzige Leistung, die zusätzlich zu einer DRG abrechenbar ist. Der Anteil der geplanten Erlöse für diese so genannten sonstigen Entgelte betrug für das Geschäftsjahr 2003 insgesamt 23,5 Mio. EUR.

Fallzahlen auch 2003 gestiegen

Im Rahmen des Budgets vereinbarte das Klinikum mit den Kostenträgern 43.064 vollstationäre DRG-Fälle. Dazu kommen 194 Fälle für fallbezogene Entgelte der Knochenmark-, Nierentransplantationen und Verbrennungen dritten Grades, 3.432 Fälle für tagesklinische Behandlungen im DRG-Bereich und 2.115 Patienten im Bereich der Bundespflegesatzverordnung, davon 1.367 voll- und 748 teilstationäre Fälle. Somit wurden insgesamt 48.805 Fälle vereinbart. Im Vergleich zum Jahr 2002 sind das insgesamt 1.213 Mehrbehandlungen (gleich 2,6 Prozent) im voll- und teilstationären Bereich. Für diese Mehrleistungen bewilligten die Krankenkassen auch im Jahr 2003 keine zusätzlichen finanziellen Mittel.

In der Budgetvereinbarung wurde ein Case-Mix-Index (CMI) von 1,17 festgelegt. Der CMI spiegelt die durchschnittliche ökonomische Fallschwere wider.

Tatsächlich behandelte das Klinikum 2003 insgesamt 2.067 vollstationäre Patienten mehr als geplant und überschritt damit die vereinbarte Zahl um 4,7 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Leistung um 5 Prozent – das sind 2.173 vollstationäre Patienten mehr als 2002.

Mit modernsten Gebäuden und optimierten Strukturen verfügt das Universitätsklinikum über eine gute Basis, um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein: Das Operative Zentrum ist optimal mit dem Kinder- und Frauenzentrum verbunden und verfügt über einen interdisziplinären Aufwachraum.

Auch in den Tageskliniken ist ein Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen. Einhergehend mit weiter optimierten Prozessabläufen und der Abkehr von der „Philosophie des belegten Betts“ sank die vollstationäre mittlere Aufenthaltsdauer weiter um 0,3 auf durchschnittlich 8,7 Tage.

Trotz dieser durchaus positiven Entwicklung schloss das Universitätsklinikum das Geschäftsjahr 2003 mit einem negativen Betriebsergebnis ab. Dennoch kann von einem erfolgreichen Jahr gesprochen werden: Obwohl das Klinikum eine zusätzliche Haushaltssperre von 0,75 Mio. EUR zu verkraften hatte, ist das erreichte Ergebnis besser als ursprünglich angenommen. Zu dieser positiven Entwicklung trug vor allem der Aufbau weiterer interdisziplinärer Strukturen bei. Durch sie lässt sich eine höhere Effizienz erreichen und damit Kosten reduzieren, ohne die Qualität zu vernachlässigen. Ganz im Gegenteil: Mit Eröffnung eines interdisziplinären Krebszentrums – dem University Cancer Center (UCC) – schuf das Universitätsklinikum beste Bedingungen für eine optimale Diagnostik und Therapie für die schwer kranken Patienten.

Ein weiteres Beispiel ist die Gründung des Universitäts GefäßZentrums (UGZ) Ende des Jahres 2003. Auch dieses Zentrum bündelt Ressourcen und ist in einheitliche Abläufe eingebunden. Dadurch lässt sich auch hier die Erbringung doppelter Leistungen vermeiden und höhere Qualität erzielen. Neben der Zusammenarbeit von Spezialisten innerhalb des Klinikums spielen auch Kooperationen mit externen kardiologischen Kliniken und angiologischen Schwerpunktpraxen eine wesentliche Rolle.

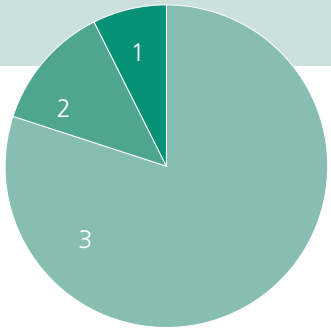
Weitere Herausforderungen

Mit Bezug des neuen Gebäudes des Kinder- und Frauenzentrums im Oktober 2003 konnte im Berichtsjahr zudem ein wichtiges Bauvorhaben abgeschlossen werden, das aufgrund der modernen medizinischen Einrichtungen und des patientenfreundlichen Ambientes bereits im letzten Quartal des Jahres die Patientenzahlen steigen ließ.

Die weitere Mobilisierung von personellen und materiellen Reserven durch weiter optimierte Prozesse, steigende Effektivität, Zentralisierungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, der Start des SAP-Systems Mitte 2004, die Adaption des Berichtswesens an die aktuellen Erfordernisse und anderes mehr sind Maßnahmen, die neben dem unermüdlichen Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konstruktiv und zukunftsorientiert dazu beitragen, die Herausforderungen des DRG-Zeitalters zu meistern.

ERLÖSANTEILE
nach dem neuen Abrechnungssystem

1 | Psychiatrischer Bereich	13.809.474 EUR	**7,4 %**
2 | Fall- u. tagesbezogene Entgelte u. Zusatzentgelte	23.517.027 EUR	**12,6 %**
3 | DRG-Fallpauschalen	149.302.790 EUR	**80 %**



ENTWICKLUNG DER ERLÖSE
Angaben in TEUR

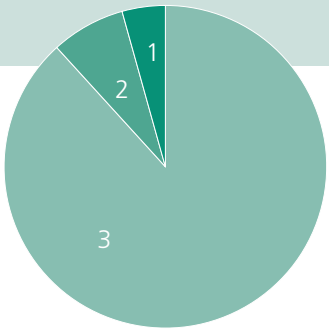
	Vereinbarung 2002	Ist 2002	Vereinbarung 2003	Ist 2003
vollstationärer Bereich	178.561,4	178.430,2	180.575,1	180.907,1
teilstationärer Bereich	6.141,0	6.196,5	6.054,2	5.907,7
Gesamt	**184.702,4**	**184.626,7**	**186.629,3**	**186.814,8**

ABWEICHUNG IN %
Angaben in TEUR

	Vereinbarung 02/03	Ist 02/03	Vereinbarung 03 zum Ist 03
vollstationärer Bereich	1,1	1,4	0,2
teilstationärer Bereich	–1,4	–4,7	2,4
Gesamt	**1,0**	**1,2**	**0,1**

FALLVERTEILUNG
nach dem neuen Abrechnungssystem

1 |	Psychiatrischer Bereich	2.115	**4,33 %**
2 |	Fall- u. tagesbezogene Entgelte u. Zusatzentgelte	3.626	**7,43 %**
3 |	DRG-Fallpauschalen	43.064	**88,24 %**

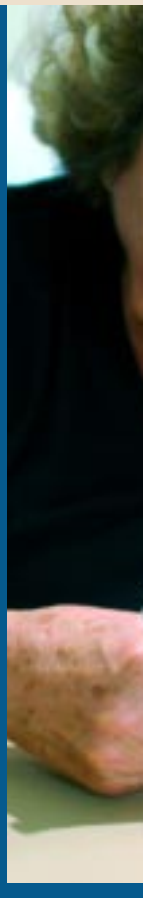


ENTGELT- UND PFLEGESATZVERHANDLUNG
Ergebnisse 2003 im Vergleich

	Vereinbarung 2002	Vereinbarung 2003	Abweichung in %
Budget gesamt 184.702.396 EUR	**186.629.291 EUR**	**1,0**	
Abweichung Vereinbarung 2003 zu 2002		**1.926.895 EUR**	
Fälle gesamt nach BPflV	**46.797**	**48.010**	**2,6**
davon vollstationärer Bereich	42.664	43.830	
teilstationärer Bereich	4.133	4.180	
Aufgrund des Umstiegs in das neue DRG-Abrechnungssystem ab 01. 10. 2003 wurden folgende Fallzahlen ganzjährig verhandelt:			
Fälle nach DRG [1]		**46.690**	
davon vollstationärer Bereich		43.258	
teilstationärer Bereich		3.432	
Fälle psychiatrischer Bereich		**2.115**	
davon vollstationärer Bereich		1.367	
teilstationärer Bereich		748	
Abweichung Vereinbarung 2003 zu 2002		**1.213 Fälle**	
Verweildauer vollstationär	9,47	9,16	–3,3
teilstationär	5,31	5,06	–4,7

[1] Fallzählung nach DRG inkl. Neugeborenen bei Einhaltung der Mindestverweildauer.

„Ist ein strukturiertes Ideen- und Beschwerdemanagement ein **Indikator** für Patientenfreundlichkeit?“



Das Beschwerdemanagement im Universitätsklinikum erhielt 2003 weitere Impulse. Für Patienten und deren Angehörige ist es noch einfacher geworden, sich zu Behandlungsqualität und Service zu äußern. Die Zahl der Rückmeldungen und die daraus abgeleiteten Veränderungen belegen die Wirksamkeit dieser Form des aktiven Beschwerdemanagements als einen wichtigen Baustein des Managementsystems. Dabei musste das Klinikum nicht bei jedem Feedback aktiv werden – neben Kritik gab es auch viel Lob.

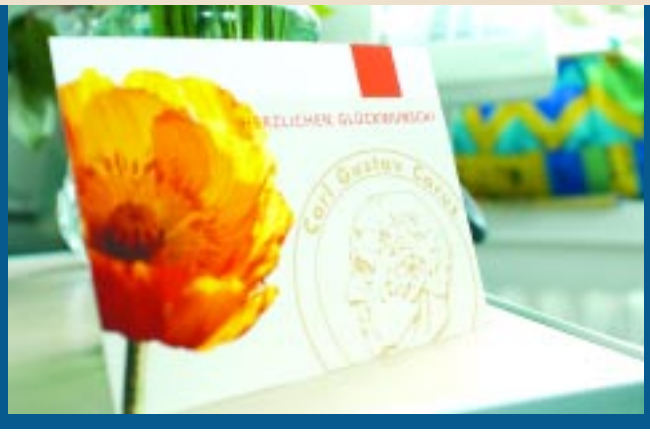
„Wie zufrieden sind Sie mit uns?" – Die Patienten haben mehrere Möglichkeiten, Kritik, Anregungen und auch Lob zu äußern. Eines der Medien ist die Feedbackkarte (linkes Bild), die jeder Kranke bei der Aufnahme erhält.

„Beschwerden sind Artikulationen von Unzufriedenheit, die gegenüber dem Unternehmen mit dem Zweck geäußert werden, auf ein subjektiv als schädigend empfundenes Verhalten eines Anbieters aufmerksam zu machen, Wiedergutmachung für erlittene Beeinträchtigung zu erreichen und/oder eine Änderung des kritisierten Verhaltens zu bewirken." Diese Definition einer Beschwerde von Stauss & Seidel bemüht sich, den Begriff klarzustellen und eröffnet damit gleichzeitig zahlreiche Problemfelder im Gesundheitswesen. Gerade dort schätzen die Betroffenen die Chance als gering ein, dass sie mit ihrer Beschwerde etwas bewirken könnten.

Patienten sehen sich in einer abhängigen und machtunterlegenen Rolle und befürchten deshalb Sanktionen in ihrer Behandlung durch Ärzte und das Pflegepersonal. Aus diesem Grund ist die Anzahl eingehender Beschwerden im Krankenhaus deutlich geringer als in anderen Dienstleistungsbereichen. Dies bestätigt eine Veröffentlichung im Kundenbarometer von 1996. Die Beschwerden liegen bei 4,2 Prozent im Krankenhaus, 8,5 Prozent bei der Briefpost, 10,8 Prozent im Telefondienst und 13,9 Prozent bei Stadt- und Kreisverwaltungen. Damit sind geringe Beschwerdezahlen im Krankenhaus kein Indikator für Kundenzufriedenheit, sondern das Ergebnis von hohen Beschwerdebarrieren oder resignierten Kunden, das heißt insbesondere resignierten Patienten mit ihren Angehörigen.

Patienten erwarten neben hervorragender ärztlicher Kompetenz guten Service

Im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus erkannte der Klinikumsvorstand frühzeitig, dass nur überzeugte Patientinnen und Patienten auch zufrieden sein können. Deshalb sahen es die Vorstände als unumgänglich an, ein systematisches Ideen- und Beschwerdemanagement zu implementieren und kontinuierlich

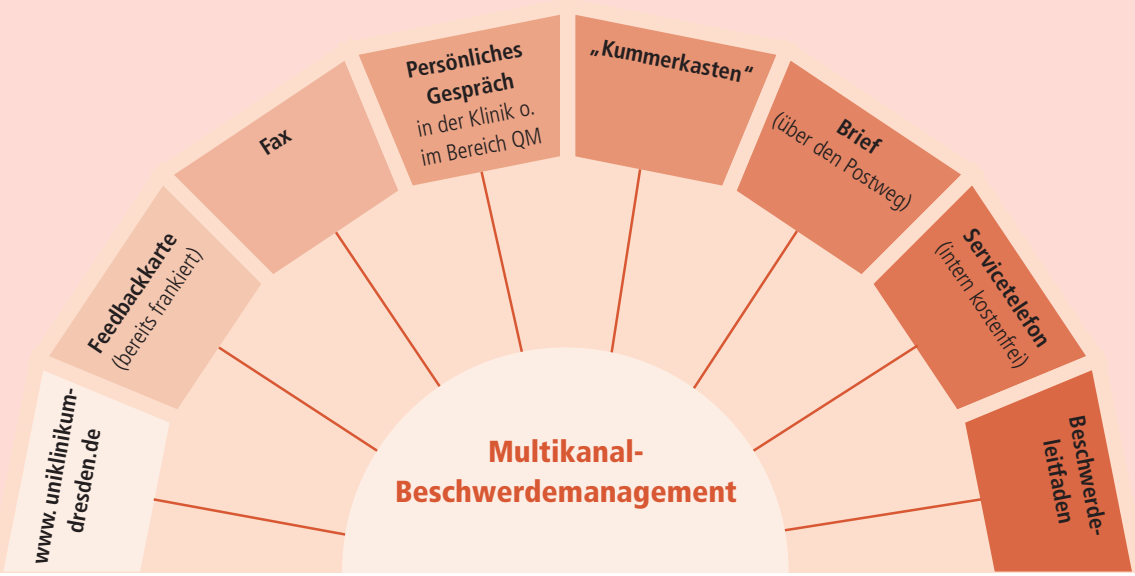


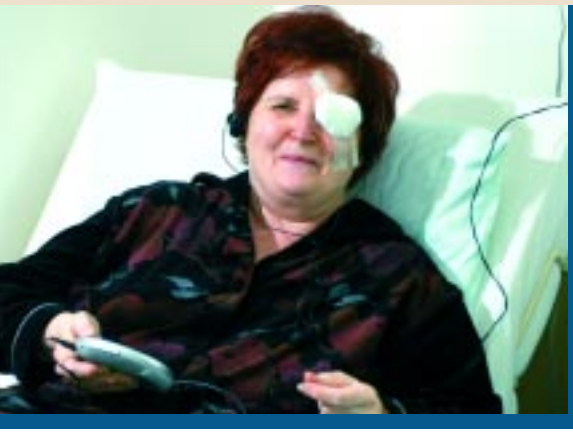
weiterzuentwickeln. Wesentliches Ergebnis einer Image-Umfrage aus dem Jahr 2000 war, dass Dresdner Patienten und deren Angehörige zwar die Fachkompetenz im Krankenhaus an die erste Stelle setzen. Im nächsten Atemzug erwarten sie jedoch von den Behandelnden Serviceorientierung und Sozialkompetenz. Gleichzeitig im Klinikum vorgenommene Patienteninterviews bestätigten diese grundsätzliche Erwartungshaltung.

Ziele eines Ideen- beziehungsweise Beschwerdemanagements sollten deshalb sein:

- Zufriedenheit von Kunden/Patienten wiederherstellen
- Abbau von Beschwerdeängsten
- negative Auswirkungen minimieren
- betriebliche Schwächen identifizieren und reduzieren
- interne und externe Fehlerkosten reduzieren
- Bearbeitungszeiten verkürzen

1 BESCHWERDEMANAGEMENT
Instrumente





Gelebter Service: Glückwunschkarten, Hörbücher in der Augenklinik und kindgerechte Türschilder.

Um diese Ziele zu erreichen, ist das Ideen- und Beschwerdemanagement auf einer hohen Verantwortungsebene angesiedelt. Als ersten Schritt etablierte das Klinikum ein vielfältiges Angebot zum Beschwerdeeingang, das beispielsweise die Anonymität gewährleistet (Abb.1).

Mit einem Vorstandsbeschluss wurden alle Kliniken und Institute angewiesen, die eingehenden Beschwerden dem Vorstand zur Kenntnis und zur weiteren Bearbeitung zuzuleiten. Im 14-tägigen Rhythmus treffen sich Medizinischer Vorstand und Mitarbeiter von Rechtsstelle, Patientenverwaltung sowie Qualitätsmanagement und werten die Beschwerden aus. Dieses Gremium entscheidet dabei über die weitere Bearbeitung der Vorgänge. Unter anderem werden Rechnungen beziehungsweise Mahnungen zunächst gestoppt und es wird eine Prüfung mit den Verantwortlichen vor Ort eingeleitet. Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Sitzungen werden auch Fälle mit möglichem Haftungsanspruch identifiziert, so dass die Rechtsstelle frühzeitig Kontakt mit den betroffenen Kliniken aufnimmt.

Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über die im Jahr 2003 beim Vorstand beziehungsweise beim Qualitätsmanagement eingegangenen Beschwerden. Trotz der vergleichsweise geringen Anzahl ergaben sich zahlreiche wichtige klinikumsübergreifende Hinweise beispielsweise für die Verpflegungskommission und den innerbetrieblichen Patiententransport. Aber auch innerhalb der Kliniken und Institute wurden die Abläufe mit den Verantwortlichen kritisch überprüft und Maßnahmen unter anderem für eine verbesserte Patienteninformation eingeleitet.

2 BESCHWERDEN UND WIDERSPRÜCHE

(eingegangen im Bereich QM bzw. Vorstand des UKD 2003)

Kliniken und Institute	89
Verwaltung	24
Innerbetrieblicher Transport	13
Patientenküche	5
IHS/Pforte	2
Med. Berufsfachschule	1
Wohnheim/Gästehaus	1
Zurzeit in Bearbeitung	8
Gesamt	**143**

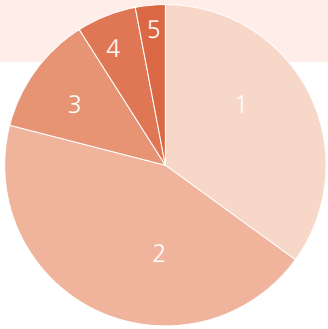
Rückmeldung auf vielen Wegen möglich

Das Qualitätsmanagement ist dafür verantwortlich, zunächst den Eingang jeder Beschwerde schriftlich zu bestätigen. Dabei wird jede einzelne Beschwerde, jeder Hinweis hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise individuell bearbeitet. Dies reicht von der persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Patienten oder Angehörigen bis hin zur schriftlichen Stellungnahme seitens der Verantwortlichen in den Kliniken und Instituten. Sofern gewünscht, erhält jeder Patient oder Angehörige eine Rückinformation.

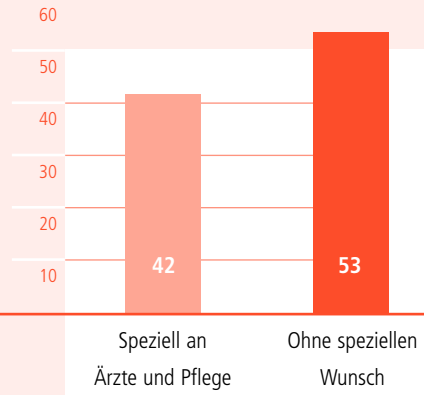
3 UMFRAGEERGEBNIS
aus 320 Feedbackkarten

Wie wurden Sie Ihrer Meinung nach im Universitätsklinikum behandelt und betreut?

1 |	Ausgezeichnet	113	**35 %**
2 |	Sehr gut	138	**44 %**
3 |	Gut	39	**12 %**
4 |	Mittelmäßig	20	**6 %**
5 |	Schlecht	10	**3 %**



5 DANKSAGUNGEN
im Freitext der Karte



Gesamtzahl: 95

Ein weiteres Projekt trifft die Beschwerdestimulation mittels so genannter Feedbackkarten, wie sie auch im Hotelbetrieb häufig zum Einsatz kommen. Die Karten liegen in den Patienteninformationsmappen auf den Stationen und den Aufnahmebereichen aus und werden über die verschiedenen „Kanäle" des Beschwerdeeingangs zurück an das Qualitätsmanagement geführt. Dieses neue Angebot nehmen Patienten und Angehörige deutlich häufiger in Anspruch. So gelangten im Zeitraum von fünf Monaten 320 Feedbackkarten in das Qualitätsmanagement. Die Ergebnisse zu den ersten beiden Fragen zur Zufriedenheit veranschaulichen Abb. 3 und Abb. 4. Der auf der Karte vorgehaltene Raum für selbst formulierte Hinweise wurde dabei für Danksagungen genutzt (Abb. 5). Insgesamt gingen 255 konkrete Anregungen zu verschiedenen Themenbereichen ein (Abb. 6).

Der kritischste Erfolgsfaktor für das Einführen und Weiterentwickeln eines Ideen- bzw. Beschwerdemanagements ist die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

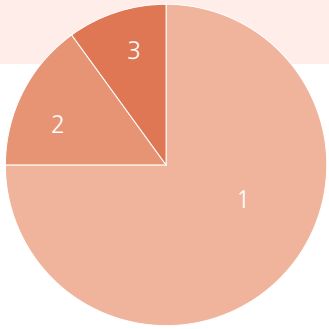
Folgende Wünsche und Anregungen wurden realisiert:

- Servicehotline
- englischsprachiges TV-Programm
- 100 neue Kopfkissen
- Bibeln für jede Station
- verbesserte Beschriftung der Fahrstühle
- ausgebautes Zeitungs- und Zeitschriftenangebot auf den Stationen
- neue Hörspiele für Patienten der Augenklinik
- Internetzugang am Krankenbett
- einheitliche Patienteninformationsmappen in allen Patientenzimmern verfügbar
- E-Mail-Versand von Bildern der im Klinikum geborenen Babys
- Ausbau des aus Klinikumsmitarbeitern bestehenden Dolmetscherpools
- Patienten erhalten professionell gestaltete Geburtstags-, Weihnachts- und Osterkarten

4 UMFRAGEERGEBNIS
aus 320 Feedbackkarten

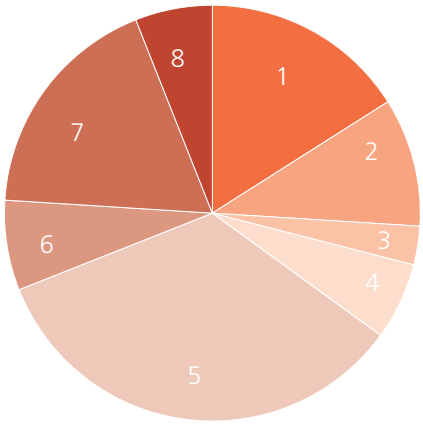
Würden Sie unser Krankenhaus Ihren Freunden und Ihrer Familie weiterempfehlen?

1 |	Ja, ganz sicher	240	**75 %**
2 |	Ja, wahrscheinlich	48	**15 %**
3 |	Nein	32	**10 %**



6 IDEEN- UND BESCHWERDEMANAGEMENT
255 Anregungen/Wünsche

1 |	Verpflegung	35	**16 %**
2 |	Pflegerische Versorgung	22	**10 %**
3 |	Ärztliche Versorgung	7	**3 %**
4 |	Wartezeiten/Transport	14	**6 %**
5 |	Ausstattung Kliniken/Zimmer	76	**34 %**
6 |	Aufklärungsgespräche	16	**7 %**
7 |	Serviceangebote	41	**18 %**
8 |	Verwaltung	14	**6 %**



Mitarbeiter erhielten Kommunikationstraining

Die strukturierte Einführung des Ideen- und Beschwerdemanagements braucht die eigenverantwortliche Unterstützung aller Mitarbeiter der Einrichtung. Aus diesem Grund schulte das Klinikum parallel zur Implementierung des Systems die Mitarbeiter. Ein zusätzliches Kommunikationstraining erhielten die Beschäftigten der Patientenaufnahme sowie des Telefondienstes. Über die Feedbackkarten wurde sowohl in der Mitarbeiterzeitung als auch in den verschiedenen Gremien und Kommissionen bis hin zu persönlichen Gesprächen mit Klinikdirektoren, der Pflegedienstleitung und den Mitarbeitern vor Ort informiert und Rückmeldung gegeben.

Ein gut funktionierendes Ideen- und Beschwerdemanagement benötigt Zeit und Ressourcen und kann nur gemeinsam mit allen Klinikumsmitarbeitern gelingen. Diese Arbeit ist von der Vision getragen, den Patienten nicht hinterherzulaufen, sondern ihnen entgegenzugehen.

„Lässt sich mit einem einzigen Strich die betriebliche **Altersvorsorge** der Klinikumsmitarbeiter auf eine dauerhaft verlässliche Basis stellen?“

3

Zu Beginn des Jahres 2003 vollzog das Universitätsklinikum einen einschneidenden Wechsel bei den Betriebsrenten seiner Mitarbeiter: Die Abkehr von der umlagefinanzierten Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) hin zur kapitalgedeckten Unterstützungskasse bei der Kölner Pensionskasse verschafft den Arbeitern und Angestellten eine von der weiteren demographischen Entwicklung abgekoppelte Altersversorgung. Auch das Klinikum profitiert von dem Wechsel: Die Beiträge zur Unterstützungskasse sind über die gesamte Laufzeit der Verträge festgeschrieben.

Eine zusätzliche Altersvorsorge ist für viele Klinikumsmitarbeiter ein wichtiges Thema.

Seit 1997 kamen auch die Klinikumsmitarbeiter in den Genuss der betrieblichen Altersversorgung der VBL. Die öffentlichen Arbeitgeber der neuen Bundesländer brauchten in den ersten Jahren nur ein Prozent der zusatzversorgungspflichtigen Bruttovergütung ihrer Arbeitnehmer einzuzahlen. Es zeichnete sich jedoch schnell ab, dass diese Beiträge auf Dauer nicht ausreichen würden, die von der Arbeitgeberseite getragenen Anwartschaften der Altersversorgung zu finanzieren: In den alten Bundesländern hatte der Rückgang von Arbeitnehmern bei gleichzeitigem Zuwachs der Rentenempfänger im öffentlichen Dienst bereits zum deutlichen Anstieg der Beitragsumlagen geführt. Zusätzlich kam es zu Einschnitten bei den gezahlten Zusatzrenten.

Bereits Ende der 90er Jahre wurde klar, dass der Umlagesatz der VBL auch in den neuen Bundesländern auf neun Prozent oder mehr anwächst. Da die Beiträge im Tarifrecht als Bestandteil des Gehalts fixiert sind, hätte bereits ein Anstieg der Umlage um einen Prozentpunkt die Personalkosten um jährlich drei Millionen Euro erhöht. Um diese unkalkulierbare Mehrbelastung auszuschließen, suchte der Klinikumsvorstand frühzeitig nach Alternativen. Der Wechsel zu einem kapitalgedeckten System ist viel versprechend: Damit lässt sich der Beitragssatz bei rund fünf Prozent auf Dauer stabil halten. Zwar steigen im ersten Schritt des Systemwechsels die Beiträge, bleiben danach jedoch unter sonst gleichen Bedingungen konstant oder sinken sogar. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, auch neuen Mitarbeitern eine kapitalgedeckte Altersversorgung zum festen Beitragssatz von einem Prozent zuzusagen.

Nach aufwendigen Recherchen und einer europaweiten Ausschreibung erhielt die Kölner Pensionskasse VVaG (Versorgungsverein auf Gegenseitigkeit) Anfang Januar 2003 den Zuschlag für die Altersversorgung der Klinikumsmitarbeiter. Über die Vergabe entschied das Klinikum in zwei Losen: Mitarbeitern, die sich bereits einen Anspruch bei der VBL erworben hatten, sichert die Kölner Pensionskasse im Rahmen der Besitzstandswahrung die

arbeitgeberfinanzierte Betriebsrente über eine rückgedeckte Unterstützungskasse des BVMW-Versorgungswerks. Mitarbeiter, die zum 1. Januar 2003 das 28. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, sind direkt bei der Kölner Pensionskasse abgesichert. In einem weiteren Teil ging es um eine Pensionskasse, die den ab Januar 2003 neu angestellten Mitarbeitern eine arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung ermöglicht. Auch hier erhielt die Kölner Pensionskasse als bester Anbieter den Zuschlag.

Unabhängige Versicherungsexperten prüften die Angebote

Nach Ende der europaweiten Ausschreibung konsultierte das Klinikum das versicherungsmathematische Institut Bode Grabner Beye AG & Co. KG aus München sowie einen unabhängigen Versicherungsberater, welche die eingegangenen Angebote prüften. Die Vergabekommission des Klinikums folgte mit ihren Entscheidungen den Empfehlungen dieser Experten.

Seit November 2003 können alle Mitarbeiter des Klinikums per Entgeltumwandlung eine zusätzliche Altersvorsorge aufbauen. Etwa 200 Personen machten davon bereits Gebrauch. Entsprechend der Ausschreibung beraten Experten des BVMW-Versorgungswerks die Interessenten. Bei einer Bruttolohnumwandlung von bis zu vier Prozent der Rentenbeitragsbemessungsgrenze (West) erfolgt die Entgeltumwandlung bei der Kölner Pensionskasse. Darüber hinausgehende Beiträge im Rahmen der Entgeltumwandlung gehen an die Unterstützungskasse.

Neuberufungen im Jahr 2003

1 Prof. Dr. Michele Solimena

Seit März C3-Professor für Experimentelle Diabetologie

Die neu geschaffene Professur für experimentelle Diabetologie bietet Prof. Solimena einen festen Rahmen für seine Forschungen. Hauptanliegen ist es, die Signalwege zu identifizieren, die an den Betazellen der Bauchspeicheldrüse die Biosynthese von Insulin und anderen sekretorischen Proteinen regulieren.

2 Prof. Dr. Michael Bachmann

Seit Februar C3-Professor für Tumorimmunologie

Mit der zum Februar 2003 erfolgten Berufung von Prof. Bachmann stärkte die Medizinische Fakultät ihren Profilschwerpunkt „Diagnose und Therapie maligner Erkrankungen“ wesentlich. Prof. Bachmann kam von der Oklahoma Medical Research Foundation nach Dresden.

3 Prof. Dr. Edmund Koch

Seit März C3-Professor Klinisches Sensoring und Monitoring

Prof. Kochs Schwerpunkt ist vor allem die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT). Dieses Verfahren verfolgt den Ansatz, ohne mechanisch bewegte Teile einen A-Scan zu generieren. Dadurch sind höhere Geschwindigkeiten bei der Bildaufnahme bei deutlich reduzierten Kosten möglich.

4 Prof. Dr. Henning Morawietz

Seit Mai C3-Professor Gefäßendothel/Mikrozirkulation

Mit der neuen Professur verstärkt die Fakultät ihren

Profilschwerpunkt „Therapeutische Strategien nach Zell- und Gewebeschädigung“ maßgeblich. Schwerpunkte bilden die Themenkreise „Oxidativer Stress im Endothel“ und „Arteriovenöse Differenzierung von Endothelzellen“.

5 Prof. Dr. Georg Breier
Seit Oktober C3-Professor Endothelzellbiologie/ -pathologie bei Gewebsumbau
Prof. Breier ist ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Angiogeneseforschung und der Untersuchung der Remodellierung von Gefäßen. Sein besonderes Interesse gilt der Reaktivierung eines ansonsten im adulten Organismus ruhenden Endothels, beispielsweise beim Wachstum und bei der Metastasierung solider Tumoren.

6 Prof. Dr. Markus Kohlhaas
Seit August C3-Professor für Augenheilkunde
Prof. Kohlhaas ist der erste europäische Professor mit dem Schwerpunkt refraktive Chirurgie. Der auf Erkrankungen des Lids und des Augenvorderabschnitts spezialisierte Arzt erforscht den Einsatz der Laserchirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten und ist leitender Oberarzt der Augenklinik.

7 Prof. Dr. Jan Dreßler
Seit März C3-Professor für Rechtsmedizin
Der von 1987 bis 1991 in Dresden zum Rechtsmediziner ausgebildete Arzt und Wissenschaftler spezialisierte sich auf Verfahren, mit denen sich das Alter von Wunden genauer bestimmen lässt. Prof. Dreßler ist seit 2001 kommissarischer Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät.

8 Prof. Dr. Evelin Schröck
Seit Juli C4-Professorin für Klinische Genetik
Prof. Schröck ist Spezialistin auf dem Gebiet der onkologischen Forschung. Im Mittelpunkt stehen künftig insbesondere die Krankheitsmechanismen genetisch bedingter Erkrankungen sowie der Aufbau des Bereichs Tumorgenetik. Mit der von ihr mitgebrachten Array-CGH-Methode wird eine erheblich verbesserte, schnellere und auch preiswertere Charakterisierung von Tumorproben und der DNA solcher Patienten erwartet, die an genetischen Erkrankungen mit bisher nicht bekannter Ursache leiden.

9 Prof. Dr. Christian Zietz
Seit Mai C3-Professor für allgemeine und spezielle Pathologie
Im Mittelpunkt der Forschungen von Prof. Zietz stehen vaskuläre Neoplasien, die virale Angiogenese sowie die Infektionspathologie. Unter anderem geht es dabei um die reaktive Gefäßneubildung sowie um die Entstehung von Tumoren der Blut- und Lymphgefäße.

10 Prof. Dr. Katrin Engelmann
Ab April Oberärztin mit dem Schwerpunkt Netzhautchirurgie
Prof. Engelmann ist Spezialistin für die Aufbereitung und Lagerung von transplantierbaren Hornhäuten. Derzeit arbeitet sie am Aufbau einer Hornhautbank in Dresden. Darüber hinaus erforscht die Augenärztin Methoden zur Isolierung, Charakterisierung und Züchtung der Zellen von Spenderhornhäuten Erwachsener. In der Augenklinik ist sie vor allem verantwortlich für die Glaskörper- und Netzhautchirurgie.

„Stellen High-Tech-Therapien und interdisziplinäre Zentren den **Schlüssel** zur Zukunft der Medizin dar?“

4

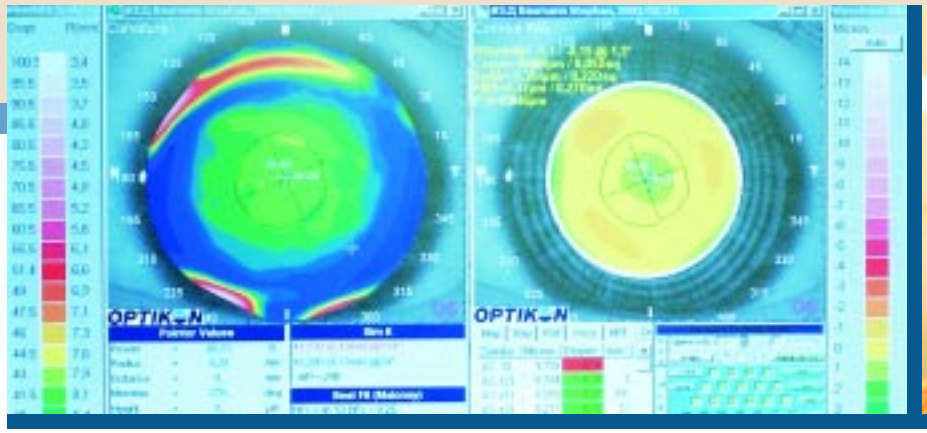
Atemberaubende Innovationsschübe sind in der Medizin längst nicht mehr allein der Grundlagenforschung vorbehalten. Auch im Alltag der Krankenversorgung finden sich immer häufiger innovative Therapien. Und der Patient profitiert auch davon, dass Diagnose und Behandlung immer stärker den Charakter eines ausgeklügelten Prozesses erhalten. Vorreiter am Universitätsklinikum ist hierbei das im Juli 2003 gegründete Universitäts KrebsCentrum.

Beim regelmäßig stattfindenden Tumorboard verständigen sich die Krebsspezialisten auf die optimale Behandlungsstrategie.

Die zunehmende Komplexität der modernen Krebsbehandlung hat international dazu geführt, die Behandlung der Patienten in Krebszentren zu konzentrieren. Diese Cancer Center verfügen sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Forschung über das gesamte Spektrum onkologischer Kompetenz und Technologie. Moderne interdisziplinäre Strukturen sichern eine optimale fachübergreifende Abstimmung und Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten.

Als einer der ersten Standorte in Deutschland wurde im Sommer 2003 das Universitäts KrebsCentrum Dresden (University Cancer Center – UCC) gemeinsam vom Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus gegründet. Als wichtiger erster Schritt wurde eine interdisziplinäre Krebsambulanz eingerichtet, in der Chirurgen, Internisten, Strahlentherapeuten und andere Spezialisten Tür anTür als Team zusammenarbeiten. Dies sichert eine fachübergreifende, individuell angepasste Diagnostik, Therapie und Nachsorge nach modernsten medizinischen Gesichtspunkten. In täglichen interdisziplinären Tumorkonferenzen wird der optimale Behandlungsplan für jeden einzelnen Patienten fachübergreifend festgelegt. Die Mitarbeiter der Ambulanz koordinieren die oftmals komplexen Diagnostik- und Therapieabläufe, die typischerweise durch viele Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen des Universitätsklinikums und externer Partner gekennzeichnet sind. Somit steht mit der interdisziplinären Krebsambulanz für die oft schwer kranken Patienten und ihre Angehörigen anstelle eines meist als verwirrend empfundenen Umfeldes immer ein fester Ansprechpartner zur Verfügung.

Die Bilanz der Anlaufphase ist positiv. Zu Beginn widmete sich das Cancer Center ausschließlich Tumoren des Gastrointestinaltrakts, Sarkomen und besonders seltenen Tumoren. Allein in diesem Indikationsspektrum wurden pro Monat durchschnittlich 75 interdisziplinäre Tumorboardbeschlüsse gefasst und entsprechende Therapien



veranlasst. Mittlerweile sind Spezialsprechstunden für Psychoonkologie und orthopädische Tumoren hinzugekommen. Eine Sprechstunde für Hauttumoren sowie ein Brustkrebszentrum, an dem auch externe Partner teilhaben, nehmen 2004 den Betrieb auf. Durch die Konzentration der Sprechstunden im UCC lassen sich Infrastruktur und personelle Ressourcen optimal nutzen. Bis Ende 2004 werden evidenzbasierte und interdisziplinäre klinische Pfade für alle wichtigen Situationen vorliegen. Geplant ist zudem, das Qualitätsmanagementsystem für das UCC zu zertifizieren. Patienten und beteiligte Ärzte sind gleichermaßen überzeugt vom Nutzen eines interdisziplinären Cancer Centers. Auch Expertengruppen mehrerer anderer Universitätsklinika haben das UCC bereits besucht, um sich Anregungen zum Aufbau ähnlicher Strukturen zu holen.

Innovative Behandlungsmethode: der ESIRIS Excimer-Laser

Im Mai 2003 erhielt die Universitäts-Augenklinik im Rahmen einer Hochwasserspende von der Firma NOVARTIS einen neuen Excimer-Laser, der zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten eingesetzt wird. Besonderheit dieses neuen Lasers ist die innovative Behandlungsmethode der aberrometriegesteuerten Laserbehandlung.

Die Abbildungsqualität des menschlichen Auges ist zwar recht gut, jedoch nach optischen Maßstäben lange nicht perfekt. Die „normalen Abbildungsfehler" des Auges können wir mit einer Brille ausgleichen. Man unterscheidet dabei die sphärische Korrektur sowie die zylindrische Korrektur. Daneben gibt es so genannte Abbildungsfehler höherer Ordnung. Vereinfacht dargestellt sind dies winzige Unregelmäßigkeiten, die verhindern, dass sich alle Lichtstrahlen wirklich exakt auf der Stelle des schärfsten Sehens treffen. Die Aberrometrie dient dazu, das Ausmaß und die Art der verschiedenen kleinen Abweichungen zu messen.

Für die refraktive Hornhautchirurgie setzt die Augenklinik des Universitätsklinikums einen Excimer-Laser vom Typ „ESIRIS" der Firma Schwind ein. Vor der Hornhaut-OP muss diese zunächst vermessen werden. Neue Möglichkeiten dazu bietet das in der Klinik eingesetzte Topografiegerät „Optikon Keratron Scout". Ein 28-Ring-Placido-Messkonus des Geräts nimmt die Hornhautoberfläche auf und erfasst dabei etwa 80 bis 90 Prozent der Oberfläche. Der „Optikon Keratron Scout" stellt die Gestalt der Hornhaut als Höhenprofil farbig dar.

Nach der Analyse der Hornhauttopografie erfolgt die Umwandlung in die so genannte korneale Wellenfront. Diese stellt die Hornhaut in Form von mathematischen Zernike-Polynomen bis zur 7. Ordnung dar. Die korneale Wellenfront liefert Informationen über Abbildungsfehler, welche das Sehvermögen des Patienten negativ beeinflussen. Durch diese Daten lässt sich ein individueller Abtrag an der Hornhaut erzielen, welcher die Sehqualität für den Patienten steigert. Neben der bisher beschriebenen kornealen Wellenfrontanalyse, sind die Abbildungsfehler höherer Ordnung über das gesamte Auge messbar, da auch die Augenlinse und andere innere Augenstrukturen

Mit dem Excimer-Laser lässt sich die Form der Hornhaut so korrigieren, dass Fehlsichtige wieder ohne Brille oder Kontaktlinsen scharf sehen können.

kleine „Unregelmäßigkeiten“ besitzen. Dies nennt man Gesamtaberration des Auges oder Gesamtwellenfrontfehler.

Die Planung des refraktiven Eingriffs erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten. Alle gesammelten Informationen werden in ein für den Patienten optimiertes Ablationsprofil umgewandelt. Die Software wandelt dazu die Wellenfrontkarte in ein dreidimensionales Ablationsvolumen um. Im Anschluss erfolgt der Abtrag mit dem Excimer-Laser-System.

Sehtafel bei simulierter Sehschärfe mit Pupillendurchmesser 6,5 mm – links unkorrigiert, rechts korrigiert.

INNOVATIVE BEHANDLUNG
Vermessungsgeräte und Laser

Ocular Wavefront Schwind-Aberrometer

Corneal Wavefront OPTIKON-Topographer

Eximer Laser

„Gelingt es, in einem großen Klinikbau die **Atmosphäre** zu schaffen, in der sich Patienten wohl fühlen können?“

Das im November 2003 eingeweihte Kinder- und Frauenzentrum führt auf vorbildliche Weise mehrere, ganz unterschiedliche Kliniken in einem Haus zusammen. Die dabei entstandene Nähe unterschiedlicher Fachgebiete sichert beispielsweise bei Frühgeburten die optimale medizinische Betreuung. Die klare architektonische Gliederung des Gebäudes verbessert aber nicht nur die internen Abläufe: Die damit erzielte Transparenz und Großzügigkeit ermöglicht dem Patienten, die Welt außerhalb des Krankenzimmers jederzeit wahrzunehmen.

Helle Räume mit interessanten Ausblicken sorgen im neuen Kinder- und Frauenzentrum für eine patientenfreundliche Atmosphäre.

Der Neubau des Kinder- und Frauenzentrums ist der neunte Neu- beziehungsweise Erweiterungsbau, der seit Gründung der Medizinischen Fakultät im Jahre 1993 in Betrieb ging. Auf dem nordöstlichen Teil des Geländes des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus entstand ein Zentrum, in dem optimale Bedingungen für die medizinische Betreuung der Patienten sowie für Lehre und Forschung herrschen. Die bisher getrennt liegenden Einrichtungen der Kliniken und Polikliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie und des Instituts für Klinische Genetik der Medizinischen Fakultät wurden zu einer baulichen und funktionellen Einheit zusammengeführt.

Die unmittelbare Nachbarschaft des Kreißsaales und des Saales für operative Geburten der Frauenklinik sowie der neonatologischen Intensivpflege der Kinderklinik gewährleisten bei problematischen Geburten eine lückenlose medizinische Versorgung. Ein entsprechender räumlicher Zusammenhang ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor für die Therapie und trägt dazu bei, dass Kinder und Frauen so schnell wie möglich gesund werden.

Auch aus der unmittelbaren Nähe von Kinderchirurgie und Kinderklinik in einem gemeinsamen Gebäude erwartet das Klinikum Synergieeffekte bei der Behandlung der kleinen Patienten. Gemeinsam nutzen die drei Kliniken die Eingangshalle mit Aufnahme und Serviceeinrichtungen, Liegendkrankenvorfahrt und Notaufnahme, die Bereiche der Lehre mit Hörsaal, Seminarräumen und Bibliothek, Forschungslabore und die Ver- und Entsorgung.

Mit jährlich 11.000 stationären und 2.000 tagesklinischen Patienten sowie etwa 60.000 ambulanten Patientenkontakten wird das Kinder- und Frauenzentrum sehr stark frequentiert. Zu dieser Patientenzahl kommen insbesondere in der Kinderklinik noch Begleitpersonen und zahlreiche Besucher.

Der Neubau des Kinder- und Frauenzentrums beherbergt neben den Stationen, Kreiß- und OP-Sälen unter anderem auch Labors und Ambulanzen.

Der Neubau hält rund 14.000 Quadratmeter Nutzfläche vor. Die einzelnen Kliniken verfügen über die folgenden Bettenkapazitäten:

101 Betten Kinderklinik einschließlich 25 ITS-Betten
26 Betten Kinderchirurgie
100 Betten Frauenklinik und Geburtshilfe sowie
10 Tagesplätze Kinderklinik
10 Tagesplätze Kinderchirurgie und
10 Tagesplätze Frauenheilkunde

Die sieben Geschosse des neuen Baukörpers sind wie folgt gegliedert:

2. bis 4. OG: Pflegegeschosse
1. Obergeschoss: die Bereiche der Operation, Entbindung, Intensivmedizin und die Anbindung an die Häuser 19, 58 und 59
Erdgeschoss: Eingangsbereich mit ambulant genutzten Untersuchungs- und Diensträumen
1. Untergeschoss: Laborbereiche und Funktionsbereiche für ergänzende Spezialuntersuchungen
2. Untergeschoss: Technikräume

Neubau mit großer architektonischer Klarheit

1997 lobten Klinikum und Freistaat europaweit einen baulichen Realisierungswettbewerb für das Kinder- und Frauenzentrum aus, der in zwei Phasen ablief. In der ersten Phase reichten die Bewerber 157 Arbeiten ein, aus denen 30 Teilnehmer in die engere Wahl kamen. Aus der anschließenden zweiten Phase des Wettbewerbs gingen zwei 2. Preise hervor mit der Empfehlung des Preisgerichtes, das Mitte September unter dem Vorsitz von Prof. E. Rossmann empfahl, diese beiden Entwürfe zu überarbeiten. Der modifizierte Entwurf des Berliner Architekturbüros Heinle, Wischer und Partner wurde schließlich einstimmig zur Realisierung empfohlen.

Die Arbeit dieses Architekturbüros zeichnet sich durch eine große funktionale und städtebauliche Klarheit aus. Die gewählte Kammlösung leitet in akzeptabler Weise vom Klinikum in den Elbraum über und nimmt die maßgeblichen Fluchtlinien des Gebäudebestandes auf.

Das Preisgericht beurteilte die Arbeit mit folgenden Worten: „Die Kinder- und Frauenklinik reagiert mit einer maßstäblichen Baukörperentwicklung auf das städtebauliche Umfeld. Der große Grünraum im Süden wird mit Bezug auf die vorhandenen Gebäude (Haus 19 und 25) harmonisch gefasst. Die nach Norden offenen Gebäuderiegel wahren einen großen Abstand zur Pfotenhauerstraße und differenzieren die Baumasse auf der Elbseite. Über den leicht erhöhten Eingangsplatz sind beide Kliniken offensichtlich und großzügig von der Klinikstraße als Hauptachse des Universitätsklinikums erreichbar."

Die Anordnung der Funktionsbereiche und -stellen in den einzelnen Geschossen und die Beziehung untereinander berücksichtigt mit kurzen Wegen auf nahezu vorbildliche Weise die Bedürfnisse der Kliniken.

Die Anbindung an den bestehenden Bau Haus 19 mit direkter Nachbarschaft der Pädiatrischen ITS sowie die optimale Lage und Zuordnung von Entbindung, OP und Neonatologischer ITS sind besonders gelungen.

Die separate Lage der Lehrbereiche (Hörsaal und Seminarräume) kanalisiert die Besucherströme innerhalb der Klinik: Über die zentrale und verbindende Halle bleibt andererseits die Einheit von Lehre, Forschung und medizinischer Betreuung gewahrt.

Die lang gestreckte Gartenhalle stellt einen sehr schönen Bezug zum grünen Innenhof nach Süden her. Sie schafft Übersichtlichkeit und ermöglicht eine gute Orientierung. Auf direktem und kurzem Weg gelangen gehfähige Patienten, Studenten, Personal und Besucher in alle Untersuchungs- und Behandlungsbereiche im Unter-, Erd- sowie 1. Obergeschoss. Andererseits ist über Bettenaufzüge eine störungsfreie, separate Verbindung zwischen den Stationen und den Operationssälen, den Intensivstationen sowie den sonstigen Untersuchungs- und Behandlungsbereichen gewährleistet.

Die Schnellverbindung über Aufzüge und die notwendigen Treppen werden durch offene einläufige Treppen und Galerien ergänzt. Über sie werden sämtliche an der Halle liegenden Funktionsstellen großzügig erschlossen.

„Können sich Universitätsklinika die **Ausbildung** junger Mediziner zukünftig überhaupt noch leisten?“

Der Anspruch an das Medizinstudium wuchs in den vergangenen Jahren rasant: Zum einen gilt es, das exponentiell ansteigende Wissen an die Studenten weiterzugeben. Andererseits wächst der gesellschaftliche Druck auf die Arztausbildung: Mediziner sollen nicht nur die Krankheit ihrer Patienten mit höchster Fachkompetenz bekämpfen, sondern sie auch als Individuen mit spezifischen Bedürfnissen wahrnehmen. Damit diese Aufgabe erfüllbar bleibt, muss die Lehre neu organisiert werden. Nur bei einer klaren Verteilung der Aufgaben zwischen Krankenversorgung und Lehre sind diese Ansprüche auch in der Zukunft einlösbar.

Schon früh lernen Dresdner Medizinstudenten die Krankheiten und deren Therapien im direkten Kontakt mit den Patienten kennen.

Ärzte müssen immer ausgebildet werden. Mehr als je zuvor bedürfen die Menschen hoch qualifizierter medizinischer Betreuung. Dies ist nur im unmittelbaren Kontakt zur Praxis möglich. Die Frage ist folglich anders zu stellen: Wie kann ein Universitätsklinikum auch zukünftig – unter dem steigenden wirtschaftlichen Druck der Gesundheitskosten und -politik die Ausbildung von Ärzten bewältigen?

Es gibt darauf nur eine Antwort: Das Management, die Organisation der Arbeitsabläufe, ist dringend an die Erfordernisse der Zeit anzupassen. Die inhaltlich zwingend geforderte Einheit von Lehre und Patientenbetreuung/ Krankenversorgung muss organisatorisch eine Trennung erfahren. Die in der Lehre eingesetzten Personen müssen also den entsprechenden Aufgaben fest zugeordnet sein, um diese zur geplanten Zeit erfüllen zu können. Es ist künftig zu vermeiden, dass die Betreuung der Patienten und die Lehre zur gleichen Zeit erfolgen. Denn ein Mensch kann zu einem Zeitpunkt nur eine anspruchsvolle Tätigkeit korrekt erfüllen. Wer in einem Tutorium oder Seminar lehrt, kann nicht gleichzeitig operieren, anästhesieren oder Verbände wechseln. Wer in der Lehre eingesetzt wird, muss während dieses definierten Zeitraumes von jeglicher anderen Tätigkeit befreit sein.

Um dem Anspruch einer kompetenten Lehre gerecht zu werden, sind im Vorfeld folgende Fragen zu beantworten: Wer übernimmt wie viele Anteile an der Lehre und zu welchen Terminen werden diese erfüllt? Dementsprechend ist derjenige zu den definierten Zeiten im Einsatzplan der Klinik zu berücksichtigen und nur verkürzt einzusetzen. Gleichermaßen muss seine Vertretung für mögliche Ausfallzeiten vorab geklärt sein. Ist dies geschehen, kann derjenige in den verbleibenden Zeiten ungebremst Krankenversorgung und Qualifizierung betreiben.

Ohne Stress zu lehren und darüber hinaus die eigenen Qualifikationsziele zu erreichen – nur wenn dieser Anspruch für die Klinikumsärzte erfüllbar ist, können sie motiviert junge Leute ausbilden. Dies ist ein Garant für

KURSANGEBOTE:
Wintersemester

Pathomechanismen	9 Wochen
Grundlagen der Pharmakotherapie	6 Wochen
Pflichtkurse im Studiengang Medizin für alle Studenten im 5. Fachsemester/1. klinischen Semester und im Studiengang Zahnmedizin für alle Studierenden im 7. Fachsemester/2. klinischen Semester	
Herz–Kreislauf–Lunge	7,5 Wochen
Nervensystem und Psyche, Pflichtkurs	7,5 Wochen
Pflichtkurse im Studiengang Medizin für alle Studenten im 7. Fachsemester/3. klinischen Semester	
Onkologie	8 Wochen
Kopf	4 Wochen
Prävention und Versorgung	3 Wochen
Pflichtkurs im Studiengang Medizin für alle Studenten im 9. Fachsemester/5. klinischen Semester	

Sommersemester

Infektiologie	11 Wochen
Akute Notfälle	3 Wochen
Pflichtkurse im Studiengang Medizin für alle Studierenden im 6. Fachsemester/2. klinischen Semester und im Studiengang Zahnmedizin für alle Studierenden im 6. Fachsemester/1. klinischen Semester	
Haut, Muskel, Gelenke	7 Wochen
Ernährung, Stoffwechsel, Ausscheidung	7 Wochen
Pflichtkurse im Studiengang Medizin für alle Studierenden im 8. Fachsemester/4. klinischen Semester	
Notfall–Verletzungen–Intensivmedizin	6 Wochen
Fortpflanzung–Entwicklung–Wachstum	7 Wochen
Pflichtkurse im Studiengang Medizin für alle Studierenden im 10. Fachsemester/6. klinischen Semester	

qualifizierten Nachwuchs, der dieselbe Arbeit später genauso gern übernimmt. Die Verantwortung für diesen Prozess hat die Leitung – die des Universitätsklinikums ebenso wie die der Fakultät.

Beide sind sich dessen bewusst und befördern den Prozess gezielt, indem sie das Qualitätsmanagement des Klinikums wie auch die Organisationseinheiten der Fakultät (Studiendekanat) zur Realisierung dieses Zieles verpflichten.

POL-System in allen Studienjahren etabliert

Im Jahr 2003 wurde die Umstrukturierung der Lehre hinsichtlich des DIPOL-Projektes für den klinischen Studienabschnitt beendet. Das heißt, die Ausbildung für Studierende im 3. bis 5. Studienjahr erfolgt in Kleingruppen sowie vollständig praxis- und patientennah, orientiert am Problem – das heißt an Patientenfällen.

Für jeden der aufgeführten Kurse wurden in jeder Vorlesungswoche jeweils drei Tutorien organisiert: Das sind Lerngruppen mit einer Stärke von acht bis zehn Studierenden, welche ein Tutor – ein Arzt oder ein anderer medizinischer Wissenschaftler – beim Finden der Patientenproblem-Lösungen begleitet. Die Studierenden diskutieren die Diagnose, schlagen Therapien vor, sammeln Informationen aus der Literatur und erarbeiten – allein und in Gruppen – im Selbststudium die Thematik. Der Tutor beobachtet, gibt Hinweise und bleibt ansonsten weitgehend im Hintergrund.

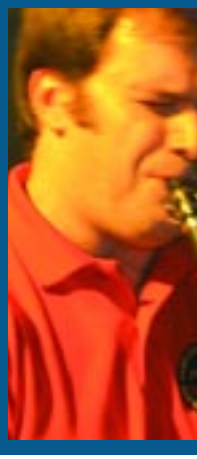
Neben der Mediziner-Ausbildung der Fakultät (rechts) bietet die Medizinische Berufsfachschule des Klinikums jungen Leuten verschiedene Ausbildungsgänge an.

Dennoch bedeutet diese Lernmethode, dass in jeder Vorlesungswoche pro Kurs etwa 20 bis 25 Ärzte – insgesamt also 60 bis 70 Wissenschaftler – für jeweils mindestens sechs Stunden (ohne Vor- und Nachbereitung) keine Kranken versorgen können. Diese Arbeit ist in dieser Zeit durch andere Kolleginnen und Kollegen vollständig zu kompensieren. Für die Kliniken bedeutet dies einen hohen Aufwand an Organisation und Management.

STUDENTENZAHLEN 2003
(WS 2003/04) bzw. Absolventen

(Stand 1. 12. 2003) (als Summe über das gesamte Jahr)	STUDIENGANG Medizin	Zahnmedizin	Gesundheitswissenschaften Public Health	gesamt
Neu-Immatrikulationen 1. Fachsemester	269	63	–	**332**
Absolventen	125	44	11	
Studierende	1.655	307	30	**1.992**

„Hilft die **Öffentlichkeitsarbeit** einem Krankenhaus dabei, den Turbulenzen im Gesundheitswesen zu trotzen?“



Die Initiative des Universitätsklinikums, sich mit strategisch angelegten Public Relations in der Öffentlichkeit neu zu positionieren, ist 2003 erfolgreich fortgesetzt worden. Der Schwerpunkt der Medienarbeit lag unter anderem auf der Eröffnung des Kinder- und Frauenzentrums im November. Doch das Klinikum-Marketing geht weit über diese Form der Öffentlichkeitsarbeit hinaus.

Mit der Veranstaltungsreihe „Jazz im Klinikum" präsentiert sich das Universitätsklinikum der Öffentlichkeit einmal ganz anders.

Der Erfolg der über mehrere Monate angelegten Öffentlichkeitsarbeit für das neue Kinder- und Frauenzentrum lässt sich nicht nur an der großen Zahl von Zeitungsartikeln und Fernsehbeiträgen messen, sondern auch am Patientenzuwachs: Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kamen im letzten Quartal 2003 damit 21 Prozent mehr Babys im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus zur Welt. Diese Zahl zeigt, dass es durchaus Spielräume gibt, mit gezielten Aktionen weitere Patienten zu gewinnen. Angesichts des zu erwartenden Wettbewerbs unter den Krankenhäusern gewinnt die Öffentlichkeitsarbeit auch in diesem Bereich weiter an Bedeutung.

Voraussetzung dieser erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit sind adäquate Strukturen, die das Universitätsklinikum in den letzten Jahren aufbaute. Seit 1991 vertritt ein professioneller Pressesprecher das Klinikum gegenüber den Medien. Die Arbeitsgruppe „Marketing" entwickelt gemeinsam mit einer PR-Agentur neue Medien und Mittel der Öffentlichkeitsarbeit – unter anderem eine englischsprachige Angebotsbroschüre. Daneben erarbeiten eine vierköpfige Redaktion sowie ein Redaktionsbeirat die vierteljährlich erscheinende Mitarbeiterzeitschrift „Carus Intern".

Aufbauend auf diesen Strukturen wurden die Öffentlichkeit wie auch die Mitarbeiter des Klinikums über das im November eingeweihte Kinder- und Frauenzentrum und seine inhaltliche Konzeption kontinuierlich informiert. Damit die Dresdner das neue Zentrum hautnah kennen lernen konnten, organisierte das Klinikum zwischen Juli und Oktober insgesamt vier medienwirksame Ereignisse. Den Anfang der strategisch geplanten Abfolge machte gut zwei Monate vor der Eröffnung ein Baustellenrundgang für Journalisten. Eine Woche vor dem Einzug der ersten Nutzer folgte ein Tag der offenen Tür, zu dem rund 4.000 Interessierte kamen und der ein ebenfalls entsprechendes Medienecho fand. Im Vorfeld dieses Tages gab das Universitätsklinikum einen Informationsflyer über das Zentrum heraus. Auch über die offizielle

Impressionen vom Tag der offenen Tür des Kinder- und Frauenzentrums, zu dem rund 4.000 Gäste kamen.

Einweihungsfeier berichteten Zeitungen, Radio- und Fernsehsender. Den Abschluss der PR-Kampagne bildete die Präsentation des ersten Babys im neuen Kinder- und Frauenzentrum, die ebenfalls ein breites Medienecho hervorrief.

Klinikums-PR: neue Wege mit englischer Broschüre und Jazzkonzerten

Das Klinikum ist im Jahr 2003 mit seinem Angebot an Diagnose- und Therapieangeboten auch im Ausland präsent gewesen, unter anderem in Ägypten. Um Patienten zu gewinnen – vor allem aus arabischen und osteuropäischen Ländern –, gab das Universitätsklinikum eine englischsprachige Broschüre heraus. Unter dem Titel „Profiles of medical treatment in Dresden" stellen ausgewählte Kliniken auf mehr als 30 Seiten ihre Schwerpunkte in der Patientenversorgung vor.

Übergeordnetes Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist, das Universitätsklinikum als den führenden Gesundheitsdienstleister in der Region zu positionieren und den Blick der Öffentlichkeit auf die Einrichtung als Ganzes zu lenken. Themen zur Infrastruktur – beispielsweise die Einweihung des neuen, klinikumsweit aufgebauten Datennetzes – trugen dazu bei, dass das Klinikum auch jenseits medizinischer Themen in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde. Eine weitere Initiative in dieser Richtung ist die 2003 ins Leben gerufene Veranstaltungsreihe „Jazz im Klinikum". Alle drei Konzerte fanden ein begeistertes Publikum, das auf diese Weise das Klinikum einmal ganz anders kennen lernte. Während die Konzerte des Dresdner Gitarren-Duos „Nassler & Schneider" und des „Sammy-Vomaka-Trios" im Dekanatshörsaal stattfanden, trat die „Günther-Fischer-Band" im Dezember vor 400 begeisterten Zuhörern im ausverkauften Foyer des Medizinisch-Theoretischen Zentrums auf.

Einen wichtigen Beitrag für die weitere erfolgreiche Entwicklung des Universitätsklinikums leisten neben den hoch qualifizierten Mitarbeitern auch diejenigen, welche die Einrichtung auf Seiten der Politik, des Gesundheitswesens und der Verwaltung begleiten. Um diese Partner für die Bedürfnisse und Anforderungen des Klinikums zu sensibilisieren und eigene Impulse zu setzen, laden die Klinikumsvorstände seit 2002 regelmäßig zu „Gesundheitspolitischen Abenden" ein. So auch 2003 zu zwei Veranstaltungen, die den Gästen die Gelegenheit gaben, einen Blick in die Neubauten zu werfen. So fand der 2. Gesundheitspolitische Abend am 2. Juni 2003 im Operativen Zentrum statt. Rüdiger Strehl, Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands sprach zum Thema „Sind Universitätsklinika in Zukunft noch finanzierbar?". Am 12. November 2003 lud der Vorstand ins neue Kinder- und Frauenzentrum ein. Der Aufsichtsratsvorsitzende des Universitätsklinikums, Prof. Peter C. Scriba, referierte zur Frage „Ist nach der Gesundheitsreform – vor der Gesundheitsreform?". Rund 100 Gäste folgten jeweils der Einladung des Vorstands, darunter auch der Staatsminister für Kultur und Wissenschaft, Dr. Matthias Rößler.

Mit sehr unterschiedlichen Publikationen erläutert das Universitätsklinikum sein Leistungsangebot. Das Spektrum reicht vom Flyer bis zur aufwendig gestalteten Broschüre in englischer Sprache.

„Kann Qualität mehr sein, als in jedem Moment das **Bestmögliche** zu tun?“

Die Patienten Tag für Tag optimal zu versorgen, ist für Ärzte, Pflegepersonal und auch alle anderen Mitarbeiter des Universitätsklinikums selbstverständlich. Doch die Summe der einzelnen Leistungen reicht heute nicht mehr aus, um die besten Ergebnisse in der wirtschaftlich notwendigen Effizienz zu erbringen. Einem gut etablierten Qualitätsmanagementsystem kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu. Auf der Agenda des letzten Jahres standen unter anderem die Zertifizierung von Kliniken und Instituten und gezielte Maßnahmen, um die Zahl von Krankenhausinfektionen zu senken.

Mit besonders hautfreundlichen und allergiearmen Mitteln zur Handdesinfektion – aber auch mit eigenen Kontrollen – sorgt das Universitätsklinikum dafür, dass nicht optimal desinfizierte Hände als Quelle von Krankenhausinfektionen zurückgedrängt werden.

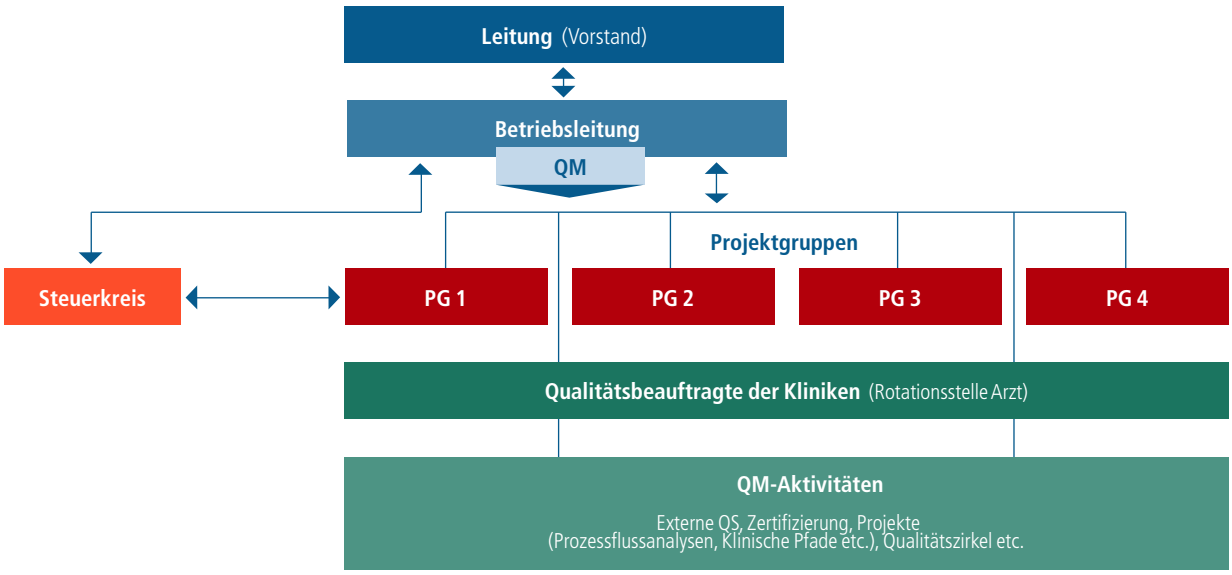
Bisher nutzte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus seine Jahresberichte dazu, seine Leistungen im engen Zusammenhang mit der dabei erbrachten Qualität darzustellen. Als Ausdruck einer klaren Managementphilosophie führten die Berichte der vergangenen Jahre die qualitätsrelevanten Themen mit den Leistungsdaten zusammen. Mit der im Paragraphen 137 des 5. Sozialgesetzbuches neu verankerten Pflicht zur Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes ab dem Jahr 2005 wird sich auch der Jahresbericht des Klinikums wandeln. Der Vorstand entschloss sich jedoch bereits in diesem Jahr dazu, sich der neuen Aufgabe vorfristig zu stellen. Deshalb enthält dieses Kapitel den so genannten Systemteil nach den Vorgaben der Partner der Selbstverwaltung. Dieser beschreibt das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement. Gemäß der vorgeschlagenen Systematik stellt dieser Teil die tatsächliche Umsetzung von Projekten in den Mittelpunkt, welche die Struktur-, Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität zum Nutzen des Patienten verbessert.

Die Qualitätspolitik des Klinikums

Mit Beginn des Jahres 2000 hat sich der Vorstand des Universitätsklinikums für die Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements ausgesprochen. Mit dieser Entscheidung folgt er nicht nur der Forderung des Gesetzgebers (§ 135 a Sozialgesetzbuch – SGB V), sondern der Erkenntnis, dass es im Bemühen um Qualität zum Wohle des Patienten mehr braucht als die zahlreichen Einzelaktivitäten in den verschiedenen Kliniken und Instituten. Vielmehr gilt es, die Zufriedenheit der Patienten und folglich auch der Mitarbeiter im universitären Spannungsfeld von Krankenversorgung, Forschung und Lehre mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Zwängen konsequent und systematisch in den Vordergrund des täglichen Tuns und Handelns zu stellen.

Im ersten Schritt schuf das Klinikum eine Stabsstelle Qualitätsmanagement, die heute als Zentralbereich mit

1 QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM



insgesamt 4,5 angestellten Mitarbeitern fest etabliert und direkt dem Vorstand unterstellt ist. Jährlich beschließt der Vorstand einen Qualitätsentwicklungsplan, der für das Jahr 2003 folgende Schwerpunkte setzte:

Die Klinikumsleitung verfolgt in erster Linie nicht die flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute und Bereiche. Vielmehr soll die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Dienst und zum Wohle der Patienten und Mitarbeiter systematisch verbessert werden. Das bereits eingeführte und in mehreren Bereichen etablierte Qualitätsmanagementsystem gilt es, in diesem Sinne weiterzuentwickeln und zu festigen. Aus diesem Grund wurden im Jahr 2003 in folgenden Modelleinrichtungen des Universitätsklinikums verschiedene, auf die jeweilige Einrichtung zugeschnittene Qualitätsmanagementverfahren etabliert und hinsichtlich des Aufwandes und Nutzens sorgfältig überprüft sowie bewertet:

- Im Institut für Pathologie erfolgte eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000.
- In der Klinik und Poliklinik für Orthopädie wurde mittels einer Selbstbewertung nach dem Deutschen Zertifizierungsverfahren „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)“ ein systematisches Qualitätsmanagement eingeführt.
- Die Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität im Universitätsklinikum Dresden wurde als herausragende Priorität beschlossen und damit die Beteiligung am International Quality Indicator Project (IQIP).

Das Qualitätsmanagementsystem

Das Qualitätsmanagementsystem des Universitätsklinikums bekennt sich klar zur Forderung, dass Qualitätsmanagement eine Leitungsaufgabe ist und damit Vorbildfunktion auslöst. Die Grundidee des seit dem Jahr 2000 funktionierenden Systems besagt, dass in allen Kliniken und Instituten zweifelsohne zahlreiche Aktivitäten, Projekte und Maßnahmen laufen, welche die Leistungsqualität des Klinikums verbessern helfen. Im Interesse des Gesamtklinikums sind diese Vorhaben als Teil der Unternehmensphilosophie zu priorisieren und entsprechende Ressourcen freizusetzen. Demzufolge werden anhand eines jährlichen Qualitätsentwicklungsplanes qualitätsrelevante Schwerpunkte für das Gesamtklinikum seitens des Vorstandes beschlossen und damit Ressourcen zu deren Umsetzung freigesetzt. Abbildung 1 veranschaulicht die Struktur des Qualitätsmanagementsystems: Die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement ist Mitglied in der Betriebsleitung, welche als Beratungsgremium des Vorstandes eine

2 MITGLIEDER DES STEUERKREISES
Stand vom 1. Mai 2004

Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter	Medizinische Fakultät, Studiendekan
Prof. Dr. med. Martin Pette	Klinik und Poliklinik für Neurologie, OA
PD Dr. med. Maximilian Ragaller	Klinik und Poliklinik für Anästhesie, OA
Dr. med. Jörg Gastmeier	Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie, OA
Dr. med. Cornelie Haag	Klinik und Poliklinik I, OÄ
Dr. med. Sven Oehlschläger	Klinik und Poliklinik für Urologie, OA
Dr. med. Wolf-Christoph Witzleb	Klinik und Poliklinik für Orthopädie, OA
Dr. rer. nat. Lutz Jatzwauk	Krankenhaushygiene, Leiter
Dr. rer. nat. Holger Knoth	Klinik-Apotheke, Leiter
Gitta Helaß	Pflegedirektorin
Meike Kraetsch	Pflegedienstleiterin
Kerstin Stübner-Röhler	Geschäftsbereich Personal, Leiterin
Dr. oec. Mandy Zschiesche	Geschäftsbereich Finanzen, Leiterin
Georg Vater	Geschäftsbereich Medizinisches Rechenzentrum, Leiter
Dr. med. Maria Eberlein-Gonska	Qualitätsmanagement, Leiterin
Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht	Medizinischer Vorstand als ständiger Gast
Gäste	

wesentliche Filterfunktion für zahlreiche, das Gesamtklinikum betreffende Schwerpunktthemen darstellt.

Der Steuerkreis als Expertenkreis für qualitätsrelevante Fragen des Uniklinikums (Abb. 2) stimmt mit dem Vorstand einen jährlichen Plan seiner Tätigkeiten ab und arbeitet diesem entsprechende Entscheidungsvorlagen zu – beispielsweise von Maßnahmen, die den innerbetrieblichen Patiententransport verbessern bis hin zur strukturierten Erarbeitung von Behandlungspfaden. Der Steuerkreis kann Projektgruppen konkrete Aufgaben übertragen, die er dann in den monatlichen Sitzungen auswertet.

Darüber hinaus gibt es in jeder Klinik und in jedem Institut – auch denen der Medizinischen Fakultät – ernannte Qualitätsbeauftragte, die sich in monatlichen Arbeitstreffen über aktuelle Themen informieren und austauschen. All diese Aktivitäten fließen über den Steuerkreis in die Betriebsleitung und den Vorstand und führen zu klinikumsübergreifenden Entscheidungen. Die Qualitätsbeauftragte des Universitätsklinikums hat hier eine sowohl koordinierende als auch moderierende Funktion.

Dieses hier kurz dargestellte Qualitätsmanagementsystem entbindet keine Mitarbeiterin und keinen Mitarbeiter von seiner Verpflichtung, persönlich für die Qualität seiner eigenen Arbeitsleistung verantwortlich zu sein. Das QM-System liefert hierzu entsprechende Hilfen für die Arbeit am und mit dem Patienten.

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Im Berichtsjahr 2003 nahm das Universitätsklinikum gemäß den gesetzgeberischen Anforderungen des § 137 SGB V mit allen Modulen zur externen Qualitätssicherung erfolgreich teil. So wurde zum einen die Vollständigkeit der Dokumentation erreicht, zum anderen stellten die Facharbeitsgruppen auf Landesebene keine Auffälligkeiten fest.

„Die fachliche Expertise für qualitätsrelevante Themen des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus liefern die Fachexperten im so genannten ‚Steuerkreis', der interdisziplinär aus Kliniken, Instituten und Verwaltungsbereichen mit hoher Hierarchieebene besetzt ist."

Können Pathologen nach DIN arbeiten?

Können Ärzte und Labormitarbeiter nach denselben Qualitätsnormen arbeiten, wie Monteure und Ingenieure? Heute beantworten die Mitarbeiter des Instituts für Pathologie diese Frage mit einem eindeutigen „Ja". Doch auch zum Start der Zertifizierung nach der Norm DIN EN ISO 9001:2000 nahmen Pathologen, Medizinisch-Technische Angestellte, Sekretärinnen und Mitarbeiter der Verwaltung die Herausforderung offen an.

Auf die Ergebnisse des knapp ein Jahr dauernden Prozesses blicken die Institutsmitarbeiter heute jeden Tag: Es sind die wichtigsten Ablaufschemata, die in den Laboren hängen. Diese Verfahrensanweisungen helfen dem Einzelnen, sich im Zweifelsfall über die Folge der Arbeitsschritte und die einzusetzenden Materialien abzusichern.

Auch für die Fachärzte für Pathologie führte die Zertifizierung zum Umdenken. Beim Erstellen des Qualitätshandbuchs mussten sie sich die einzelnen Schritte vergegenwärtigen, die sie im Rahmen von Gewebeuntersuchungen abarbeiteten. Bisher war diese Abfolge von Arzt zu Arzt übermittelt worden, so dass es unterschiedliche Arbeitsstile gab. Nach der Zertifizierung sind diese nun standardisiert und schriftlich fixiert.

Die im Qualitätshandbuch festgelegten Abläufe beeinflussten weniger die ohnehin geringe Zahl von fehlerhaften Befunden. Dagegen stieg die Effizienz erheblich: Bei gleich bleibender Mitarbeiterzahl wuchs 2003 die Menge der vom Institut untersuchten Gewebeproben um 30 Prozent auf 37.000. Durch das auf jedem Instituts-PC abrufbare elektronische Handbuch können die Mitarbeiter im Zweifelsfall erstmals schnell und unkompliziert auf die entsprechenden Informationen und Anweisungen zurückgreifen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der Proben sank von 1,8 auf 1,4 Tage. Ursache hierfür ist vor allem der gesunkene Zeitaufwand für seltene und komplexe Befundungen.

Ausgewählte Projekte im Jahr 2003

Die Zertifizierung des Institutes für Pathologie nach DIN EN ISO 9001:2000

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einem Institut für Pathologie an einem Universitätsklinikum muss gleichermaßen den komplexen Anforderungen von Krankenversorgung, Forschung und Lehre entsprechen. Damit ist es erforderlich, alle Mitarbeiter einzubeziehen, um die Qualitätsstandards für das gesamte Institut erfolgreich zu erarbeiten, zu implementieren und weiterzuentwickeln.

Anhand der internationalen Norm DIN EN ISO 9001: 2000 analysierte das Institut für Pathologie des Universitätsklinikums systematisch seine Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Dabei wurden nicht nur die Abläufe und Verantwortlichkeiten verbindlich festgelegt, sondern zugleich Parameter zur Qualitätsmessung entwickelt. Auf diese Weise schuf sich das Institut eine Grundlage für die eigene Bewertung und kann sich zudem mit anderen Einrichtungen vergleichen. Ziel ist dabei auch, dass jeder einzelne Mitarbeiter das Grundprinzip des Qualitätsmanagements verinnerlicht – die kontinuierliche Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Rahmen der Erstellung eines Managementhandbuches schuf sich das Institut für Pathologie eine EDV-gestützte Struktur, die alle notwendigen Prozesse mit Blick auf die Krankenversorgung, Forschung und Lehre integriert.

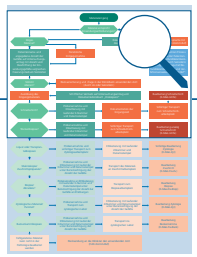
Grundlage für die Erarbeitung des Handbuches war eine vom Berufsverband Deutscher Pathologen e. V. zur Verfügung gestellte Vorlage, die an die universitären Bedürfnisse angepasst wurde und sich in folgende Themenschwerpunkte gliedert:

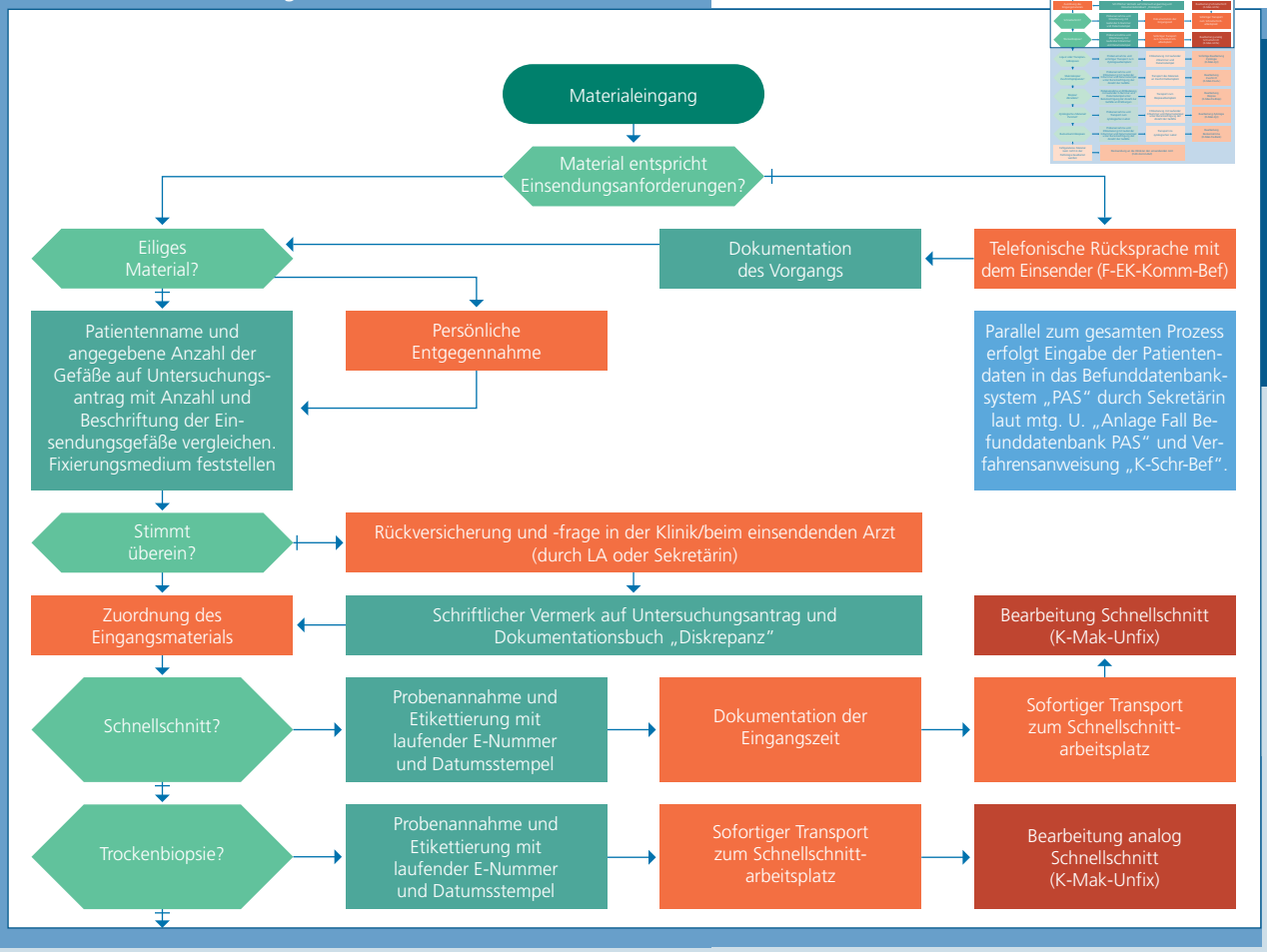
- Institutsleitfaden
- Führungsprozesse
- Kernprozesse
- Unterstützungsprozesse
- Mitgeltende Unterlagen

Der Leitfaden gibt einen Überblick über das Institut und vermittelt einen Einblick in das Qualitätsmanagementsystem. Dieses schließt sich in Form detaillierter Verfahrensbeschreibungen für die einzelnen Prozesse an (Abb. 3), die allen Mitarbeiter als wichtige Arbeitswerkzeuge dienen.

Als Resultat entstanden unter anderem für den diagnostischen Bereich interne und externe Indikatoren für eine Qualitätsbewertung. Diese betreffen beispielsweise definierte Zeiten für das Erstellen von Befunden, den

3 VERFAHRENSANWEISUNG – PROBENEINGANG
Institut für Pathologie (Ausschnitt)





systematischen Vergleich von Schnellschnitten und Paraffinhistologie bis hin zur Erarbeitung eines validierten Erhebungsinstruments, mit dem sich die Zufriedenheit von Kunden oder Einsendern messen lässt. Zudem wurden Lehrveranstaltungen, Kurse und Seminare extern evaluiert und transparente Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Forschungsarbeit definiert.

Insgesamt ist die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems mittels der DIN EN ISO 9001:2000 ein geeignetes und hilfreiches Instrument für ein universitäres Institut für Pathologie. Die Norm mit internationalem Anspruch bietet eine geeignete Matrix, um die Qualität kontinuierlich und strukturiert zu verbessern – dies gilt nicht nur für die Krankenversorgung, sondern auch für die Bereiche Forschung und Lehre. Dem Nutzen für das Institut für Pathologie steht der Aufwand gegenüber, der im Rahmen eines begleitenden Projektcontrollings dokumentiert wurde.

Nicht nur das Institut selbst profitiert von der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2000, sondern das gesamte Klinikum. So erhielt das Managementhandbuch in der Pathologie den Status eines Musterhandbuchs für das gesamte Universitätsklinikum und steht allen weiteren Kliniken und Instituten zur Verfügung. Damit entfällt ein nicht unbeträchtlicher Teil der Entwicklungsarbeit. Zudem schafft dieses Musterhandbuch die Grundlage für eine einheitliche Vorgehensweise der verschiedenen Bereiche. Als nächste Einrichtung nutzt das Universitäts KrebsCentrum das Handbuch für eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000.

Infektionsrisiko auch unter OP-Handschuhen

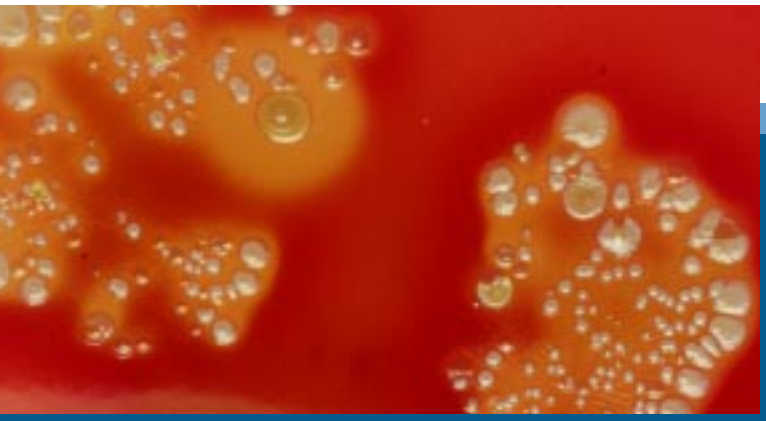
Wie sauber sind die Hände eines Operateurs oder der OP-Schwester, bevor sie in ihre Latexhandschuhe schlüpfen? Um Antworten auf diese Frage zu bekommen, tauchen der Leiter der Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums, Dr. Lutz Jatzwauk, und seine Mitarbeiterinnen in regelmäßigen Abständen im Operationstrakt der Orthopädischen Klinik auf. Diese Aktionen dienen vor allem der Vorbeugung: Die von Händen übertragenen Krankheitserreger stehen auf Platz eins internationaler Statistiken. Etwa 80 Prozent der in Krankenhäusern auftretenden Infektionen sind demnach auf nicht ausreichend desinfizierte Hände zurückzuführen.

Im Rahmen einer Selbstbewertung wurde von der Klinik für Orthopädie der Bedarf regelmäßiger Kontrollen der hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion erkannt. Mittels der so genannten Kontaktkulturen von Fingerkuppen nach der Händedesinfektion lässt sich eine fehlerhafte Händedesinfektion schnell mikrobiologisch feststellen.

Um die Hände steril zu bekommen, ist auch heute noch Geduld nötig: Sie müssen mindestens drei Minuten bis zu den Ellenbogen mit der Desinfektionslösung benetzt sein. Wie der Alkohol verrieben werden muss, ist in jeder Umkleide des Klinikums auf bebilderten Anleitungen nachzulesen. Uhren helfen, die Mindestzeit einzuhalten.

Die Krankenhaushygiene beschränkt sich nicht darauf, das Ergebnis der Händedesinfektion zu kontrollieren, sondern setzt schon in den vorangehenden Phasen an. Dazu gehört die zu einem guten Ergebnis notwendige Struktur, die aus Schulungen, Informationstafeln und Uhren besteht. Ebenso wichtig ist das richtige Desinfektionsmittel: Es sollte hautverträglich sein, damit die Anwender das Desinfizieren so angenehm wie möglich empfinden und so die drei Minuten auch wirklich einhalten. Um diesem Ziel näher zu kommen, führte das Universitätsklinikum ein neues Mittel ein, das farbstoff- und parfümfrei ist und somit keine Allergien auslöst.

In Einzelfällen stellt die Krankenhaushygiene fest, dass unter den Handschuhen doch ein Infektionsrisiko steckt, was die Mitarbeiter dann auf Teambesprechungen offen auswerten. Die Ernsthaftigkeit, die hinter den Kontrollen steckt, lässt sich aus Sicht der Patienten relativieren: Die Latexhandschuhe sind eine wirksame Barriere, die nur in seltenen Fällen außer Kraft gesetzt wird. – Allerdings muss dazu das hochelastische Material reißen.



Nach einem Abdruck schlecht desinfizierter Hände in einem speziellen Nährboden entwickeln sich nach kurzer Zeit Bakterienkulturen.

Messung der Ergebnisqualität am Beispiel der Krankenhaushygiene

Erfassung und Auswertung von nosokomialen Infektionen

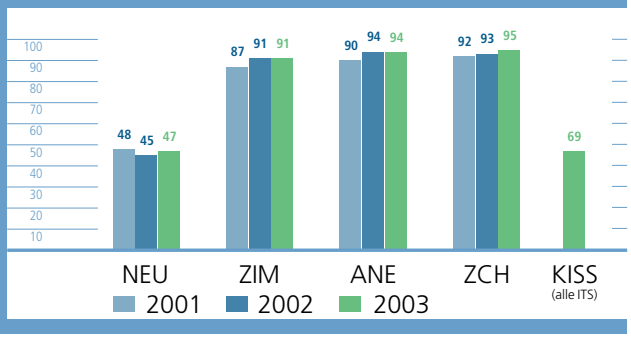
Als nosokomiale Infektionen oder Krankenhausinfektionen werden Infektionen bezeichnet, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung stehen. Eine nosokomiale Infektion ist nicht nur eine sehr belastende, selten sogar tödliche Komplikation der medizinischen Behandlung. Sie stellt auch einen erheblichen Kostenfaktor für das Krankenhaus und die Kostenträger dar, da nicht unerhebliche Mittel für Diagnose und Therapie der Infektion aufgewendet werden müssen. Der Krankenhausaufenthalt wird durch nosokomiale Infektionen durchschnittlich um das 2,5fache verlängert. Nicht alle nosokomialen Infektionen sind vermeidbar, da auch körpereigene Mikroorganismen des Patienten Infektionen hervorrufen können.

Durch systematische Erfassung, Analyse und Interpretation (Surveillance) der wichtigsten nosokomialen Infektionen lassen sich Infektionsprobleme erkennen, Präventionsmaßnahmen gezielt intensivieren und damit Infektionen vermeiden. Wissenschaftlich fundierte Vergleichsdaten stehen in Deutschland durch das vom Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und dem Robert-Koch-Institut aufgebauten Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) sowie international durch die Teilnahme am IQIP-Projekt (International Quality Indicator Project) zur Verfügung. Die Surveillance von nosokomialen Infektionen durch gut ausgebildetes Hygienefachpersonal ist nicht nur medizinisch und ethisch geboten, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.

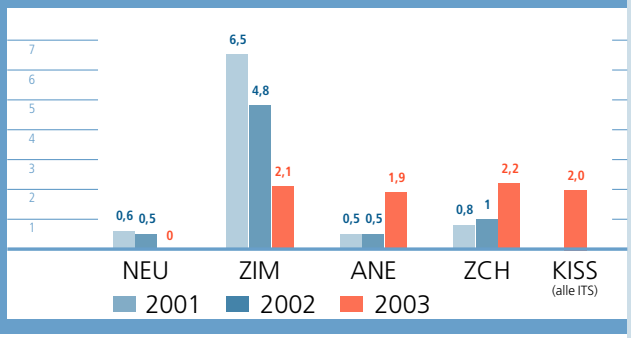
Anwendungshäufigkeit von Harnwegkathetern, Venenkathetern und Beatmung auf Intensivstationen

Die oben aufgeführten invasiven Therapiemaßnahmen stellen Hauptrisikofaktoren für nosokomiale Harnwegsinfektionen, Beatmungspneumonien und ZVK-Sepsis dar und wurden daher separat erfasst.

1 Anwendungshäufigkeit von zentralen Venenkathetern auf unterschiedlichen Intensivstationen in den Jahren 2001–2003 (Anwendungstage pro 100 Patiententage)



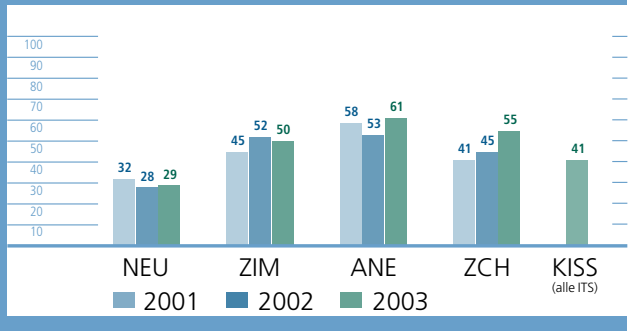
2 ZVK-assoziierte Septikämie auf unterschiedlichen Intensivstationen in den Jahren 2001–2003 (ZVK-Sepsis pro 1.000 Device-Tage)



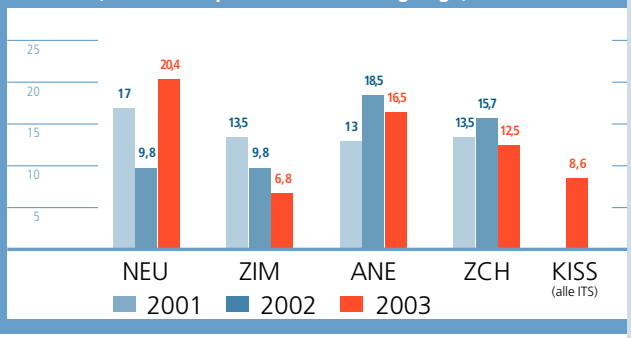
Zu Grafik 2: ZVK-assoziierte Septikämien bei Patienten der Intensivstation des Zentrums für Innere Medizin treten vor allem bei Patienten mit hämatologisch-onkologischen Grunderkrankungen auf. Der signifikante Rückgang in den letzten beiden Jahren ist unter anderem auf den Einsatz antimikrobiell beschichteter Venenkatheter zurückzuführen.

Anwendungs-(Device-)assoziierte nosokomiale Infektionsraten der Intensivstationen

3 Beatmungshäufigkeit auf unterschiedlichen Intensivstationen in den Jahren 2001–2003 (Anwendungstage pro 100 Patiententage)



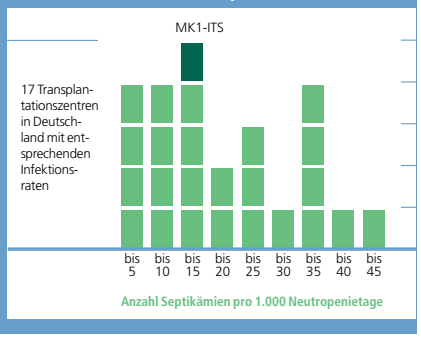
4 Beatmungspneumonie auf unterschiedlichen Intensivstationen in den Jahren 2001–2003 (Pneumonie pro 1.000 Beatmungstage)



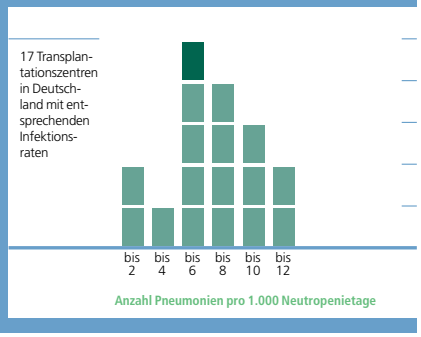
Zu Grafik 4: Die Häufigkeit der Beatmungspneumonie bei Patienten der Intensivstationen des Universitätsklinikums unterscheidet sich vom Durchschnitt der an der KISS-Studie beteiligten Krankenhäuser wegen der Selektion schwerstkranker Patienten in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Dennoch konnte die Beatmungspneumonie bei Patienten der Intensivstation des Zentrums für Innere Medizin weiter reduziert werden. Für Patienten der Intensivstation der Klinik für Neurologie stellt die Aspiration den wesentlichen Risikofaktor der Beatmungspneumonie dar. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Infektionen durch Staphylococcus aureus. Durch prophylaktische antiseptische Behandlung des Nasen-Rachen-Raumes will das Klinikum künftig die Beatmungspneumonien durch Staphylokokken reduzieren.

Häufigkeit wesentlicher nosokomialer Infektionen bei Patienten nach Knochenmarktransplantationen (Ergebnisse im Rahmen der Beteiligung an der ONKO-KISS-Studie)

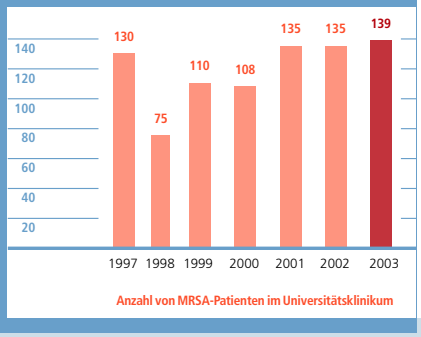
5 Sepsis bei neutropenischen Patienten im Vergleich mit 17 anderen Transplantationszentren



6 Pneumonie bei neutropenischen Patienten im Vergleich mit 17 anderen Transplantationszentren



7 Patienten mit erstmaligem Nachweis von MRSA im Klinikum



Zu Grafik 7:
Durch das Infektionsschutzgesetz wird gemäß § 23 eine patientenbezogene Erfassung bestimmter bakterieller Erreger mit definierten Antibiotikaresistenzen gefordert. Besonderen Stellenwert hat die Ausbreitung des Oxacillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA). Staphylococcus aureus ist gegenwärtig weltweit der häufigste Erreger von Krankenhausinfektionen. Die Zunahme der Antibiotikaresistenz erschwert und verteuert die Behandlung von Infektionen mit diesem Erreger.

Unter den 139 Patienten, bei denen eine Besiedlung oder Infektion mit MRSA festgestellt werden konnte, befanden sich 111 stationäre sowie 28 ambulante Patienten. Die Inzidenzdichte (Häufigkeit) von MRSA bei stationär betreuten Patienten im Jahr 2003 betrug damit 2,4 Fälle pro 1.000 Patienten. Trotz der generellen Zunahme von MRSA in deutschen Krankenhäusern konnte das Universitätsklinikum in den letzten drei Jahren durch intensive Hygienemaßnahmen nahezu eine Stagnation der Fallzahlen erreichen.

Legende

ANE	Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
ITS	Intensivstation
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
MK I	Medizinische Klinik und Poliklinik I
NEU	Klinik und Poliklink für Neurologie
ZIM	Zentrum für Innere Medizin
ZCH	Chirurgisches Zentrum

„Lässt sich ein **Jahresabschluss** innerhalb von wenigen Wochen zuverlässig erstellen?“

9

Fast Close – das Universitätsklinikum Dresden schloss das Geschäftsjahr 2003 so früh wie nie zuvor ab: Unter neu eingeführten, anspruchsvollen organisatorischen Bedingungen erstellte das Universitätsklinikum die Jahresabschlussunterlagen in den ersten fünf Wochen des Folgejahres. Damit begann die Hauptprüfung der Wirtschaftsprüfer bereits am 9. Februar 2004. Einen Monat später ließen sich die ersten Ergebnisse dem Aufsichtsrat präsentieren.

Beim Weg von der ärztlichen Dokumentation bis zum Postausgang durchlaufen die Patientendaten viele Stationen. Dabei gewinnen elektronische Übertragungswege immer mehr an Bedeutung.

Gesamtergebnis

Erstmals konnte im Jahr 2003 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus ein frühzeitiger Jahresabschluss realisiert werden. Das Betriebsergebnis verbesserte sich unter Einschluss aller Rückstellungen gegenüber dem Vorjahr um 8.527 TEUR. Das gesamtbilanzielle Defizit liegt bei 7.433 TEUR. Das gute Ergebnis ist im Wesentlichen durch höhere Erlöse aus Krankenhausleistungen und niedrigeren Aufwendungen für Instandhaltungsleistungen erreicht worden.

Erträge

Die Erlöse aus stationären und ambulanten Krankenhausleistungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 4.749 TEUR gestiegen. Die sonstigen betrieblichen Erträge fielen durch die im Jahr 2002 zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel für die Beseitigung von Hochwasserschäden in 2003 geringer aus. Ebenfalls wirkte sich die Kürzung der Zuschüsse der öffentlichen Hand um 2.798 TEUR auf die Ertragslage aus.

Aufwand

Der Personalaufwand ist trotz der Steigerungen aufgrund von Tarifabschlüssen im BAT-Bereich und ersten Zahlungen an die Pensionskasse (kapitalgedeckte Altersversorgung für Mitarbeiter) im Geschäftsjahr 2003 um lediglich 4,3 Prozent gestiegen. Somit wurde die konsequente Personalpolitik des Vorjahres weitergeführt. Die Position Sachaufwand verringert sich gegenüber dem Vorjahr um 6.191 TEUR infolge geringerer Aufwendungen für den Reparaturbedarf und für Instandhaltungsarbeiten von Betriebsbauten.

AUSGEWÄHLTE POSITIONEN DER GEWINN-UND-VERLUST-RECHNUNG

zum 31. 12. 2003	TEUR
Erträge	**231.804**
davon:	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	187.862
Erlöse aus ambulanten Leistungen	16.811
Sonstige Erlöse	27.131
Aufwand	**239.237**
davon:	
Personalaufwand	144.540
Sachaufwand	92.368
Sonstiger Aufwand	2.329
Gesamtergebnis	**– 7.433**

Aktiva

Anlagevermögen

Die immateriellen Vermögensgegenstände haben im Vergleich zum Vorjahr einen Zuwachs von 1.004 TEUR zu verzeichnen, der hauptsächlich durch die Einführung des neuen Krankenhausinformationssystems ORBIS begründet ist. Bei den Sachanlagen sind Gesamtzugänge in Höhe von 20.672 TEUR enthalten, die vorwiegend durch Trägermittel des Freistaates Sachsen (11.182 TEUR) sowie über das Hochschulbauförderungsgesetz HBFG (7.784 TEUR) finanziert wurden. Die HBFG-Mittel wurden hauptsächlich für die Einrichtung und Ausstattung des Neubaus der Kinder- und Frauenklinik sowie diverser Großgeräte der medizinischen Diagnostik verwendet.

Umlaufvermögen

Das Vorratsvermögen ist gegenüber dem Vorjahr um 995 TEUR gestiegen. Während die Bestände an Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen um neun Prozent abnahmen, gab es, bedingt durch den Übergang auf das neue Abrechnungssystem nach DRG, einen deutlichen Zuwachs an unfertigen Leistungen. Die liquiden Mittel verminderten sich um 8.171 TEUR, da der Zahlungsmittelbedarf in 2003 höher war und der Zuschuss des Freistaates Sachsen für den laufenden Aufwand um 2.668 TEUR niedriger ausfiel. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen per 31. Dezember 2003 sind mit 91 Prozent den Krankenkassen in Höhe von 44.646 TEUR zuzuordnen.

Passiva

Eigenkapital
Zum 31. Dezember 2003 lag im Hinblick auf das festgesetzte Kapital keine Erklärung des Freistaates Sachsen vor. Vor diesem Hintergrund erfolgte ausschließlich die Bilanzierung von Kapitalrücklagen, die um 7.791 TEUR höher dotiert sind als im Vorjahr. Diese stellen ausschließlich durch den Gewährträger finanziertes Betriebsvermögen dar.

Sonderposten
Die Sonderposten zur Finanzierung von immateriellen Vermögensgegenständen und Sachanlagevermögen enthalten Fördermittel, Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand und Zuwendungen Dritter, für die eine mögliche Rückzahlungsverpflichtung besteht.

Rückstellungen
Den größten Anteil dieser Position nehmen die Rückstellungen für Personalkosten in Höhe von 17.688 TEUR ein. Darin ist ein Zuwachs von 1.798 TEUR auf die zu erwartenden Verpflichtungen aus der Altersteilzeit enthalten. Zu der im Vorjahr gebildeten Rückstellung in Höhe von 10.000 TEUR wurden für die Ablösung bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) weitere 2.525 TEUR zugeführt. Aufgrund des „vorgezogenen" Jahresabschlusses war erstmals die Bildung einer Rückstellung für ausstehende Rechnungen mit 2.252 TEUR erforderlich. Weitere Rückstellungen (8.229 TEUR) sind im Wesentlichen für Instandhaltung und Prozessrisiken gebildet worden.

Verbindlichkeiten
Die Gesamtverbindlichkeiten sind im Berichtszeitraum gegenüber dem Vorjahr um 9.971 TEUR gesunken. Das resultiert hauptsächlich aus den verringerten Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen.

BILANZ
zum 31. 12. 2003

AKTIVA	TEUR
A. Anlagevermögen	241.651
B. Umlaufvermögen	90.652
C. Rechnungsabgrenzungsposten	258
Summe Aktiva	**332.561**

PASSIVA	TEUR
A. Eigenkapital	146.362
B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	132.780
C. Rückstellungen	40.694
D. Verbindlichkeiten	12.725
E. Rechnungsabgrenzungsposten	0
Summe Passiva	**332.561**

DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK
ab 01. 10. 2003 nach DRG-Abrechnungssystem

Stationärer Bereich		**2002**	**2003**
Planbetten	Anz.	1.310	1.304
dar. ITS-Betten	Anz.	88	88
aufgestellte Betten	Anz.	1.256	1.259
belegte Betten	Anz.	1.087	1.093
Nutzungsgrad der Planbetten	%	82,53	83,79
Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	%	86,08	86,81
Behandlungsfälle (o. interne Verlegungen)	Anz.	43.724	45.897
Behandlungstage insgesamt	Anz.	394.612	398.804
VD im vollstat. Budgetbereich u. FP-Bereich	Tage	9,03	8,69

Tagesklinischer Bereich		**2002**	**2003**
Plätze lt. Krankenhausplan (KHPl)	Anz.	98	98
vorhandene Plätze	Anz.	100	100
Berechnungstage	Anz.	20.808	20.693
Fälle	Anz.	4.423	5.666
Interkurrente Dialysen	Anz.	2.792	2.960

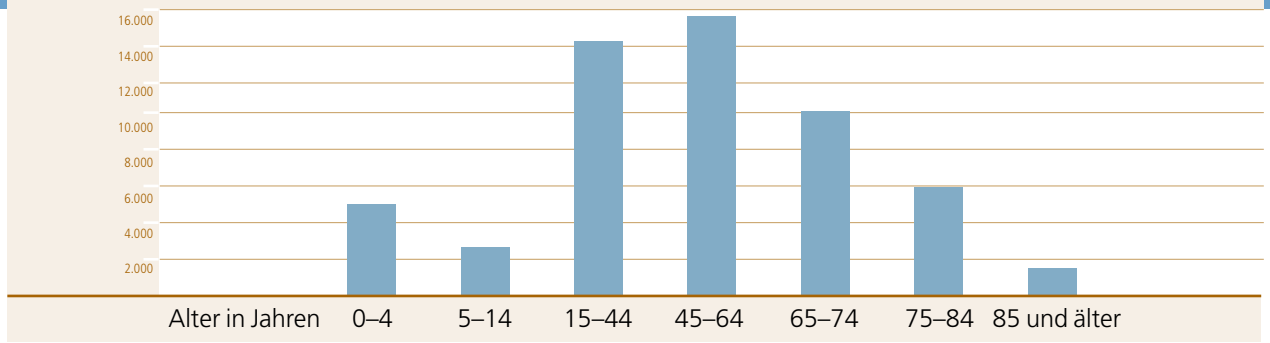
Ausgewählte Leistungen der ambulanten Einrichtungen		**2002**	**2003**
Ambulante Fälle (KVS) Pauschale [1]	Anz.	129.510	135.523
Einzelermächtigungen	Anz.		532
Institutsermächtigungen (KVS)	Anz.	8.671	8.138
Notfälle außerhalb der Sprechzeit (KVS)	Anz.	14.559	15.064
Zytologie (KVS)	Anz.	7.278	7.473
Ambulante Operationen	Anz.	2.226	2.817
Zahnärztlich behandelte Patienten – ZMK (KZVS)	Anz.	27.140	31.606

Beschäftigte		**2002**	**2003**
Vollkräfte (Jahresdurchschnitt) [2]	Vk	3.010,2	3.020,5
Zusätzlich [3]		634,1	579,5
Medizinstudenten WS (Stand 01. 12.)	Anz.	1.443	1.557
Zahnmedizinstudenten WS (Stand 01. 12.)	Anz.	274	273
Public Health (Stand 01. 12.)	Anz.	43	27
Schüler der Medizinischen Berufsfachschule	Anz.	647	539
Sonstige Auszubildende	Anz.	39	39

1 lt. Hochschulambulanzvertrag vom 17. 04. 2003 erfolgt die Abrechnung nach §9).
2 Ø Vollkräfte mit Arbeitsvertrag des Universitätsklinikums Dresden.
3 zusätzlich durch die MF gestellte Ø Vollkräfte für das Universitätsklinikum.

KVS Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
KZVS Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
ZMK Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
VK Vollkräfte
MF Medizinische Fakultät

PATIENTENVERTEILUNG
Gesamtdurchschnitt im Universitätsklinikum



PATIENTEN NACH EINZUGSGEBIETEN
Gesamtdurchschnitt im Universitätsklinikum

Sachsen	**Summe**	**3.846**
Reg.-Bez. Chemnitz	Chemnitz, Stadt	375
	Plauen, Stadt	58
	Zwickau, Stadt	142
	Zwickauer Land	231
	Chemnitzer Land	214
	Freiberg	1.543
	Vogtlandkreis	198
	Mittlerer Erzgebirgskreis	433
	Mittweida	332
	Stollberg	85
	Aue-Schwarzenberg	235
Sachsen	**Summe**	**44.162**
Reg.-Bez. Dresden	Dresden, Stadt	24.670
	Görlitz, Stadt	318
	Hoyerswerda, Stadt	307
	Bautzen	2.368
	Meißen	2.898
	Niederschles. Oberlausitzkreis	730
	Riesa-Großenhain	1.702
	Löbau-Zittau	1.215
	Sächsische Schweiz	3.701
	Weißeritzkreis	3.269
	Kamenz	2.984
Sachsen	**Summe**	**551**
Reg.-Bez. Leipzig	Leipzig, Stadt	99
	Delitzsch	8
	Döbeln	204
	Leipziger Land	56
	Muldentalkreis	27
	Torgau-Oschatz	157

Andere Bundesländer	**Summe**	**2.903**
	Schleswig-Holstein	78
	Hamburg	186
	Niedersachsen	176
	Bremen	7
	Nordrhein-Westfalen	174
	Hessen	93
	Rheinland-Pfalz	34
	Baden-Württemberg	90
	Bayern	191
	Saarland	3
	Berlin, Stadt	118
	Brandenburg	1.356
	Mecklenburg-Vorpommern	50
	Sachsen-Anhalt	134
	Thüringen	213
Sonstige	**Summe**	**108**
	Ausländer	68
	nicht zuordenbar	34
	wohnsitzlos	6
UKD	**Summe**	**51.570**

STATIONÄRE LEISTUNGEN
nach Fachabteilungen

Lfd. Nr.	Fachabteilung	Planbetten		Nutzungsgrad der Planbetten		aufgestellte Betten	
		2002	2003	2002	2003	2002	2003
1 |	ZIM (ITS/MK)	12	12	94,98	94,20	12	12
2 |	Zentrumsbereich STW	15		84,35		15	
3 |	Medizinische Klinik I	99	99	86,36	87,51	99	102
4 |	Medizinische Klinik III	64	79	89,21	88,87	67	81
5 |	Kinder- u. Jugendmedizin	140	130	71,84	70,56	129	116
6 |	Interdisziplinäre chirurgische ITS		18		113,17		22
7 |	VTG-Chirurgie	133	115	77,32	77,12	123	111
8 |	Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie	64	64	84,84	93,71	60	64
9 |	Kinderchirurgie	30	30	77,73	70,86	29	29
10 |	Orthopädie	91	91	82,55	79,29	90	76
11 |	Urologie	65	65	97,05	94,69	65	65
12 |	Neurochirurgie	40	44	80,41	87,33	35	40
13 |	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	25	25	90,59	94,54	25	25
14 |	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	100	100	82,42	76,30	100	95
15 |	HNO-Heilkunde	60	60	81,81	75,31	60	57
16 |	Augenheilkunde	60	60	87,15	89,35	57	57
17 |	Dermatologie	58	58	83,28	75,24	55	54
18 |	Strahlentherapie u. Radioonkologie	28	28	88,21	89,06	28	28
19 |	Nuklearmedizin	18	18	89,01	94,76	18	18
20 |	Psychiatrie u. -psychotherapie	80	80	70,95	87,32	70	80
21 |	Neurologie	60	60	82,58	87,71	56	60
22 |	Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	30	30	93,14	89,54	30	30
23 |	Anästhesiologie	13	13	100,19	97,70	13	13
24 |	Psychotherapie u. Psychosomatik	25	25	81,47	95,64	22	25
	UKD insgesamt	**1.310**	**1.304**	**82,53**	**83,79**	**1.256**	**1.259**

Nutzungsgrad d. aufgest. Betten		belegte Betten		Behandlungs-tage insg.		Behandlungs-fälle		Verweildauer	
2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
94,98	94,20	11,4	11,3	4.160	4.126	797,5	774,5	5,22	5,33
84,35		12,7		4.618		522,0		8,85	
86,80	85,35	85,5	86,6	31.205	31.621	3.107,5	3.308,0	10,04	9,56
85,47	86,78	58,7	70,2	20.840	25.625	3.425,5	3.805,0	6,08	6,73
78,21	79,42	100,6	91,7	36.710	33.482	5.143,5	5.058,0	7,14	6,62
	92,59		20,4		7.435		1.294,5		5,74
83,33	79,90	102,8	88,7	37.534	32.372	4.272,5	4.181,0	8,79	7,74
89,89	93,71	54,3	60,0	19.818	21.891	2.444,0	2.634,0	8,11	8,31
80,68	73,56	23,3	21,3	8.511	7.759	1.426,5	1.374,0	5,97	5,65
83,19	95,36	75,1	72,2	27.419	26.337	2.899,0	2.761,0	9,46	9,54
97,05	94,69	63,1	61,5	23.025	22.465	3.633,5	3.794,0	6,34	5,92
92,43	96,06	32,2	38,4	11.740	14.025	1.350,0	1.442,0	8,70	9,73
90,59	94,54	22,6	23,6	8.266	8.627	1.086,5	1.100,5	7,61	7,84
82,50	80,74	82,4	76,3	30.083	27.850	4.470,0	4.222,5	6,73	6,60
81,81	79,22	49,1	45,2	17.916	16.492	3.097,0	3.049,5	5,78	5,41
91,89	94,05	52,3	53,6	19.085	19.567	3.962,0	4.474,5	4,82	4,37
87,83	81,17	48,3	43,6	17.631	15.928	1.989,0	2.078,0	8,86	7,67
88,21	89,06	24,7	24,9	9.015	9.102	442,0	458,0	20,40	19,87
89,01	94,76	16,0	17,1	5.848	6.226	1.203,5	1.613,0	4,86	3,86
81,67	87,32	59,0	69,9	20.717	25.498	784,5	1.008,5	26,41	25,28
88,47	87,71	51,3	52,6	18.084	19.208	2.170,0	2.448,5	8,33	7,84
94,40	88,37	27,9	26,9	10.199	9.805	221,5	202,0	46,05	48,54
100,19	97,70	13,0	12,7	4.754	4.636	944,5	912,0	5,03	5,08
93,86	94,13	20,4	23,9	7.434	8.727	145,5	167,0	51,09	52,26
86,06	**86,81**	**1.087**	**1.093**	**394.612**	**398.804**	**43.724,0**	**45.897,0**	**9,03**	**8,69**

AMBULANTE LEISTUNGEN
der Einrichtungen

Klinik/Institut	Universitäts-polikliniken-vertrag 2002	Universitäts-polikliniken-vertrag 2003	Institutser-mächtigungen 2002	Institutser-mächtigungen 2003	Notfälle außerhalb der Sprechzeit 2002	Notfälle außerhalb der Sprechzeit 2003	Einzeler-mächti-gungen 2003
Zentrum für Innere Medizin	744	867					
darunter: Abteilung Physiotherapie	632		in Medizinischer Klinik und Poliklinik III				
Medizinische Klinik und Poliklinik I	4.296	5.025	518	490			
Medizinische Klinik und Poliklinik III	19.676	20.034			881	755	532
dar.: Inst. u. Pol. f. Kl. Stoffwechselforschung	3.294		in Medizinischer Klinik und Poliklinik III				
Kl.u.Pol.f. Kinder- u. Jugendmedizin	10.332	10.196	551	522	2.009	1.743	
Kl.u.Pol.f. VTG-Chirurgie	7.617	7.015			1.925	2.111	
Kl.u.Pol.f. Unfall- u.Wiederherstellungsch.	2.221	2.568			1.874	2.161	
Kl.u.Pol.f. Kinderchirurgie	2.717	2.944			1.785	1.808	
Kl.u.Pol.f. Orthopädie	8.791	8.691			711	760	
Kl.u.Pol.f. Urologie	4.377	5.084			678	675	
Kl.u.Pol.f. Neurochirurgie	1.910	2.281					
Kl.u.Pol.f. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	484	769	168	172	97	179	
Kl.u.Pol.f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8.548	7.639	183	201	888	1.244	
Kl.u.Pol.f. HNO-Heilkunde	8.162	8.036			1.219	1.414	
Kl.u.Pol.f. Augenheilkunde	7.608	8.439		9	1.107	1.274	
Kl.u.Pol.f. Dermatologie	15.434	16.255	340	384	882	780	
Kl.u.Pol.f. Strahlentherapie u.Radioonkologie	410	439	5.180	5.400			
Kl.u.Pol.f. Nuklearmedizin	3.187	4.200	1.488	824			
Kl.u.Pol.f. Psychiatrie u. Psychotherapie	1.524	1.878			42	41	
Kl.u.Pol.f. Neurologie	5.114	4.956			90	78	
Kl.u.Pol.f. Ki.-/Jugendpsych.u.-psychoth.	330	310			1	5	
Kl.u.Pol.f. Psychoth. u. Psychosomatik	695	821					
Kl.u.Pol.f. Anästhesiologie	1.729	1.836	243	136			
Amb. HNO-Heilkunde	0						
Inst.u.Pol.f. Radiologische Diagnostik	4.159	5.108			337		
Inst.f. Immunologie*	308	584					
Inst.f. Virologie*	55	23					
Inst.f. Kl.Ch.u.Laboratoriumsmedizin	967	1.341			33	36	
Inst.f. Kl.Genetik*	1.026	1.122					
Inst.f. Med. Mikrobiologie und Hygiene*	298	241					
Inst.f. Pathologie	1.733	1.931					
Inst.f. Sport- und Rehabilitationsmedizin*	864	959					
University Cancer Center		235					
Klinik für Kardiologie des HKZD*	4.194	3.696					
Zytologie (Kl. u. Pol. f. Frauenh.u.Geb.)	7.278	7.473					

* Diese Institute sind Einrichtungen der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Die Leistungen dieser Institute sind Bestandteil des Universitätspoliklinikvertrages des UKD.

Erläuterung: Im Rahmen des Universitätspoliklinikenvertrages nach § 117 SGB V werden die abrechenbaren ambulanten Leistungen für Forschung und Lehre mit einer Fallpauschale von 36,20 EUR pro Behandlungsfall und Quartal (für 130.000 Fälle) vergütet. In der Fallpauschale sind die Abschläge gemäß § 120 Abs. 3 SGB V sowie ein Anteil für Sprechstundenbedarf von 3,99 EUR enthalten. Für Leistungen der gynäkologischen Zytologie beträgt die Fallpauschale 6,19 EUR einschließlich Transportpauschale. Die zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen im Rahmen von Institutsermächtigungen sowie Notfallleistungen außerhalb der Sprechzeit werden nach Einzelleistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vergütet. Weitere Behandlungsfälle ergeben sich aus den Konsiliar- und Auftragsleistungen für Dritte (4.930 Fälle), Leistungen des Neugeborenenscreenings (13.308 Fälle), ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V (2.817 Fälle), physiotherapeutischen und logopädischen Leistungen (1.667 Fälle) sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V (762 Fälle).

AMBULANTE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN
des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

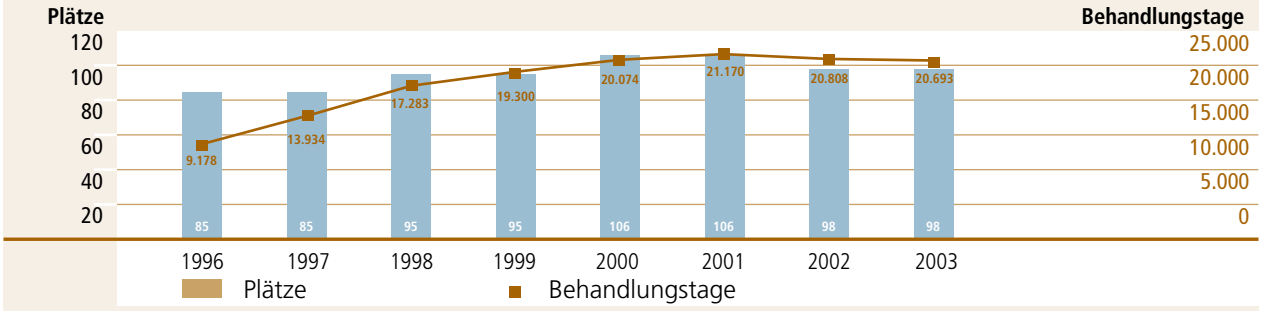
Auf der Basis des Universitätspoliklinikenvertrages Zahnärzte gemäß § 117 SGB V wurden die folgenden Leistungen erbracht:

Abteilung	Behandlungsfälle 2002	Behandlungsfälle 2003
Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7.324	7.889
Mund-, Kiefer-Gesichtschir./Chir. Notdienst Ambulanz 30 a	481	**488**
Poliklinik für Zahnerhaltung	5.456	5.128
Bereich Parodontologie	3.791	3.980
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik	5.158	5.248
Poliklinik für Kieferorthopädie	3.251	3.461
Abteilung Kinderzahnheilkunde	3.005	3.167
Zahnärztlicher Notdienst (ZZMK)	2.589	7.195
Chefarztpatienten	347	334
Summe zahnärztlich behandelter Patienten	**27.140**	**31.606**

TAGESKLINIKEN
nach Fachabteilungen

Fachabteilung	Plätze		Behandlungs-tage		Fälle		Ø Aufenthalts-dauer in Tagen	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Med. Klinik und Poliklinik I	10	10	3.844	3.111	1180,0	2156,0	3,3	1,4
Kinderchirurgie	5	5	741	684	458,0	417,0	1,6	1,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5	5	974	883	634,0	746,0	1,5	1,2
Kinder- u. Jugendmedizin	10	10	925	1.124	762,5	856,5	1,2	1,3
Dermatologie	2	2	594	571	365,0	457,5	1,6	1,2
Strahlenth. u. Radioonkologie	6	6	566	494	185,0	164,0	3,1	3,0
Psychiatrie und Psychotherapie	25	25	5.239	5.689	166,5	181,5	31,5	31,3
Kinder- u. Jugendpsych. u. -psychoth.	20	20	3.630	3.614	283,5	213,0	12,8	17,0
Psychotherapie und Psychosomatik	15	15	3.579	3.756	325,0	347,5	11,0	10,8
Med. Klinik und Poliklinik III – STW	716	767	112,0	127,0	6,4	6,0		
Insgesamt	**98**	**98**	**20.808**	**20.693**	**4.423,0**	**5.666,0**	**4,7**	**3,7**

ENTWICKLUNG DER TAGESKLINIKEN
1996–2003



AUFSICHTSRAT

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba
(Hochschulprofessor, Klinikum der LMU München)

Stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender

Prof. Dr. Claus Rüger
(Honorarprofessor, Consultant der act.on GmbH)

Mitglieder

Alfred Post
(Kanzler der Technischen Universität Dresden)

Dr. Matthias Rößler
(Staatsminister für Wissenschaft und Kunst)

Dr. Horst Metz
(Staatsminister der Finanzen)

Christine Weber (bis 09. 07. 2003)
(Staatsministerin für Soziales, Gesundheit, Jugend u. Familie)

Helma Orosz (seit 10. 07. 2003)
(Staatsministerin für Soziales, Gesundheit, Jugend u. Familie)

Prof. Dr. Gerhard Ehninger
(Mitglied d. Dekanatskollegiums – Med. Fakultät d. TU Dresden)

Norbert Speck (bis 08. 05. 2003)
(Vertreter der Beschäftigten)

Katrin Weigelt (seit 09. 05. 2003)
(Vertreterin der Beschäftigten)

Dr. Eberhard Baumbauer
(Consultant in Pharmaceutical Research & Development)

Dr. Hagen Hultzsch
(Dipl.-Physiker)

Dr. Horst Nasko
(Stellv. Vorsitzender der Siemens Nixdorf AG i. R.)

VORSTAND

Medizinischer Vorstand

Prof. Dr. D. Michael Albrecht
Der Medizinische Vorstand ist Sprecher des Vorstandes.

Kaufmännischer Vorstand

Wilfried E. B. Winzer

Prof. Dr. Hans-Detlev Saeger
nimmt als Dekan der Medizinischen Fakultät
mit beratender Stimme an den Vorstandssitzungen teil.

BETRIEBSLEITUNG

Vorsitzender

Prof. Dr. D. Michael Albrecht
(Medizinischer Vorstand des UKD)

Wilfried E. B. Winzer
(Kaufmännischer Vorstand des UKD)

Vertreter der Klinikdirektoren

Prof. Dr. Thomas Herrmann (bis 04.06.2003)
(Direktor der Klinik u. Poliklinik für Strahlentherapie u. Radioonkologie)

Prof. Dr. Manfred Wirth (seit 05.06.2003)
(Direktor der Klinik u. Poliklinik für Urologie)

Gitta Helaß
(Leiterin des Geschäftsbereiches Pflege, Service, Dokumentation)

Kerstin Stübner-Röhler
(Leiterin des Geschäftsbereiches Personal)

Dr. Maria Eberlein-Gonska
(Leiterin Qualitätsmanagement)

Andreas Honecker
(Medizinische Fakultät)

GEMEINSAME KONFERENZ

Nach dem Hochschulrahmengesetz vom 06. 05. 1999 können Entscheidungen zu Strukturfragen, die zwischen dem Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät strittig sind, in einer gemeinsamen Konferenz einer Lösung zugeführt werden. Ihr gehören nachfolgende Mitglieder an:

Vorsitzender

Prof. Dr. Achim Mehlhorn
(Technische Universität Dresden)

Prof. Dr. D. Michael Albrecht
(Medizinischer Vorstand des UKD)

Wilfried E. B. Winzer
(Kaufmännischer Vorstand des UKD)

Prof. Dr. Hans-Detlev Saeger
(Dekan der Medizinischen Fakultät)

Prof. Dr. Richard Funk (bis 19.05.2003)

Prof. Dr. Heinz Reichmann (seit 20.05.2003)
(Prodekan der Medizinischen Fakultät)

Der Kanzler der Universität, **Alfred Post**,
hat das Recht, an den Sitzungen teilzunehmen.

STRUKTUR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS CARL GUSTAV CARUS

Stand ab 1. Januar 2004

AUFSICHTSRAT

Geschäftsstelle des Aufsichtsrats
Janko Haft

VORSTAND

Medizinischer Vorstand
Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht

Kaufmännischer Vorstand
Wilfried E. B. Winzer

Vorstandsbüro
Janko Haft
Juliane Schmidt

Personalrat
Carmen Hillig

BETRIEBSLEITUNG

KLINIKEN

Zentrum für Innere Medizin
Prof. Dr. med.
Hans-Egbert Schröder

Medizinische Klinik und Poliklinik I
Prof. Dr. med.
Gerhard Ehninger

Medizinische Klinik und Poliklinik III
Prof. Dr. med.
Hans-Egbert Schröder

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. med.
Manfred Gahr

Klinik und Poliklinik für Orthopädie
Prof. Dr. med.
Klaus-Peter Günther

Klinik und Poliklinik für Urologie
Prof. Dr. med.
Manfred Wirth

Kl. und Polikl. für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
Prof. Dr. med.
Wolfgang Distler

Chirurgisches Zentrum
Prof. Dr. med.
Gabriele Schackert

Kl. u. Polikl. f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie
Prof. Dr. med.
Hans-Detlev Saeger

Abt. Chirurgische Forschung
Prof. Dr. med.
Hans Konrad Schackert

Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Prof. Dr. med. Hans Zwipp

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Prof. Dr. med.
Gabriele Schackert

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Prof. Dr. med.
Dietmar Roesner

Kl. und Polikl. für Anästhesiologie u. Intensivther.
Prof. Dr. med.
Thea Koch (Komm. Dir.)

Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde
Prof. Dr. med.
Karl-Bernd Hüttenbrink

Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Prof. Dr. med.
Michael Meurer

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Prof. Dr. med.
Lutz Pillunat

Kl. u. Poliklinik für Strahlenth. u. Radioonkologie
Prof. Dr. med.
Thomas Herrmann

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Prof. Dr. med.
Jörg Kotzerke

Kl. u. Polikl. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
Prof. Dr. med.
Werner Felber (Komm. Dir.)

Kl. u. Polikl. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Prof. Dr. med. Michael Scholz

Kl. u. Polikl. f. Psychoth. und Psychosomatik
Prof. Dr. med.
Peter Joraschky

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Prof. Dr. med.
Heinz Reichmann

Zentr. für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Uwe Eckelt

Kl. u. Polikl. f. Mund-, Kiefer- u. Gesichtschir.
Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Uwe Eckelt

Poliklinik für Kieferorthopädie
Prof. Dr. med.
Winfried Harzer

Abteilung für Kinderzahnheilkunde
Prof. Dr. med.
Gisela Hetzer

Poliklinik für Zahnerhaltung
Prof. Dr. med.
Wolfgang Klimm

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Prof. Dr. med. dent.
Michael Walter

Universitäts KrebsCentrum
Prof. Dr. med.
Michael Baumann

Universitäts GefäßZentrum
PD Dr. med.
Sebastian Schellong

INSTITUTE

Institut und Poliklinik für Rad. Diagnostik
Prof. Dr. med.
Michael Laniado

Abteilung Neuroradiologie
Prof. Dr. med.
Rüdiger v. Kummer

Institut für Pathologie
Prof. Dr. med.
Gustavo B. Baretton

Institut f. Kl. Chemie u. Laboratoriumsmedizin
Prof. Dr. med. Gabriele Siegert (Komm. Dir.)

GESCHÄFTSBEREICHE

Geschäftsbereich Finanzen
Dr. oec. Mandy Zschiesche

Geschäftsbereich Controlling
Marianna Wiedmeier

Geschäftsbereich Personal
Kerstin Stübner-Röhler

Betriebsärztlicher Dienst
Dr. med.
Martina Taucher

Geschäftsbereich Logistik und Einkauf
Werner Heymann

Klinikapotheke
Dr. rer. nat.
Holger Knoth

Geschäftsbereich Bau und Technik
Steffen Kluge

Geschäftsbereich Med. Rechenzentrum
Hans-Georg Vater

Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation
Gitta Helaß

Medizinische Berufsfachschule
Renate Eckermann
(Komm. Ltg.)

ZENTRALE BEREICHE

Pressestelle
Holger Ostermeyer

Qualitätsmanagement
Dr. med.
Maria Eberlein-Gonska

Medizincontrolling
Dr. med.
Ulrike Bucher

Rechtsstelle
Birgit Straub

Krankenhaushygiene/ Umweltschutz
Dr. med.
Lutz Jatzwauk

Herausgeber
Vorstand des Universitätsklinikums
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon (0351) 4 58 - 0
Telefax (0351) 4 58 - 43 40
www.uniklinikum-dresden.de

Kontakt: Kerstin Riefenstein
Telefon (0351) 4 58 -22 00
Kerstin.Riefenstein@uniklinikum-dresden.de