

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.

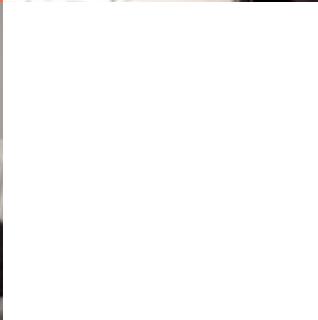


2004



## Prozesse optimieren

JAHRESBERICHT





2004

- 4 Vorwort
- 6 Lagebericht
- 12 Innovationen und Investitionen
- 18 Patienten
- 24 Mitarbeiter
- 28 Forschung und Lehre
- 34 Qualitätsbericht
- 44 Jahresabschluss
- 50 Zahlen und Fakten
- 58 Gremien/Organigramm

### Liebe Leserinnen und Leser,

wie in den vorangegangenen Jahren möchten wir Ihnen mit unserem Jahresbericht einerseits Daten in komprimierter Form präsentieren und Ihnen andererseits die Strategien des Unternehmens „Universitätsklinikum Carl Gustav Carus“ nahe bringen. Damit haben Sie die Gelegenheit, unseren Anspruch an den Ergebnissen des vergangenen Jahres zu messen.



Nachdem im Jahr 2003 das Thema Qualität und Strukturen im Mittelpunkt stand, geht es im diesjährigen Bericht schwerpunktmäßig um die Prozessoptimierung.

Auch im vorliegenden Jahresbericht veröffentlicht das Universitätsklinikum neben seinen Unternehmenskennzahlen ausgewählte Parameter zur Qualität der erbrachten Leistungen. Dies ist Ausdruck unserer Philosophie, dass Management und Qualität nicht voneinander abgekoppelt betrachtet werden können. Mit der Veröffentlichung des so genannten Systemteils erfüllt das Universitätsklinikum die im Sozialgesetzbuch V formulierte Forderung nach einem eigenen strukturierten Qualitätsbericht. Dieses Dokument dient ganz unterschiedlichen Zielen: Versicherten und Patienten hilft dieser Bericht im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, sich für ein Haus zu entscheiden. Darüber hinaus ist diese Übersicht auch eine Orientierungshilfe für Vertragsärzte und Krankenkassen und bietet dem Klinikum die Chance, die eigenen Leistungen einer interessierten Öffentlichkeit zu präsentieren.

Deshalb ist dieser Teil des Qualitätsberichts integraler Bestandteil des Jahresberichtes 2004 und legt dabei die tatsächlichen, qualitätsrelevanten Parameter offen. Er beinhaltet vor allen Dingen die drei Punkte Qualitätspolitik, Qualitätsmanagement und dessen Bewertung sowie Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum. Sind Sie an Kennzahlen interessiert, die über die im vorliegenden Jahresbericht präsentierten Basisdaten hinausgehen, so sind diese im ausführlichen Qualitätsbericht nachzulesen, den die Krankenkassen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im Internet publizieren müssen.

Selbstverständlich ist jedem im Krankenhaus praktisch Tätigen bewusst, dass die Umstellung des Entgeltsystems – vor allen Dingen aber auch die ständig sinkenden Investitionsmittel – immense Anstrengungen für den internen Umstrukturierungsprozess bedingen. Entgegen vielen anderenorts fast demagogisch geäußerten Prognosen sind wir allerdings nicht der Meinung, dass dieser notwendige Umstrukturierungsprozess gleichzeitig die Veräußerung eines Krankenhausbetriebes und gar eines kompletten Universitätsklinikums mit seiner dazugehörigen Fakultät bedeuten muss. Der Umstrukturierungsaufwand entsteht unabhängig vom Betreiber. Allerdings sind die gebotenen Umsetzungsmöglichkeiten und vor allen Dingen der Zugang zum Kapitalmarkt für private Betreiber durchaus einfacher. Dies liegt nicht an den fehlenden Ideen oder an der schlechteren Managementqualität der jetzigen Universitätsklinikumsleitungen, sondern an den Rahmenbedingungen und dem Freiheitsraum, den ein erfolgreiches Management für den Umstrukturierungsprozess benötigt.

Wir sind der festen Überzeugung, dass durch geeignete Rechtsformen und geeignete Ausführungsbestimmungen auch ohne private Betreiberschaft ein gleiches Optimierungsergebnis möglich ist. Voraussetzung jedoch ist ein neuer rechtlicher Rahmen, der diese Notwendigkeiten berücksichtigt und den Spielraum der Institution erhöht. Im Gegensatz zu anderen Betriebsformen besteht dann der große Vorteil in der jahrzehntelangen Kenntnis um die internen Strukturen und Prozesse, die einem universitären Hochleistungsmedizinbetrieb innewohnen. Ein Wissen, über das ein privater Betreiber nicht verfügt.

Wir sind der Meinung, dass das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus unter den sicher nicht einfachen Umgebungsbedingungen des Jahres 2004 hervorragende Arbeit geleistet hat. Möglich war dies dank der hoch motivierten, maximalen Anstrengung jedes einzelnen Mitarbeiters. Wir sind fest davon überzeugt, dass bei einer Adaption des notwendigen Bewegungsspielraumes in einer weiteren Anpassung unserer Rechtsform und der strukturellen Vorgaben eine hervorragende Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt für Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät möglich ist. Unser Credo, dass Forschung, Lehre und Krankenversorgung eng verknüpft sein müssen, um die Aufgaben universitärer Medizin zu erfüllen und damit auf diesem Gebiet international konkurrenzfähig zu sein, macht unsere gemeinsame Position stark. Dies konnten wir im Jahr 2004 nicht nur mit dem betriebswirtschaftlichen Ergebnis für den Teil Krankenversorgung beweisen: Auch die massiven Anstiege in den Ergebnissen der beiden anderen Geschäftsbereiche – die medizinische Aus- und Weiterbildung sowie die medizinische Grundlagen- und bettseitige Forschung – belegen dies.

Unserem langjährigen Entwicklungsziel zu einem Spitzenuniversitätsstandort mit starker Ausstrahlungskraft – nicht nur in Deutschland, sondern in Europa, vor allen Dingen im neuen EU-Raum – sind wir damit einen Schritt näher gerückt. Wir werden unsere gemeinsamen Anstrengungen in diesem Sinne aufrechterhalten und weiter ausbauen und blicken optimistisch in die Zukunft.



Prof. D. Michael Albrecht  
Medizinischer Vorstand



Wilfried E. B. Winzer  
Kaufmännischer Vorstand



## **Erfolgreicher Start ins DRG-Zeitalter**

Die deutschen Krankenhäuser standen 2004 ganz im Zeichen des neuen, auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystems. Wie die Zahlen des Berichtsjahres belegen, hat sich das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus erfolgreich auf diesen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen eingestellt. Mit innovativen Konzepten

in der Patientenversorgung, mit betriebswirtschaftlich optimierten Prozessen in der Verwaltung und einer leistungsorientierten Vergütung leitender Mitarbeiter konnte das Klinikum seine Marktposition weiter festigen. Trotz verschärfter finanzieller Rahmenbedingungen wurde die Wirtschaftlichkeit weiter deutlich verbessert, so dass das Universitätsklinikum das Geschäftsjahr 2004 mit einem positiven Betriebsergebnis von 3,2 Mio. EUR abschließen konnte.

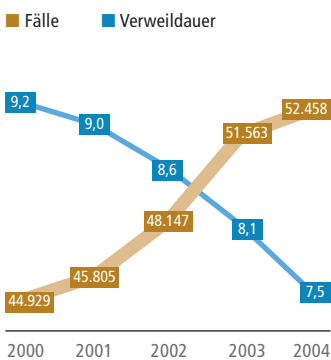


Für das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus war 2004 das erste Jahr, in dem es durchgängig nach Fallpauschalen abrechnete, die auf den Diagnosis Related Groups (DRG) beruhen. Da die dafür notwendigen Gesetze und Verordnungen erst im Herbst 2003 beziehungsweise im Berichtsjahr verabschiedet wurden, konnten Klinikum und Kostenträger das Budget erst im Berichtsjahr selbst verhandeln. Angesichts der erstmals greifenden, sehr weit reichenden Änderungen des Vergütungssystems gestalteten sich diese Verhandlungen schwierig.



Insgesamt vereinbarten Klinikum und Kostenträger für 2004 ein Erlösbudget von 192,9 Mio. EUR. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs von 6,3 Mio. EUR oder 3,4 Prozent. 178,6 Mio. EUR des Budgets entfielen auf den Entgeltbereich, während für die weiter nach Pflegesätzen abzurechnenden Leistungen der psychiatrischen Kliniken 14,3 Mio. EUR ausgehandelt wurden. Klinikum und Kostenträger einigten sich zudem auf Leistungen außerhalb des Budgets in Höhe von 1,3 Mio. EUR. Diese Mittel standen zur interdisziplinären Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen zur Verfügung (Vertrag über integrierte Versorgung nach § 140 SGB V mit nahezu allen Kassen). Die Entgelte waren für teilstationäre und stationäre Leistungen bestimmt.

Die in den Vorjahren etablierte moderne Datenverarbeitung – vor allem das Klinikinformationssystem „ORBITAS“ sowie die Softwareplattform SAP R/3 – bewährte sich in der Umbruchsituation und wurde den Anforderungen des neuen Abrechnungsmodus gerecht. Auch der diesjährige Jahresabschluss wurde erstmals unter SAP-Bedingungen erstellt. Dabei unterstützt die SAP-Software die Auswertung und Aufbereitung sowie die Dokumentation von Vorgängen und Prozessen. Die Tätigkeiten zur Vorbereitung und Durchführung des Jahresabschlusses, die Umsetzung der neuen Anforderungen unter SAP-Bedingungen, die optimale und effektive Aufbereitung der Datenmenge und -vielfalt waren eine große Herausforderung für alle Beteiligten in den Kliniken und in der Verwaltung. Die im Berichtsjahr investierten Mittel in den weiteren Ausbau der Hard- und Software verbesserten nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern führten gleichzeitig zu mehr Transparenz.



Während die Zahl der versorgten Fälle kontinuierlich stieg, konnte die Verweildauer gesenkt werden.

Die in den Vorjahren etablierte moderne Datenverarbeitung – vor allem das Klinikinformationssystem „ORBITAS“ sowie die Softwareplattform SAP R/3 – bewährte sich in der Umbruchsituation und wurde den Anforderungen des neuen Abrechnungsmodus gerecht. Auch der diesjährige Jahresabschluss wurde erstmals unter SAP-Bedingungen erstellt. Dabei unterstützt die SAP-Software die Auswertung und Aufbereitung sowie die Dokumentation von Vorgängen und Prozessen. Die Tätigkeiten zur Vorbereitung und Durchführung des Jahresabschlusses, die Umsetzung der neuen Anforderungen unter SAP-Bedingungen, die optimale und effektive Aufbereitung der Datenmenge und -vielfalt waren eine große Herausforderung für alle Beteiligten in den Kliniken und in der Verwaltung. Die im Berichtsjahr investierten Mittel in den weiteren Ausbau der Hard- und Software verbesserten nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern führten gleichzeitig zu mehr Transparenz.

#### ENTWICKLUNG DER ERLÖSE

ANGABEN IN TEUR

	Vereinbarung 2003	Ist <sup>1</sup> 2003	Vereinbarung 2004	Ist <sup>1</sup> 2004
vollstationärer Bereich	180.575,1	180.907,1	187.410,2	196.077,0
teilstationärer Bereich	6.054,2	5.907,7	5.505,1	5.003,4
<b>Gesamt</b>	<b>186.629,3</b>	<b>186.814,8</b>	<b>192.915,3</b>	<b>201.080,4</b>

ABWEICHUNG IN %	Vereinbarung 2004/2003	Ist 2004/2003	Ist 2004 zur Vereinbarung 2004
vollstationärer Bereich	3,8	8,4	4,6
teilstationärer Bereich	-9,1	-15,3	-9,1
<b>Gesamt</b>	<b>3,4</b>	<b>7,6</b>	<b>4,2</b>

<sup>1</sup> Ohne Berücksichtigung des Erlösausgleichs. Dargestellt sind Leistungsanteile, die mit den Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart werden.





Der Zuwachs der stationär erbrachten Krankenhausleistungen setzte sich auch 2004 fort. Im Berichtsjahr versorgte das Universitätsklinikum in diesem Bereich 52.458 Patienten. Besonders positiv entwickelte sich die Zahl der vollstationär versorgten Patienten. Im Vergleich zu 2003 stieg die Zahl dieser Fälle um mehr als 1.100 auf 47.037. Gleichzeitig reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer von 8,1 Tagen in 2003 auf 7,5 Tage im Berichtsjahr. Dieser deutliche Rückgang ist ein Beleg für die gelungenen Initiativen, die Behandlungsabläufe in den Kliniken und Zentren zu optimieren. Exemplarisch zu nennen sind hier das Universitäts KrebsCentrum, das Universitäts GefäßCentrum und das Universitäts SchmerzCentrum, die jeweils mit ihrem speziellen Versorgungsauftrag fachübergreifend eine optimale Patientenversorgung sicherstellen.

Zugleich führten bauliche Veränderungen in Verbindung mit geänderten Prozessen zu Synergien in der Versorgung. Hierfür ist vor allem auf die neu geschaffenen Aufnahmestationen, beispielsweise in der Inneren Medizin, oder auf den interdisziplinären tagesklinischen OP-Bereich zu verweisen. Den neuen gesetzlichen Vorgaben folgend verdoppelte sich das Leistungsvolumen des Vorjahres bei den ambulanten Operationen. Der damit verbundene Leistungsrückgang im tagesklinischen Bereich wurde durch diese Leistungen mehr als kompensiert.

Mit neuen, außerhalb des Budgets vereinbarten Leistungen konnte das Klinikum seine Ertragsituation weiter verbessern. Im Rahmen des Universitäts SchmerzCentrums können so Patienten mit chronischen Schmerzen interdisziplinär behandelt werden. Hierzu entstand eine effizient arbeitende und medizinisch erfolgreiche Tagesklinik.



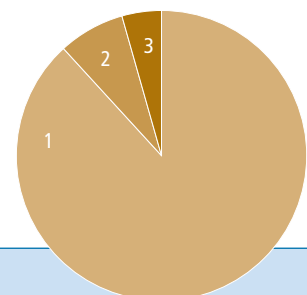
Ein deutlicher Zuwachs zeichnete sich auch im ambulanten Bereich ab. Bei den im Rahmen des Hochschulambulanzvertrages pauschal vergüteten Leistungen wurden 141.223 Behandlungen durchgeführt, 7.574 mehr als 2003. Ein weiterer Zuwachs zeichnete sich bei den Behandlungen im Rahmen der Instituts- und Einzelermächtigungen ab. Bis zum Jahresende wurden in diesem Bereich 9.953 Patienten ambulant versorgt. Im Rahmen der Notfallversorgung außerhalb der Sprechzeit wurden 13.677 Behandlungen erbracht. Der gegenüber 2003 zu verzeichnende vorübergehende Rückgang (1. und 2. Quartal) der Fälle in diesem Segment ist hauptsächlich den geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen – unter anderem der Einführung der Praxisgebühren – geschuldet.

Der durchschnittliche Personalbestand verringerte sich im Laufe des Geschäftsjahres 2004 um zirka 150 Vollkräfte. Im Jahresdurchschnitt betrug die Zahl der Vollkräfte zirka 3.450, davon waren zirka 2.770 Vollkräfte am Klinikum angestellt. Die laufenden Personalkosten konnten trotz der gestiegenen Leistungen gegenüber dem Vorjahr um 4,8 Mio. EUR gesenkt werden.

Neben den aus dem regulären Geschäftsbetrieb erzielten Erlösen hat auch die Erweiterung der Geschäftsfelder des Universitätsklinikums zu der insgesamt positiven Bilanz beigetragen. So konnten vor allem durch zusätzliche Serviceleistungen für Kooperationspartner unseres Hauses – zum Beispiel erbracht durch Apotheke, Pathologie, Labor und Krankenhaushygiene – die vorzuhaltenden Ressourcen besser genutzt und zusätzliche Erträge erzielt werden.

#### ÜBERSICHT DER ERLÖSANTEILE LT. VEREINBARUNG 2004

1 Bundeseinheitliche Entgelte <sup>1</sup>	170.211.042 EUR	88,23 %
2 Psychiatrischer Bereich	14.292.449 EUR	7,41 %
3 Krankenhausindividuelle Entgelte <sup>2</sup>	8.411.766 EUR	4,36 %



<b>Summe stationärer Erlöse</b>	<b>192.915.257 EUR</b>	<b>100 %</b>
---------------------------------	------------------------	--------------



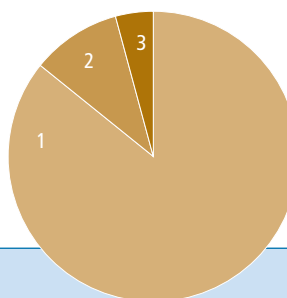
Die trotz der harten Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen erreichten Ergebnisse des Geschäftsjahres 2004 können als großer Erfolg gewertet werden. Das Klinikum konnte seine Position als einziger Maximalversorger und seine führende Stellung als leistungsstarkes Krankenhaus in der Region untermauern und steht den neuen Herausforderungen, die der Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 mit sich bringen wird, positiv gegenüber.

#### ERGEBNISSE DER ENTGELT- UND PFLEGESATZVERHANDLUNG IM VERGLEICH

	Vereinbarung 2003	Vereinbarung 2004	Abweichung zum Vorjahr absolut	%
<b>Budget gesamt</b>	<b>186.629.291 €</b>	<b>192.915.257 €</b>	<b>6.285.966 €</b>	<b>3,4</b>
davon				
KHEntgG-Bereich	172.819.817 €	178.622.808 €	5.802.991 €	3,4
BPfIV-Bereich	13.809.474 €	14.292.449 €	482.975 €	3,5
<b>Fälle gesamt</b>	<b>48.805</b>	<b>50.769</b>	<b>1.964</b>	<b>4,0</b>
davon				
<b>KHEntgG-Bereich</b>	<b>46.690</b>	<b>48.644</b>	<b>1.954</b>	<b>4,2</b>
vollstationärer Bereich	43.258	43.709		
teilstationärer Bereich	3.432	4.935		
<b>BPfIV-Bereich</b>	<b>2.115</b>	<b>2.125</b>	<b>10</b>	<b>0,5</b>
vollstationärer Bereich	1.367	1.367		
teilstationärer Bereich	748	758		

#### ÜBERSICHT DER FALLVERTEILUNG

1 Bundeseinheitliche Entgelte <sup>1</sup>	43.550	85,78 %
2 Krankenhausindividuelle Entgelte <sup>2</sup>	5.094	10,03 %
3 Psychiatrischer Bereich	2.125	4,19 %
<b>Gesamtfälle</b>	<b>50.769</b>	<b>100 %</b>



<sup>1</sup> DRG-Fallpauschalen und Dialyse.  
<sup>2</sup> Fall- und tagesbezogene Entgelte und Zusatzentgelte.



### **Klinikum und Fakultät entwerfen langfristiges Entwicklungskonzept**

Eine auf zehn Jahre angelegte Entwicklungskonzeption bildet den Rahmen für die bis 2014 geplanten Investitionen des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus. Damit schufen Klinikum und Medizinische Fakultät in enger Zusammenarbeit die Voraussetzung für eine auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht effizient arbeitende Hochschulmedizin.

Denn nur mit einer baulich wie ausstattungsseitig optimalen Infrastruktur lassen sich auf Dauer die Aufgaben von Krankenversorgung, Lehre und Forschung erfüllen. Das langfristige Konzept entscheidet über die weitere wirtschaftliche Entwicklung des Klinikums: Es berücksichtigt die sich verschärfende Einnahmesituation, deren Ursachen im Fallpauschalensystem der DRG sowie den sinkenden Zuschüssen von Bund und Freistaat liegen.





Im Berichtsjahr wurden die strategischen Ziele der Investitionsplanung unter dem Gesichtspunkt des Fallpauschalensystems der DRG in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe weiter präzisiert. Unter der Leitung des Vorstandes und des Dekans erarbeiteten der Lehrstuhl Sozial- und Gesundheitsbauten der Technischen Universität Dresden, die Büros Dr. Petri – Hospital Consulting GmbH und Dr. Kümmel Unternehmensberatung sowie Vertreter von Kliniken und Instituten die bis ins Jahr 2014 reichende Entwicklungskonzeption. Dieses mittel- und langfristig angelegte Konzept konkretisiert die bauliche wie infrastrukturelle Entwicklung des Universitätsklinikums sowie der Medizinischen Fakultät und schreibt bestehende Pläne fort.



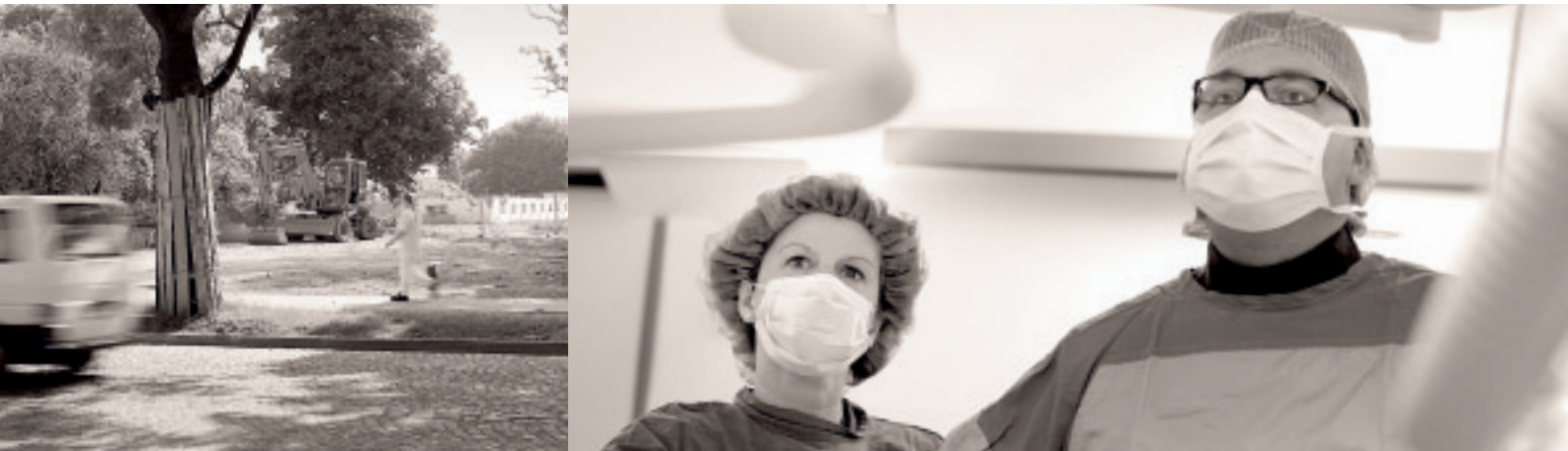
In enger Kooperation mit der Medizinischen Fakultät stellt das Klinikum damit die organisatorischen und baulichen Weichen für die Zukunft beider Einrichtungen. Dieses aktuelle Entwicklungskonzept fußt auf den strategisch bedeutsamen Vorhaben der vergangenen zehn Jahre. Dazu zählen vor allem die Neubauten Operatives Zentrum, Kinder- und Frauenzentrum, Dr.-Mildred-Scheel-Haus, Bettenhaus der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und das Medizinisch-Theoretische Zentrum (MTZ) der Medizinischen Fakultät sowie eine Vielzahl von umfangreichen Modernisierungen bestehender Klinik- und Institutsgebäude.

Das hohe Investitionstempo hielt auch 2004 an. Mit der Auswahl der Planungsbüros erfolgte der Start von vier langfristig geplanten Großbauvorhaben: Neben dem Neubau des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums (DINZ) und der umfangreichen Sanierung des angrenzenden Hauses 19 für insgesamt 122,30 Mio. EUR sind dies die moderne Hochleistungsküche für Patienten mit einem Investitionsvolumen von 10,04 Mio. EUR und das Versorgungszentrum für 8,39 Mio. EUR. Insbesondere der Neubau des DINZ trägt allen Forderungen moderner Hochschulmedizin unter DRG-Bedingungen Rechnung.

Aufgrund der hohen Priorität, die dieses Vorhaben für den Ausbau des medizinischen Hochschulstandortes in der Landeshauptstadt Dresden besitzt, hat sich das Universitätsklinikum entschlossen, neben dem Finanzierungsanteil des Bundes den nicht zur Verfügung stehenden Landesanteil selbst zu finanzieren. Dadurch stellte das Klinikum sicher, dass bereits im Herbst 2004 mit den vorbereitenden Arbeiten für diesen Neubau begonnen werden konnte. Der aus dem DINZ und dem modernisierten Haus 19 bestehende Komplex wird in der ersten Jahreshälfte 2008 in Betrieb gehen.



Eine optimal auf die Bedürfnisse der Patienten sowie des medizinischen und pflegerischen Personals abgestimmte Infrastruktur ist die Grundvoraussetzung für einen dauerhaft effizient ausgerichteten Klinikumsbetrieb. Die 2004 abgeschlossenen sowie die noch in der Planung befindlichen Investitionen sind daher stark auf die Prozesse der Krankenversorgung ausgerichtet.



Im Berichtszeitraum erfolgten zudem die Hauptarbeiten des Um- und Ausbaus der Klinik und Poliklinik für Orthopädie in Bauregie des Universitätsklinikums. Das Vorhaben wurde bei laufendem Klinikbetrieb in einer Bauzeit von weniger als zwei Jahren für 5,55 Mio. EUR abgeschlossen. Ohne die enge Partnerschaft des klinischen Personals mit den Bauverantwortlichen wäre dieser Erfolg nicht möglich gewesen. Ein weiterer kompletter Um- und Ausbau startete im Herbst 2004: Für 10,62 Mio. EUR entsteht in der ehemaligen Frauenklinik die Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde. Auch hier finanziert das Universitätsklinikum einen erheblichen Anteil selbst. Das Gebäude wird im Sommer 2006 bezugsfertig sein.

#### 2004 ÜBER DIE HOCHSCHULBAUFÖRDERUNG FINANZIERT INVESTITIONEN

Maßnahme	Standort	Kosten in TEUR <sup>1</sup>
Patientendaten-Management-System (PDMS)	Interdisziplinäre Intensivstation	1.600,0
Zweiter Teil des Klinisch-Administrativen Datenverarbeitungssystems	Klinikübergreifend	699,0
Einführung der Softwareplattform SAP R/3 in den Geschäftsbereichen Controlling, Finanzen, Logistik und Einkauf	Verwaltung	882,0
16-Zeilen-Computer-Tomograph	Rettungsstelle (Haus 58)	1.310,0
Digitaler Aufnahme-Arbeitsplatz	Rettungsstelle (Haus 58)	205,0
Digitale Subtraktions-Angiographie	Universitäts GefäßCentrum (Haus 9)	1.000,0

<sup>1</sup> Gesamtkosten einschließlich der in Vorjahren gewährten Beträge.





Mit der Inbetriebnahme des Parkhauses im September 2004 verbesserte das Universitätsklinikum den Service für Patienten, Besucher und Mitarbeiter. Parallel dazu wurde für das gesamte Klinikumsgelände ein Parkraumbewirtschaftungskonzept eingeführt. Zusammen mit der durch den Campus verlaufenden städtischen Buslinie können Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter das Klinikum unproblematisch erreichen.

Neben den in der Tabelle aufgeführten, über die Hochschulbauförderung (HBF) realisierten Investitionen in Informationstechnologien und medizinische Geräte erfolgte 2004 eine Reihe weiterer Aktivitäten. Mit ihnen schuf das Klinikum die Grundlagen dafür, 2005 weitere technische Innovationen einzuführen. In diesem Zusammenhang ist unter anderem auch die Ersatzbeschaffung des dritten Linearbeschleunigers der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie zu nennen, dessen Installation im ersten Halbjahr 2005 abgeschlossen sein wird.

Im Mittelpunkt weiterer Beschaffungsaktivitäten stand die für 2005 anstehende Inbetriebnahme eines PET-CT – der Kombination von Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Computertomographie (CT) – sowie weitere technische Innovationen auf dem Gebiet der vierdimensionalen Hochpräzisionsstrahlentherapie. Möglich sind diese Investitionen durch zusätzliche Fördermittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Damit unterstützt das Ministerium den Aufbau des „Zentrums für Innovationskompetenz für Medizinische Strahlenforschung in der Onkologie“ (ZIK OncoRay), das Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum gemeinsam betreiben.

Durch alle diese Investitions- und Großbauvorhaben gelingt es dem Klinikum, die universitäre Krankenversorgung optimal mit innovativer Lehre und Forschung zu verbinden. Die Behandlungsabläufe werden optimiert. Dies zeigt sich unter anderem an einer weiter sinkenden Verweildauer, dem Wegfall hausinterner Krankentransporte, individuelleren Angeboten der Ambulanzen und hocheffizienten Abläufen in den Bereichen Diagnose, Therapie und Pflege. Dabei verbessern sich für die Patienten Qualität und Service signifikant.



### **Prozesse analysieren, neu gestalten und umsetzen**

Durch optimierte Abläufe bei der Aufnahme ihrer Patienten gelang es der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer weiter zu senken und die Zufriedenheit der Behandelten zu erhöhen. Am Beispiel der neu eingeführten prästationären Aufnahme lassen sich die positiven Effekte modern gestalteter Prozesse gut belegen.

Die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems verbesserten bzw. neu gestalteten Prozesse helfen, Doppeluntersuchungen und Wartezeiten zu vermeiden. Dies entlastet einerseits die Patienten und schont andererseits die wirtschaftlichen Ressourcen der Klinik. Durch die optimierte Aufnahme der stationären Orthopädie-Patienten verkürzte sich die Verweildauer im Jahr 2004 in diesem Bereich um 1,2 Tage.



Am Anfang der Konzeption einer prästationären Aufnahme stand eine Iststandsanalyse, d. h. eine Selbstbewertung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Orthopädie. Sie fand im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach den Vorgaben der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ – KTQ – statt. Die Klinik nutzte die Chance dieses Verfahrens, um ihre Stärken und Defizite systematisch zu ermitteln. Dies beinhaltete auch die Analyse klinikinterner Prozesse. Dazu beant-



worteten Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen mehr als 700 Fragen. Dies half, neben zahlreichen Stärken auch eine Vielzahl von Verbesserungsbereichen zu identifizieren. Das Klinikteam der Orthopädie blieb bei diesen Erkenntnissen nicht stehen, sondern nutzte die wertvollen Ergebnisse, um die eigenen Abläufe neu zu gestalten. Ein Beispiel dafür ist die 2003 eingeführte prästationäre Aufnahme.

Diesem Teilprozess kommt in der Gesamtheit aller klinischen Abläufe ein hoher Stellenwert zu, in dem sich durch eine entsprechende Prozessgestaltung die erlösmindernden Effekte des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems der DRG ausgleichen lassen.

Mit einer verkürzten Verweildauer stationär behandelter Patienten passt sich die Klinik an die veränderte Vergütungssituation an. Allerdings muss ausgeschlossen werden, dass damit Verluste in der medizinischen Behandlungsqualität einhergehen und die Patientenzufriedenheit leidet. Neben einer maßvollen Verkürzung des postoperativen stationären Aufenthaltes ist deshalb gerade eine kurze präoperative Vorbereitungsphase ein geeignetes Mittel, diesem Anspruch gerecht zu werden. Das Jahr 2004 zeigte, dass das Konzept der prästationären Aufnahme in der Orthopädie die Erwartungen voll erfüllte.

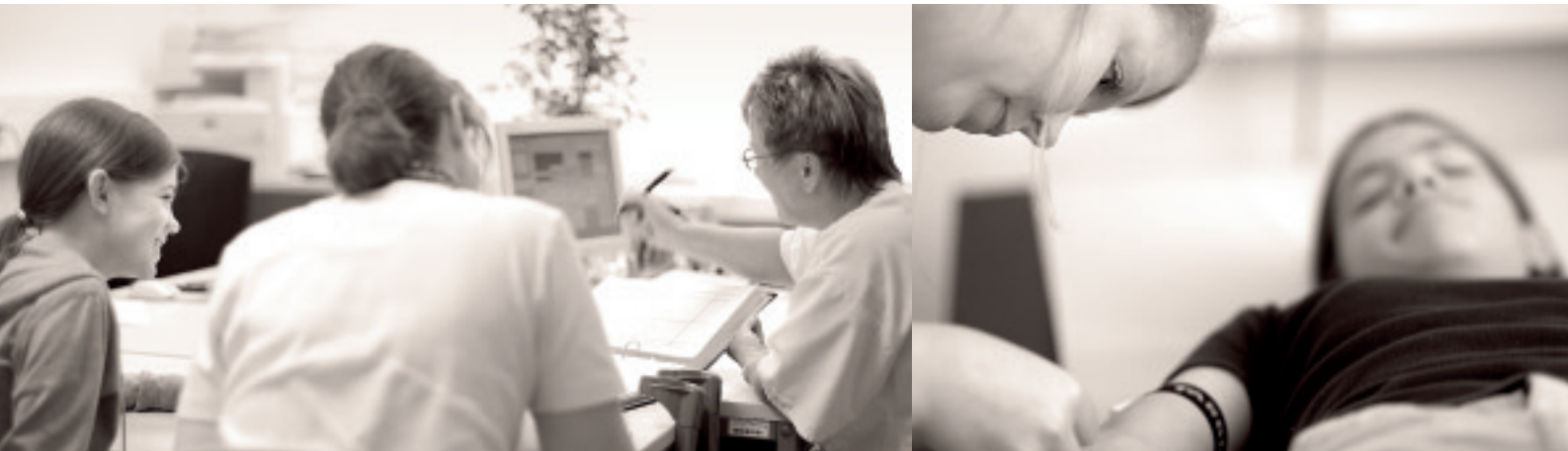
Bevor die prästationäre Aufnahme eingeführt wurde, hatte das Stationspersonal die einbestellten Patienten am Vortag der Operationen ärztlich und pflegerisch aufgenommen. Nicht selten entstanden hierdurch Wartezeiten und Verzögerungen – vor allem wenn andere Patienten noch nicht entlassen werden konnten oder auch aus anderen Gründen keine freien Betten zur Verfügung standen. Eine Ursache für den hohen Zeitaufwand bei der Aufnahme war im Einsatz junger Ärzte begründet, die ihre Facharztausbildung in der Orthopädischen Klinik absolvierten: Aufgrund des noch geringen Erfahrungsschatzes dieser Ärzte mussten die Patienten wiederholt den jeweiligen verantwortlichen Stations- oder Oberärzten vorgestellt werden.

Das Vermeiden solcher Redundanzen (beispielsweise Fragen nach Gewicht, Größe, Alter und zur aktuellen Medikation) stellte den ersten Baustein beim Aufbau der prästationären Aufnahme dar. Um dieses Prozedere optimal einzurichten, stimmte eine interprofessionell zusammengesetzte Arbeitsgruppe den Ablauf ab. Dadurch gelang es, Fragen nach Angaben, welche die Schwester in der Pflegeanamnese bereits erhoben hatte, in der anschließenden ärztlichen Anamnese auszuschließen und diese auf die eigentlichen medizinischen Schwerpunkte zu konzentrieren. Im Ergebnis dieses ersten Bausteins wurde auch die Aufnahmedokumentation den aufeinander abgestimmten Arbeitsschritten angepasst.



Optimierte Abläufe bei Diagnose und Therapie stellen im Zeitalter des modernen Abrechnungssystems einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Die Klinik und Poliklinik für Orthopädie konzipierte hierfür ein Aufnahme-prozedere, das Redundanzen und lange Wartezeiten unterbindet. Dies führt zu einer verbesserten Qualität, die Patienten wie Klinikum gleichermaßen zugute kommt.





Im Rahmen der weiteren Neugestaltung des Aufnahmeprozesses wurde festgelegt, dass zukünftig feste Teams die Patienten an einem festen Ort in der Klinikambulanz sowohl medizinisch als auch administrativ aufnehmen. Dieses Team besteht aus einem Arzt und einer Schwester. Die ärztliche Untersuchung stellen Fachärzte sicher, wodurch Mehrfachuntersuchungen und zeitaufwendige Demonstrationen entfallen. Der „Pfortner zur stationären Aufnahme“ ist damit ab sofort nicht mehr der jüngste Kollege, sondern ein erfahrener Arzt. Diese gegenüber tradierten Abläufen veränderten ärztlichen Tätigkeiten bedurften einer Eingewöhnungsphase, um Akzeptanz im ärztlichen Kollegenkreis zu erzielen. Erreicht wurde dies durch die straffe, zielorientierte Aufnahme im Sinne der Patienten- und schließlich auch der Mitarbeiterorientierung.

Um die Patienten möglichst komplett prästationär auf die Operation vorzubereiten, wurden schrittweise auch Anästhesie-Ärzte in den Aufnahmeprozess integriert. Die daraus weiterentwickelte Prämedikationssprechstunde befindet sich seitdem in den Räumen der Orthopädischen Klinik. Diese umfassende Vorbereitung der zu operierenden Patienten erfolgt seit 2003 eine knappe Woche vor dem stationären Aufnahmetermin. Täglich nimmt die Klinik 10 bis 15 Patienten auf. Dabei überprüft erst der Aufnahmearzt die Indikation für den operativen Eingriff und danach nochmals das gesamte Ärzteteam der Klinik in der Nachmittagskonferenz.

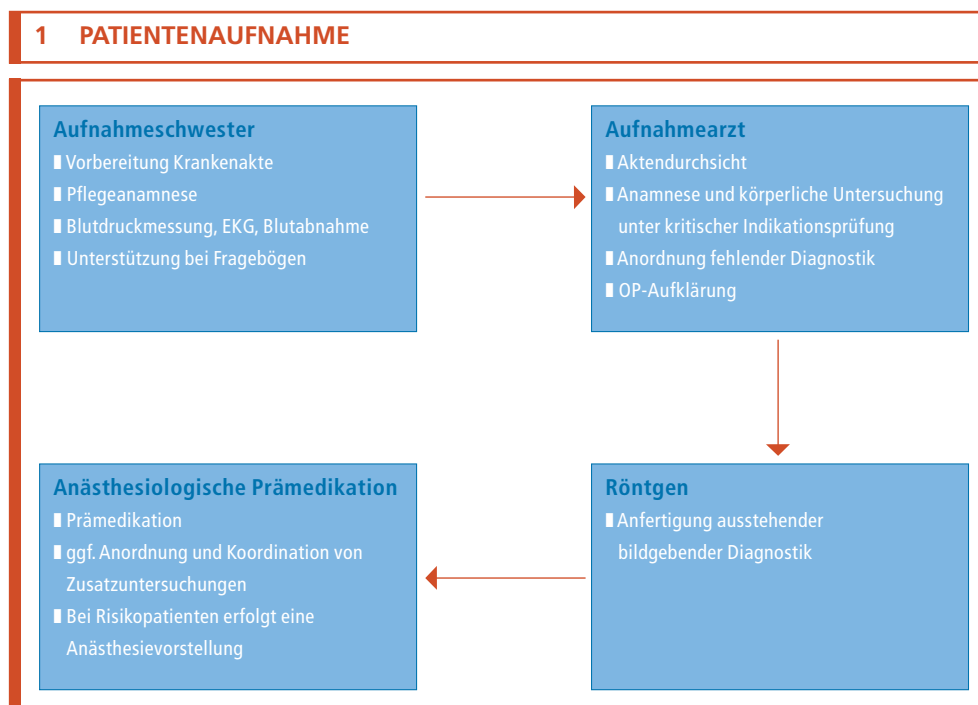
Die Zeiten für die stationäre Aufnahme am Vortag der Operation wurden werktags auf 14 Uhr und sonntags auf 16 Uhr festgelegt. Da die zu entlassenden Patienten die Klinik am Vormittag verlassen, sind die Betten der Orthopädie optimal ausgelastet. Diese höhere Effizienz bedeutet für die neuen Patienten keine zusätzlichen Wartezeiten. Zukünftig sollen Patienten, die nicht auf Platz eins des Operationsplans stehen, erst am Tag der Operation aufgenommen werden.

Heute sind an der prästationären Aufnahme ein Facharzt für Orthopädie, eine Arzthelferin und kooperierend die Kollegen aus der anästhesiologischen Prämedikationssprechstunde sowie aus dem Institut für Radiologische Diagnostik beteiligt. Bis auf Notfallpatienten und diejenigen, die eine spezielle orthopädische Schmerztherapie erhalten, werden alle Patienten



über diesen Weg aufgenommen (Abb. 1). Dies gilt auch für ambulante OP. Die an verschiedenen Orten des Universitätsklinikums zu erbringenden Leistungen (beispielsweise Röntgen oder Prämedikation) werden durch das Aufnahmepersonal im Sinne einer prozessorientierten Steuerung der Therapie koordiniert.

Die Einführung der prästationären Aufnahme in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie hat den gesamten Behandlungsprozess für Patienten mit elektiven Eingriffen verkürzt und die Qualität auf hohem Niveau sichergestellt. Ausdruck dessen ist die im Jahr 2004 um 1,2 Tage auf gut acht Tage verkürzte Verweildauer. Damit ist der neu gestaltete Prozess ein Beispiel erfolgreicher Prozessoptimierung im Rahmen des kontinuierlich weiterentwickelten Qualitätsmanagementsystems der Orthopädischen Klinik.





## **Kliniken nutzen Chancen des wirtschaftlichen Handelns**

Mit einer leistungsorientierten Vergütung und in die Kliniken verlagerten wirtschaftlichen Kompetenzen initiierte der Klinikumsvorstand einen Innovationsschub, der innerhalb von zwei Jahren zu messbaren Erfolgen führte. Die neu gewonnene Eigenverantwortung nutzen die Kliniken, um Prozesse im eigenen Haus zu optimieren und damit wirtschaftliche Reserven zu heben. Grundlage dieser positiven Entwicklung ist eine leistungs-



orientierte Vergütung der Beschäftigten – vom Klinikdirektor bis zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Stationen, Labors und der Verwaltung. Hierzu werden in einem Zeitrahmen von ein bis zwei Jahren individuelle Ziele vereinbart, an die ein variabler Gehaltsbestandteil oder eine Tantieme gekoppelt ist. Dieses System finanzieller Anreize führte zu einem Motivationsschub, der sich auch in den Leistungszahlen und dem wirtschaftlichen Ergebnis des gesamten Klinikums niederschlug.



**Neuberufungen:**

(Abbildungen von links nach rechts)

**Prof. Michael Baumann**C4-Professur für Radioonkologie,  
Klinik für Strahlentherapie und  
Radioonkologie**Prof. Stefan Bornstein**C4-Professur für Diabetologie,  
Medizinische Klinik III**Prof. Rolf Jessberger**C4-Professur für Biochemie,  
Institut für Biochemie**Prof. Martin Bornhäuser**C3-Professur für Stammzellen- und  
Knochenmarktransplantation,  
Medizinische Klinik I**Prof. Angela Hübner**C3-Professur für Kinderheilkunde,  
Pädiatrische Endokrinologie,  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**Prof. Hrissanti Ikonomidou**C3-Professur für Neuropädiatrie,  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**Prof. Frank Krummenauer**C3-Professur für Klinische  
Epidemiologie, Sport- und  
Rehamedizin**Prof. Christian Albrecht May**C3-Professur für Anatomie,  
Institut für Anatomie**Prof. Sebastian Schellong**C3-Professur für Angiologie,  
Medizinische Klinik III**Prof. Alexander Storch**C3-Professur für neuro-degenerative  
Erkrankungen insbes. Parkinson,  
Klinik für Neurologie

Mit dem Ausstieg aus dem Bundesangestelltentarif BAT-O konnten erstmals Arbeitsverträge geschlossen werden, die neben einem fixen auch einen variablen Gehaltsbestandteil enthalten.

Im Rahmen der neuen Arbeitsverträge ist es den einzelnen Kliniken nun möglich, mit ihren Mitarbeitern leistungsabhängige Vergütungsbestandteile zu vereinbaren. Die zu erreichenden Ziele werden für das jeweilige Kalenderjahr individuell ausgehandelt und gesondert festgehalten. In diesen Vereinbarungen kann unter anderem der Leistungsumfang des Bereichs festgelegt werden, den der betreffende Mitarbeiter leitet. Auch die verantwortliche Mitarbeit an geplanten Umstrukturierungen wird bei Erfolg auf diese Weise honoriert.



Parallel mit dem Start des neuen Entgeltsystems konnte den Lehrstuhlinhabern und damit den Chefärzten des Universitätsklinikums ein großer Teil der Verantwortung für die Erlöse übertragen werden. Dies führte zu einem spürbar effektiveren Mitteleinsatz in den Kliniken. In einem zweiten Schritt eröffnete sich erstmals die Möglichkeit, auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken leistungsorientierte Vergütungen anzubieten. Die bisher im Tarifvertrag nicht vorgesehene Möglichkeit, besondere Arbeitsleistungen auch anzuerkennen, steht damit allen Beschäftigten des Universitätsklinikums offen, die einen Individualvertrag nach Allgemeinen Arbeitsvertragsbedingungen vereinbaren. Erstmals bestanden damit Anreize für eine leistungsorientierte Vergütung, die seit 2003 immer bewusster genutzt werden.

Diese zu vereinbarenden Leistungszulagen oder Tantiemenvereinbarungen werden in der Regel für einen Zeitraum von ein bis maximal zwei Jahren abgeschlossen. Bei Ablauf dieser Frist schätzen die Leitungen der Kliniken, des Pflegedienstes oder der Geschäftsbereiche die Leistung des Mitarbeiters ein. Mit dem Vorstand und dem Geschäftsbereich Personal ist dann in Abhängigkeit von Zielerreichung und vom vorhandenen Klinikbudget darüber zu entscheiden, ob die Leistungszulage weiter gewährt beziehungsweise die Tantiemenregelung neu vereinbart wird.





Das noch bis zum Jahr 2003 ausschließlich gültige Instrument des Stellenplans verliert zunehmend an Bedeutung. An seinen Platz tritt die Verantwortlichkeit der Kliniken für das eigene Budget. Innerhalb des Rahmens selbst erwirtschafteter Mittel ist es den Chefarzten und Pflegedienstleitungen möglich, beispielsweise eigenständig und flexibel über den Einsatz sowohl von Personal als auch von Sachmitteln zu entscheiden.

Nicht zuletzt aufgrund des neu strukturierten Vergütungssystems erreichte das Universitätsklinikum im Jahr 2004 Erfolge bei seinen ehrgeizigen Umstrukturierungs- und Einsparmaßnahmen, konnte aber gleichzeitig seine Leistungen steigern. Damit stärkte das Klinikum auch im Berichtsjahr seine Konkurrenzfähigkeit unter den medizinischen Einrichtungen des Landes.

Die Kompetenz und Motivation jedes einzelnen Mitarbeiters sind wichtige Elemente für eine erfolgreiche Zukunft des Klinikums. Ein modernes Entgeltsystem mit Anreizen für den einzelnen Mitarbeiter ist der Schlüssel dafür. Es stärkt Eigenverantwortlichkeit der Kliniken, um die Prozesse im Sinne der Patienten und des gesamten Klinikums zu optimieren.





## Eine neue Dimension in der Lehre

Seit sechs Jahren durchläuft die Lehre der Medizinischen Fakultät einen tief greifenden Wandel. Ziel der Abkehr von tradierten Lehrinhalten ist ein Studium, das sich am menschlichen Organismus und den Bedürfnissen des Patienten orientiert. Somit rückt der Prozessgedanke in den Mittelpunkt des nach den Prinzipien des problemorientierten Lernens aufgebauten Reformstudiengangs.

Dieser Strategie folgt neben den neuen, über die gesamte Studienzeit laufenden Lehrprogrammen das im Berichtsjahr initiierte Qualitätsmanagement in der Lehre. Auch das Ausbildungsangebot des Universitätsklinikums änderte sich 2004. Die künftigen Mitarbeiter der Pflege lernen jetzt nach einem handlungsorientierten Konzept. Damit richten sich die Kurse ebenfalls an Prozessen aus und nicht mehr an den Grenzen traditioneller Fächer.



Folgende Anteile von DIPOL werden im Rahmen dieses Longitudinalprogramms vernetzt:

- Modul 2: Arzt–Patient
- Modul 3: Der menschliche Körper I
- Berufsfelderkundung
- Medizinische Psychologie und Soziologie
- Klinischer Untersuchungskurs
- Arzt, Patient und Kommunikation in der Allgemeinmedizin
- Freiwillige Anamnese und Balint-Gruppen
- Lehrmodule Gesprächsführung in DIPOL-Kursen
- Arzt-Patienten-Kontakte aus psychotherapeutischer Sicht (Balint-Gruppen für PJ und AiP)

### Longitudinalprogramme in der Lehre an der Medizinischen Fakultät

Mit dem Aufbau von Lehrprogrammen, die sich über das gesamte Medizinstudium erstrecken, läutete die Medizinische Fakultät die zweite Phase ihrer Reform der Lehre ein. Diese Longitudinalprogramme ergänzen den 1999 begonnenen Aufbau des Programms „Dresdner Integratives Praxis-/Patienten-/Problem-Orientiertes Lernen“ (DIPOL), das vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft unterstützt wird. Mit den neuen Lehrprogrammen erhalten die interdisziplinär angelegten DIPOL-Kurse eine neue Dimension: Die Themenschwerpunkte der bereits über die Fachgrenzen hinweg angelegten Lehrveranstaltungen sind so strukturiert, dass sie über das gesamte Studium fortgeführt werden.



Derzeit bietet die Fakultät zwei Longitudinalprogramme an: „Arzt, Patient, Kommunikation, Gesellschaft“ sowie „Ethik in der Medizin“. Das erste vermittelt Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beziehung zwischen Arzt und Patient, die das Kernstück der klinischen Medizin darstellen. Die Techniken des Erhebens der Anamnese und der Untersuchung des Körpers werden nun ab dem ersten Semester des Medizinstudiums erlernt. Dieser Kurs vermittelt zentrale Fähigkeiten der sozialen Wahrnehmung und Kommunikation.

### Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für die Lehre an der Medizinischen Fakultät

Als erste deutsche Fakultät ihres Fachs baut die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus in den kommenden Jahren ein Qualitätsmanagementsystem für die Lehre auf. Das beschloss die Fakultätsleitung im August 2004. Neben dem DIPOL-Programm ist diese Initiative ein weiteres Element, um in Dresden auf Dauer einen der modernsten und effizientesten Medizinstudiengänge anbieten zu können.

Das Qualitätsmanagement soll dazu beitragen, das Niveau der Lehre zu sichern, das durch äußere Faktoren zunehmend unter Druck steht. Dies sind vor allem die sinkenden Mittel der öffentlichen Hand, der wachsende Legitimationsdruck gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit sowie der verstärkte internationale Wettbewerb. Damit die Hochschulen ihre vielfältigen Aufgaben effizient und innovativ erfüllen können, müssen ihnen weitere Kompetenzen übertragen werden. Um der damit verbundenen größeren Eigenverantwortlichkeit gerecht zu werden, ist in einem ersten Schritt ein Gesamtüberblick über die Prozesse erforderlich, die an der Fakultät im Rahmen der Lehre laufen. Als Grundlage des Qualitätsmanagements sind diese zu definieren, zu analysieren und zu dokumentieren. Im Ergebnis soll ein Handbuch entstehen, das Grundlage einer Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 sein wird.

Vor diesen Aktivitäten steht als erster Schritt, das gemeinsame Leitbild von Uniklinikum und Fakultät, das die in der Lehre ablaufenden Kernprozesse definiert, weiter zu konkretisieren. Ziel der so geschaffenen Organisationsleitbilder ist es, ein Gemeinschaftsgefühl und ein gemeinsames Bewusstsein der Hochschulangehörigen zu entwickeln, das in eine breit akzeptierte Hochschulkultur einmündet. In dieses Leitbild können beispielsweise die angestrebten Bildungsziele, das Qualitätsmanagement, das curriculare Konzept, die Qualifikation von Mitarbeitern sowie das Ausbildungsangebot mit eingebunden werden.

Eine Prozessanalyse soll zeigen, wie sämtliche Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse ablaufen. Auf dieser Grundlage kann die Fakultätsleitung konkrete Maßnahmen ergreifen, um die Qualität der Lehre weiter zu verbessern.



Die Prozesse wurden hinsichtlich ihres Zwecks, ihres Geltungsbereiches, der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie der Verfahrensweise charakterisiert. Dabei orientierte sich die Fakultät am Sollzustand, der mit dem Istzustand verglichen wurde, um Defizite und Probleme zu identifizieren. Dies sind beispielsweise die Koordination des Personaleinsatzes (Management der Aufgaben in Lehre und Krankenversorgung), die Prüfungsorganisation (unter anderem stimmen Prüfungsformen teilweise nicht mit Inhalten der Lehrveranstaltungen überein und es gibt zu wenig fächerübergreifende Prüfungen). Eine Erfassung der fächerübergreifenden und fachspezifischen Lernziele ist ebenfalls Bestandteil des Projektes.

Zu den Kernprozessen in der Lehre gehören:

- Planung/Koordination der Lehrveranstaltungen
- Koordination des Personaleinsatzes
- Prüfungsorganisation
- Immatrikulation/verstärkte Auswahl durch die Hochschule (ab dem Wintersemester 2005/2006 60 Prozent aller Studierenden)
- Evaluation der Lehre
- Gremienarbeit
- Bonus-/Anreizsystem für die Lehre

#### STUDENTENZAHLEN 2004 (Zahlen vom 1. 12. 2004)

	Medizin	Zahnmedizin	Gesundheitswissenschaften Public Health	Gesamt
Studienanfänger	261	67	38	<b>366</b>
Absolventen	151	26	2	<b>179</b>
Studierende gesamt	1.737	315	56	<b>2.040</b>



### **Klinikum bildet Arzthelferinnen und Arzthelfer aus**

Seit dem Sommer 2004 absolvieren 19 junge Leute ihre praktische Ausbildung als Arzthelferinnen oder Arzthelfer am Universitätsklinikum. Dies wurde möglich, nachdem die Sächsische Landesärztekammer das Klinikum als Ausbildungsstätte anerkannte. Die dreijährige duale Ausbildung findet an zwei Tagen der Woche in der Berufsfachschule und an den restlichen Tagen in den Klinikambulanzen statt. Jedem Auszubildenden stehen ein

approbierter Arzt sowie ein Mentor aus dem jeweiligen Arbeitsbereich zur Seite. Ziel ist es, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten auf höchstem Niveau zu vermitteln.



### **Pflegeausbildung mit erweitertem Profil**

Aus der Krankenschwester wird die „Gesundheits- und Krankenpflegerin“. Dieser Wandel, der auch die männlichen Pfleger und das auf Kinder spezialisierte Pflegepersonal betrifft, ist mit Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes zum 1. Januar 2004 wirksam. Die Medizinische

Berufsfachschule am Universitätsklinikum ist die erste Einrichtung in Dresden, welche die Vorgaben in der Ausbildung umsetzt.

Neue Inhalte der Pflege sind präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Ziel ist es, den zu pflegenden Menschen dabei zu helfen, die physische und psychische Gesundheit wiederzuerlangen, sie zu verbessern, zu erhalten und zu fördern. Der theoretische und praktische Unterricht ist handlungsorientiert in zwölf Themenbereiche untergliedert. Neben den Praxiseinsätzen in klinischen Bereichen sollen die Schülerinnen und Schüler auch in rehabilitativen und palliativen Einrichtungen arbeiten. Die daran beteiligten Häuser stellen den Auszubildenden eigene Fachkräfte mit einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation zur Seite.

### **Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten**

Zum März 2004 startete im Universitätsklinikum die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA). Im ersten Jahrgang unterrichtet das Fort- und Weiterbildungszentrum 18 Personen. Ihnen werden innerhalb von drei Jahren die theoretischen und praktischen Inhalte vermittelt, die sich an der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) orientieren. Die angehenden OTA lernen im Rahmen eines Ausbildungsverbunds, den das Klinikum mit fünf Krankenhäusern geschlossen hat.





Im klinikumseigenen Fort- und Weiterbildungszentrum erhalten die Schüler insgesamt 1.600 Stunden theoretische Ausbildung. Für den praktischen Unterricht der im Uniklinikum und in den Verbundkrankenhäusern stattfindet, sind 3.000 Stunden vorgesehen. Innerhalb der Lehrzeit bereiten sich die zukünftigen Assistenten darauf vor, Instrumente, Materialien und Geräte für operative Eingriffe fachgerecht bereitzustellen und zuzureichen. Zu den künftigen Aufgaben gehört zudem das selbstständige Nachbereiten der Operationssäle. Außerdem betreuen Operationstechnische Assistenten Patienten während des Aufenthaltes im Operationssaal.

Die Inhalte des vom Klinikum vorgehaltenen breit gefächerten Aus- und Weiterbildungsspektrums sind bestimmt von den sich wandelnden Anforderungen des Gesundheitssystems. So wurde die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege neu strukturiert und orientiert sich an den Prozessen der täglichen Arbeit auf den Stationen.



## Qualität von Strukturen und Prozessen auf dem Prüfstand

Mit der Zertifizierung des Universitäts KrebsCentrums und den ersten klinikumsweiten Projekten zum Risikomanagement setzte das Universitätsklinikum im Berichtszeitraum zwei qualitätspolitische Meilensteine. Im fünften Jahr des am Klinikum fest etablierten Qualitätsmanagements wurden weitere wesentliche Prozesse und Strukturen geprüft, verbessert und im Bedarfsfall auch umgesetzt.

Ganz bewusst sind für diese Aktivitäten einzelne Kliniken oder Zentren ausgewählt worden. Diese Vorhaben strahlten auf das gesamte Klinikum aus: Die Arbeitsgruppe Risikomanagement der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie entwickelte und implementierte 2004 gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement ein klinikumsweites Notfallmanagementsystem.



**Beschlossene****Zertifizierungsbereiche:**

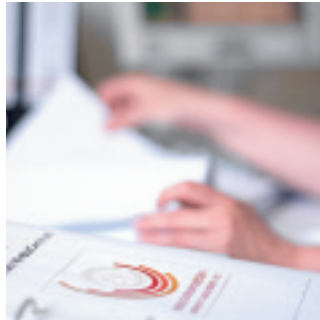
- Universitäts KrebsCentrum nach DIN EN ISO 9001:2000
- Regionales Brustzentrum am Universitäts KrebsCentrum nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft

**Festgelegte Indikatoren für IQIP:**

- im Krankenhaus erworbene – nosokomiale – Infektionen auf den Intensivstationen
- Infektionen im chirurgischen Bereich
- Sterblichkeit stationärer Patienten
- Druckgeschwüre (Dekubitus)

**Die Qualitätspolitik des Klinikums (D)**

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus verfügt seit dem Jahr 2000 über ein kontinuierlich weiterentwickeltes Qualitätsmanagementsystem. Seinerzeit fest etabliert als Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM), ist dieser Aufgabenkomplex dem Vorstand als Zentralbereich direkt zugeordnet und verfügt über 4,5 Mitarbeiterstellen. Der Vorstand steuert die Qualität des Klinikums mit jährlich beschlossenen Zielen in Form von Qualitätsentwicklungsplänen.



Diese orientieren sich an den gemeinsamen Grundwerten von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät, die in einem Leitbild zusammengefasst sind.

**Der Qualitätsentwicklungsplan 2004:**

„Der Vorstand beschließt die entsprechende Fortsetzung seiner Strategie aus dem Jahr 2003, keine flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute und Bereiche vorzunehmen. Vielmehr erfolgt eine Zertifizierung in den Struktureinheiten, für die gesetzgeberische Anforderungen dies erforderlich machen und bei denen die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind.“

Die Teilnahme an einem internationalen Benchmarkprojekt (International Quality Indicator Project – IQIP) wird fest etabliert. Durch die Teilnahme an IQIP stellt sich das Klinikum dem bundesweiten Vergleich im Rahmen eines Benchmarkprojekts der deutschen Uniklinika. Die im § 137 des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch – (SGB V) vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung werden hinsichtlich der beschlossenen Neuerungen angepasst und in den jeweiligen Kliniken etabliert.

**1 LEITBILD VON UNIVERSITÄTSKLINIKUM UND MEDIZINISCHER FAKULTÄT**

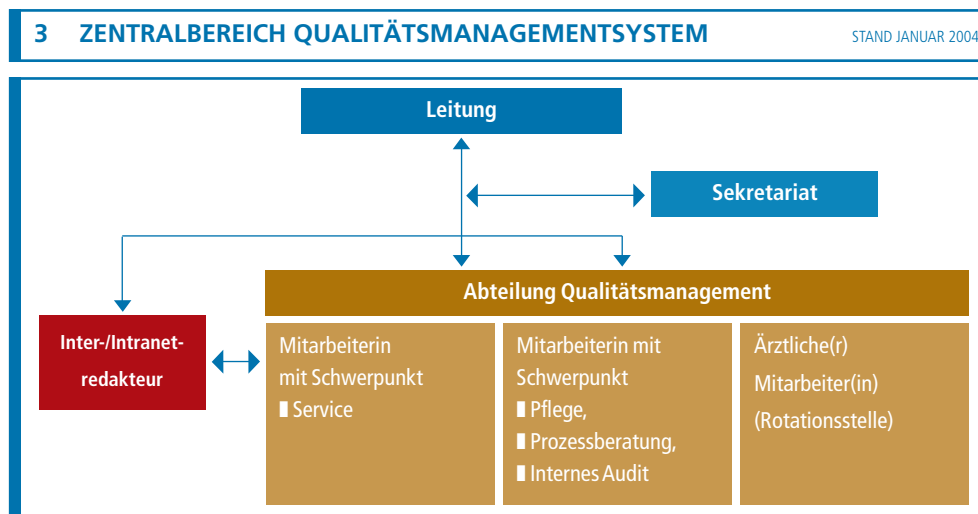
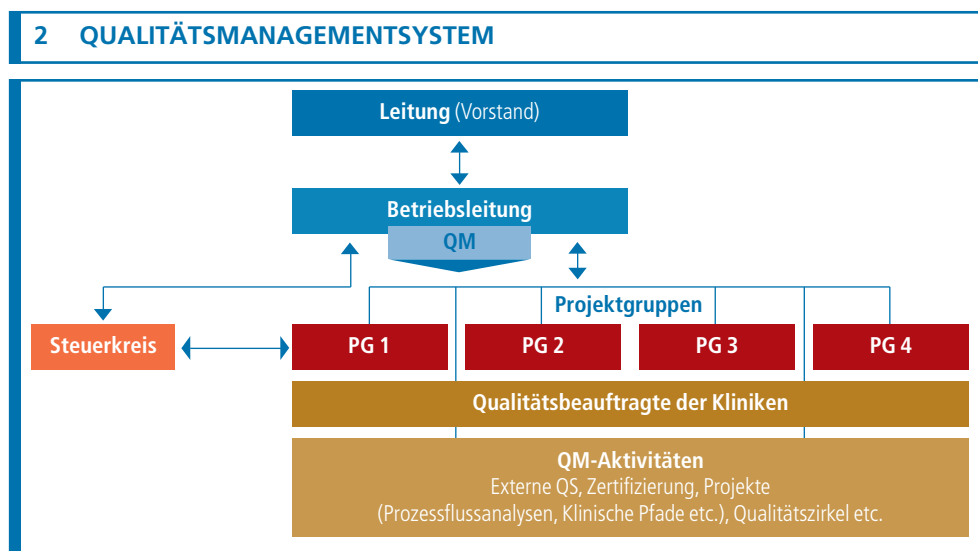
- Unser Maßstab ist fachliches Spitzenniveau als Kompetenzführer in der Region.
- Patientenfreundliche Abläufe sind Verpflichtung eines jeden von uns.
- Eine auf den Patienten ausgerichtete Kommunikation und Information ist Teil unserer täglichen Aufgaben.
- Motivierte, eigenverantwortlich handelnde und geachtete Mitarbeiter sind unser Ziel.
- Der wirtschaftliche Einsatz der materiellen Ressourcen ist eine Verpflichtung für jeden von uns und entscheidet über unsere Zukunft.
- Qualifizierung ist Teil unserer täglichen Aufgaben und eine Investition in die Zukunft.
- Optimale Betreuung braucht die Kooperation mit weiteren Partnern des Gesundheitswesens. Für die Pflege dieser Beziehung und die Darstellung nach außen sind unsere Mitarbeiter mit verantwortlich.
- Wir achten unsere Geschichte.
- Wir sind eine lernende Organisation.

Beschluss des Klinikumsvorstands vom 20. Februar 2002

### Das Qualitätsmanagementsystem (E1)

Die Struktur des Qualitätsmanagementsystems (Abb. 2) am Universitätsklinikum ist ein Beleg für den hohen Stellenwert, den der Vorstand dieser Funktion und den damit verbundenen Aufgaben einräumt. Der Status als Zentralbereich gewährleistet dem QM zudem direkte Entscheidungswege. Sie ermöglichen es, qualitätsrelevante Projekte und Aktivitäten effizient zu initiieren und umzusetzen sowie die hierzu notwendigen Ressourcen freizusetzen.

Grundidee des Qualitätsmanagements (QM) am Klinikum ist es, die Kliniken, Institute und Abteilungen in ihren diesbezüglichen Aktivitäten durch die Mitarbeiter des Zentralbereichs u.a. methodisch zu unterstützen (Abb. 3). Damit soll die Qualität der Leistungen eigenverantwortlich vor Ort erbracht werden. Die fachliche Diskussion übergeordneter qualitätsrelevanter Fragen, Projekte und Aktivitäten im Universitätsklinikum ge-



## 5 FÜHRUNGSPROZESSE

### Organisation

- └ 1.1 Kernambulanz
- └ 1.2 Brustzentrum
- └ 1.3 Fach-Tumorsprechstunden

### Personal und Schulung

- └ 2.1.1 Einarbeitung neuer Mitarbeiter/  
Bereich Ärztliche und Psychologische  
Dienste
- └ 2.1.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter/  
Bereich Arzthelferdienste
- └ 2.1.3 Einarbeitung neuer Mitarbeiter/  
Bereich Datenmanagement
- └ 2.2 Weiterbildung (Fachqualifikation)  
für Ärzte
- └ 2.3.1 Fortbildung/Bereich Ärztliche und  
Psychologische Dienste
- └ 2.3.2 Fortbildung/Sonstige
- └ 2.4 Ausbildung/Auszubildende

### Personal und Kommunikation

- └ 3.1 Bereichs- und bereichsübergreifende  
Kommunikation
- └ 3.2 Schweigepflicht und Datenschutz

### Personalentwicklung

- └ 4.1 Mitarbeitergespräche
- └ 4.2 Mitarbeiterzufriedenheit
- └ 4.3 Personalauswahl

### Externe Kunden

- └ 5.1 Ermittlung der Kundenbedürfnisse/  
Zufriedenheit
- └ 5.2 Kommunikation/Befunde,  
schriftlich, mündlich
- └ 5.3 Umgang mit Hinweisen/Beschwerden

### Dokumente und Daten

- └ 6.1 Lenkung von Dokumenten
- └ 6.2 Lenkung von Aufzeichnungen

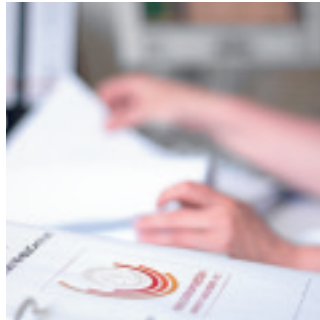
### Qualitätssicherung

- └ 7.1 Interne Qualitätssicherung
- └ 7.2 Externe Qualitätssicherung

### Managementbewertung

- └ 8.1 Interne Audits UCC
- └ 8.2 Interne Audits Partner

schiebt im Steuerkreis, der interdisziplinär zusammengesetzt ist (Abb. 4), sowie im Kreis der Qualitätsbeauftragten des Klinikums und der Medizinischen Fakultät. Der Zentralbereich Qualitätsmanagement als kleine, zentrale Einheit initiiert und unterstützt die Kliniken, Institute und Abteilungen dabei, gesetzlich vorgegebene Pflichtaufgaben, die im Qualitätsentwicklungsplan beschlossenen sowie die freiwilligen Projekte, Aktivitäten und Maßnahmen dezentral umzusetzen.



### Qualitätsbewertung (E2) – Zertifizierung des Universitäts KrebsCentrums (UCC)

Bereits bevor begonnen wurde, ein Prozessmanagement in der Krankenversorgung einzuführen oder Klinische Pfade, Leitlinien und Standards zu erarbeiten, gab es wirksame Instrumente zur Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit. Die Pathologie setzt hierzu das älteste, allerdings vom Aussterben bedrohte Werkzeug ein – die klinische Obduktion. Damit scheint schon historisch eine Seelenverwandtschaft zwischen dem

Streben nach Qualität und dem Fachgebiet der Pathologie zu bestehen. So ist es nicht verwunderlich, dass sich das Institut für Pathologie am Universitätsklinikum als erste akademische Institution in Deutschland bereits im Jahr 2003 den modernen Anforderungen an die vom Gesetzgeber geforderte Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems gestellt hat.

Die bei den vorbereitenden Arbeiten und der Zertifizierung selbst gewonnenen Erfahrungen fanden Eingang in ein Musterhandbuch. So lassen sich die Kapitel zu Themen wie Personalführung, Information und Kommunikation, Arbeitssicherheit, Brandschutz oder Hygiene auch auf alle anderen Kliniken und Institute übertragen (Beispiele: Gliederung von Führungsprozessen am Universitäts KrebsCentrum – UCC, Abb. 5).

## 4 MITGLIEDER DES STEUERKREISES

STAND 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. Cornelia 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	GB Pflege, Service, Dokumentation; Leiterin
┃ Meike Jaeger	Pflegedienstleiterin UW-Chirurgie, Orthopädie
┃ Kerstin Stübner-Röhler	GB Personal, Leiterin
┃ Dr. oec. Mandy Zschiesche	GB Finanzen, Leiterin
┃ Georg Vater	GB Medizinisches Rechenzentrum, Leiter
┃ Dr. med. Maria Eberlein-Gonska	Zentralbereich Qualitätsmanagement, Leiterin
┃ Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht	Medizinischer Vorstand als ständiger Gast
┃ Wilfried E. B. Winzer	Kaufmännischer Vorstand als ständiger Gast

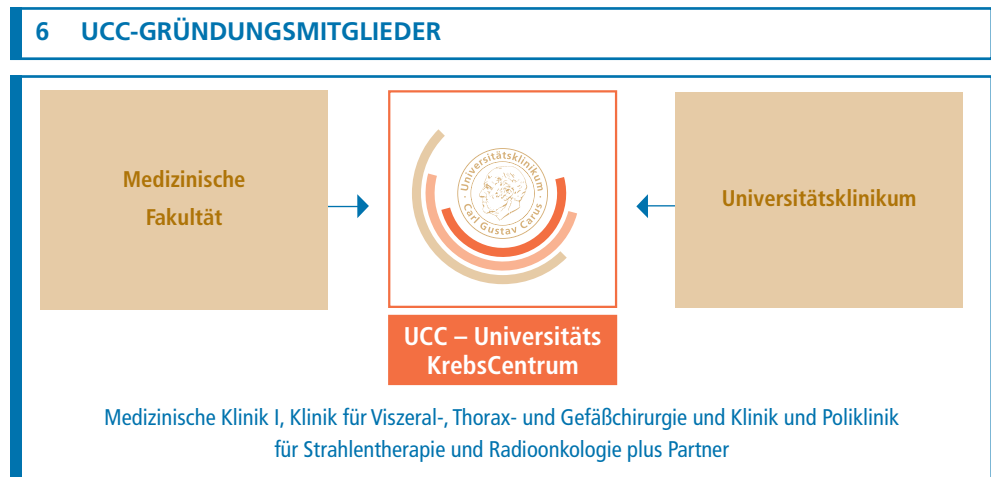




Damit war auch die Grundlage geschaffen, 2004 mit dem UCC das erste an einem deutschen Universitätsklinikum etablierte Krebszentrum zu zertifizieren. Hinter dem Kürzel steht das im Juli 2003 von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät Carl Gustav Carus gegründete University Cancer Center – Universitäts KrebsCentrum. In Struktur und Vorgehen orientiert sich das UCC am Konzept der in den USA sowie mehreren europäischen Ländern bewährten Comprehensive Cancer Center. Es war damit Vorreiter in Deutschland und ist das Einzige seiner Art in den neuen Bundesländern. Gründungsmitglieder sind die Medizinische Klinik I, die Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie (Abb. 6).

Kernaufgabe des UCC ist es, entsprechend dem aktuellen Stand der Medizinischen Forschung individuelle Behandlungsempfehlungen für onkologische Patienten zu erarbeiten. Grundlage bilden unter anderem die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Experten der verschiedenen Fachdisziplinen diskutieren diese fachübergreifenden Behandlungsempfehlungen in eigenen Fallkonferenzen. Sie werden schriftlich in so genannten Tumorboardbeschlüssen festgehalten. Das Universitäts KrebsCentrum kooperiert in der interdisziplinären Diagnostik und Betreuung onkologischer Patienten mit allen klinischen Abteilungen des Klinikums. Darüber hinaus bestehen vielfältige Kontakte des UCC mit weiteren Krankenhäusern der Region, niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationskliniken und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Mit der Zertifizierung des Universitäts KrebsCentrums ist der Aufbau dieser interdisziplinären Einrichtung abgeschlossen. Die hierfür definierten Prozesse stellen unter anderem eine jeweils individuell auf die Patienten abgestimmte Therapie sicher. Damit gehört das Zentrum zu den führenden Einrichtungen seiner Art in Deutschland.



**Die Vision des Universitäts KrebsCentrums wurde wie folgt definiert:** Etablierung eines international führenden interdisziplinären Krebszentrums im Sinne eines Comprehensive Cancer Centers zur hochwertigen Versorgung, Forschung und Lehre krebserkrankter Patienten.

Der Aufbau und die Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems dienen dazu, die in der Vision definierten Ziele zu konkretisieren und umzusetzen. Als methodisches Instrument entschied sich das UCC für eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000. Das Universitäts KrebsCentrum bezog hierbei das Musterhandbuch der Pathologie ein und passte es an seine speziellen Bedürfnisse an. Dies gilt insbesondere für die komplett neu definierten Kernprozesse (Abb. 7). Sie verfolgen das Ziel, Patienten mit Tumorerkrankungen – insbesondere des Verdauungstraktes – einer optimalen Diagnostik, Behandlung und Nachsorge zuzuführen. Grundlagen hierfür sind der aktuelle Stand der medizinischen Forschung sowie die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Durch den Aufbau des Managementhandbuchs und die daran anschließende erfolgreiche Zertifizierung ist es gelungen, im Universitäts KrebsCentrum ein Qualitätsmanagementsystem auf hohem Niveau einzuführen. Wesentlicher Bestandteil sind die hierbei definierten Prozess- und Ergebnisindikatoren, mit denen die Qualität gemessen und bewertet wird. Einen herausragenden Stellenwert hat dabei die Vorbildfunktion, die das erfolgreich etablierte Qualitätsmanagement auf die zahlreichen Kooperationspartner des UCC innerhalb des Klinikums ausübt.

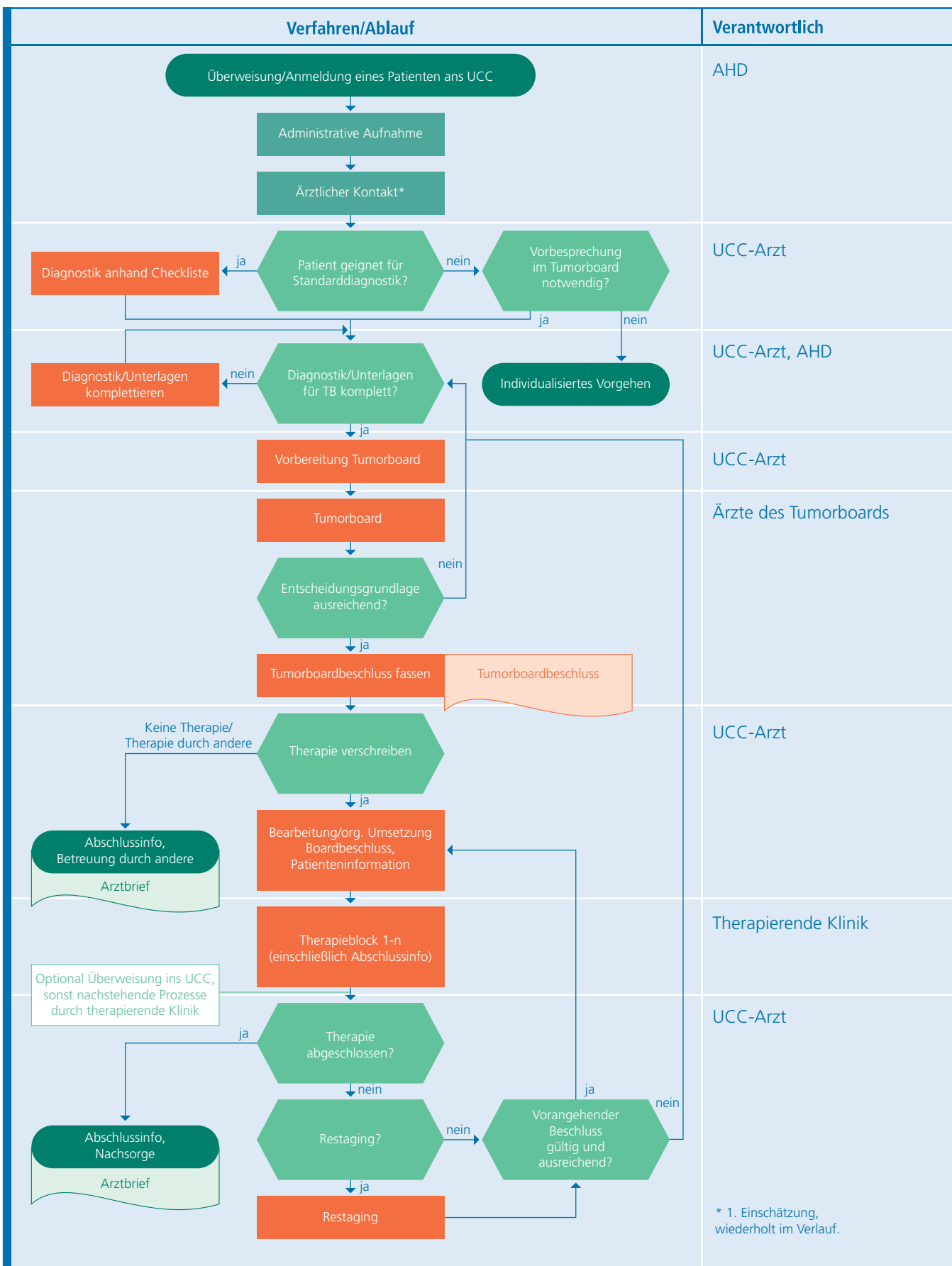
#### **Projekte des Qualitätsmanagements (F): Risikomanagement in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie – Einführung eines anonymen Fehlermeldesystems („Critical Incident Reporting System“)**

In der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums gründete sich 2002 die „Arbeitsgruppe Risikomanagement“ (AG-RMA). Primäres Ziel ist es, sicherheitsrelevante und kritische Ereignisse im Klinikalltag systematisch zu erfassen und strukturiert zu bewerten. Daraus sollen gegebenenfalls Strategien entwickelt werden, mit denen sich Behandlungsfehler vermeiden und die Sicherheit für Patienten und Behandelnde erhöhen lassen.

Die AG-RMA setzt sich aus engagierten Mitgliedern aller in der Anästhesiologie an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen zusammen, unterstützt von der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement des UKD.

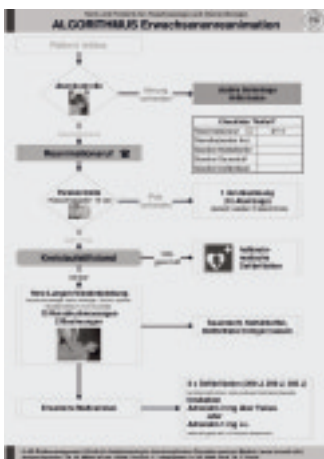


7 INTEGRATION DES TUMORBOARDS IN DIE ALLGEMEINEN ABLÄUFE IM UCC



**Die Aktivitäten der AG-RMA strahlen im Berichtsjahr zudem auf das gesamte Klinikum aus. Die Arbeitsgruppe entwickelte und implementierte u. a. ein Notfallmanagementsystem für alle Kliniken und Institute. Dies besteht aus dem:**

- Erfassen der Notfallkoffer und Defibrillatoren im gesamten Klinikum sowie dem Beschil dern der Standorte
- Entwickeln eines Standards für Notfallkoffer und Defibrillatoren
- Erstellen eines Posters zur Reanimation für alle Stationen und Funktionsbereiche
- täglichen Überprüfen des Notruf-Funks und dem Erfassen von Funklöchern
- Transport des Notfallteams durch die Fahrzeuge des Sicherheitsdienstes
- Angebot eines Reanimations-trainings für alle am Patienten tätigen Klinikumsmitarbeiter im eigenen interdisziplinären Simulationslabor in der Medizin, ISIMED



Als erster Schritt wurde das in der Schweiz seit einigen Jahren erfolgreich zum Einsatz kommende anonyme Fehlermeldesystem „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) an die lokalen Verhältnisse angepasst und eingeführt. Dieses System ermöglicht allen Mitarbeitern, jedes Ereignis anonym mitzuteilen, das ohne Korrektur zu einer Gefährdung des Patienten hätte führen können. In einem herausfordernden nächsten Arbeitsschritt müssen die gemeldeten Ereignisse kategorisiert und analysiert werden. Hierfür nutzt die AG-RMA das anerkannte Konzept „Mensch-Technik-Organisation“, um den identifizierten kritischen Situationen entgegenzuwirken: durch Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, der technischen Ausstattung sowie der Organisationsstrukturen innerhalb der Klinik.

Als Ergebnis des CIRS wurden im Klinikum unter anderem folgende Vorgaben umgesetzt:

- Management der Luftwege (Poster mit Algorithmus für jeden Narkosearbeitsplatz, Ausbildungskonzept inklusive Simulatortraining für jeden Mitarbeiter)
- Klinikorganisation (Leitfaden perioperative Patientenbetreuung, organisatorischer Leitfaden für wissenschaftliche Mitarbeiter, Fortbildung zu Technik der Infusionspumpen, Laboruntersuchung zum Pumpverhalten der Perfusoren, Einführung von Flugblättern zur Information der Klinikmitarbeiter über Veränderungen in der Arbeitsorganisation)

In der Arbeit mit dem CIRS tauchen nach dem Schneeballprinzip stets weitere Probleme und Fragestellungen auf. Sie alle lassen sich in die Kategorien Struktur- und Prozessqualität einordnen. Da in beiden Kategorien wesentliche Ansätze zur Risikominimierung liegen und ein reduziertes Risiko für Patienten und Mitarbeiter mittel- und langfristige Auswirkungen auf die Ergebnisqualität hat, ist die Darstellung und Lösung dieser Probleme eine der wertschöpfenden Aufgaben des Qualitätsmanagements.

Mit dem CIRS steht der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin ein potentes Instrument zur Verfügung, Fehler und sicherheitsrelevante Ereignisse zu erheben und zu analysieren. Durch das konsequente Umsetzen der aus der Analyse abgeleiteten präventiven Maßnahmen lassen sich Fehler in der Anästhesie reduzieren und damit lässt sich die Behandlungsqualität verbessern. Diese Effekte strahlen auch auf das Gesamtklinikum aus.

### Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (E3)

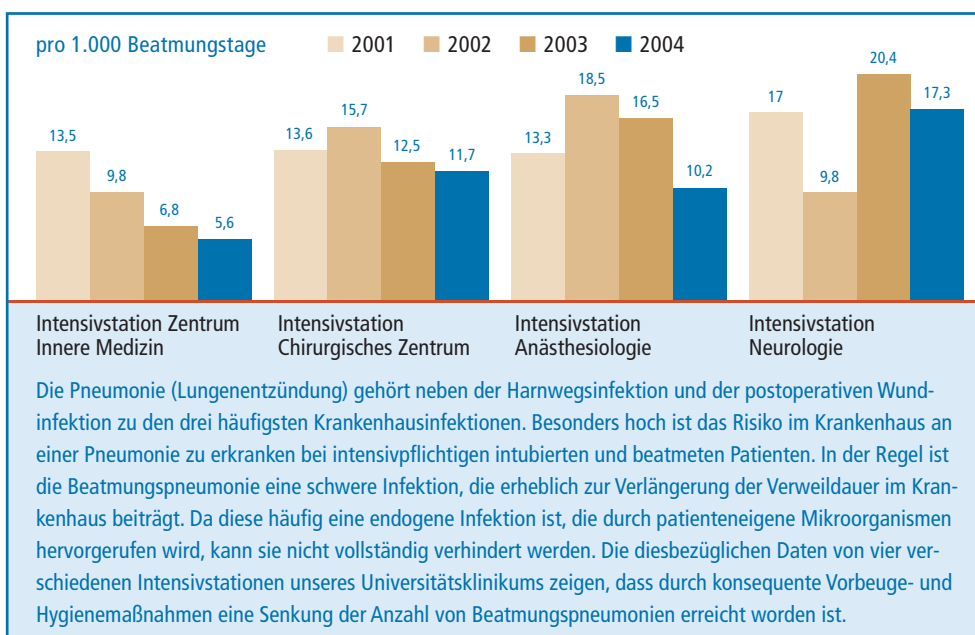
Auch im Berichtsjahr nahm das Universitätsklinikum gemäß den gesetzgeberischen Anforderungen des § 137 SGB V erfolgreich mit allen Modulen und einer exzellenten Dokumentationsrate an der externen Qualitätssicherung teil. Dabei stellten die Facharbeitsgruppen auf Landesebene keine Auffälligkeiten fest.

Darüber hinaus wurden die bei den Patienten der fünf Intensivstationen des Universitätsklinikums auftretenden nosokomialen – im Krankenhaus erworbenen – Infektionen wie in den Vorjahren erfasst und ausgewertet. Diese Daten fließen in Benchmarkprojekte wie das „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System“ (KISS) oder in das „International Quality Indicator Project“ (IQIP) ein und gestatten Vergleiche mit anderen teilnehmenden Kliniken aus dem In- und Ausland.

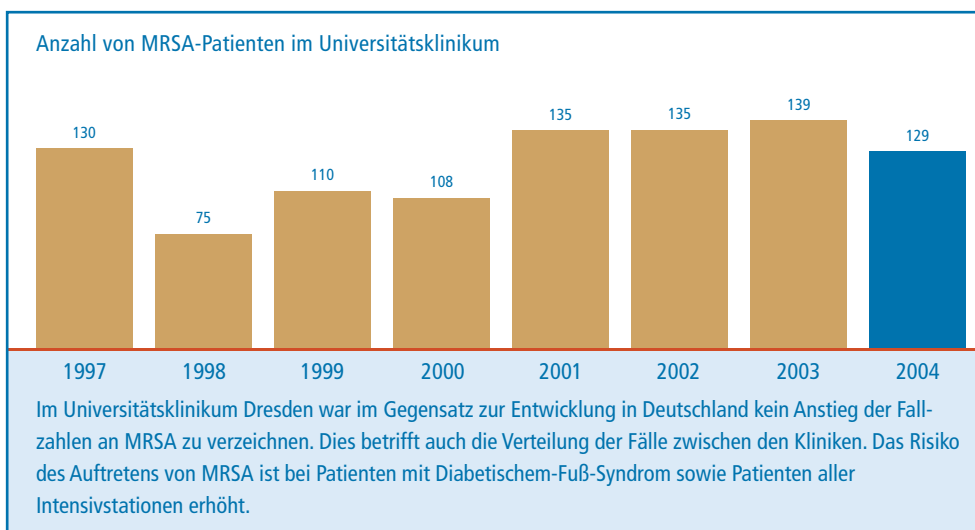
Eine nosokomiale Infektion oder Krankenhausinfektion steht im zeitlichen Zusammenhang zu einer medizinischen Behandlung. Sie stellt für den Patienten nicht nur eine sehr belastende Komplikation dar, sondern kann für ihn sogar tödlich sein. Darüber hinaus ist die nosokomiale Infektion ein erheblicher Kostenfaktor für das Klinikum. Durch diese Art der Komplikation ver-

längert sich der Krankenhausaufenthalt durchschnittlich um das 2,5-Fache. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass nicht alle nosokomialen Infektionen vermeidbar sind: Auch körpereigene Mikroorganismen des Patienten können diese Komplikation verursachen. Um die Ursache von diesem Infektionstyp zu erkennen, bedarf es deshalb einer professionellen Dokumentation, Analyse und Interpretation durch Experten vor Ort. Dies gewährleistet das Universitätsklinikum durch die enge Zusammenarbeit zwischen der betroffenen Klinik und der hauseigenen Krankenhaushygiene. Die gute Kooperation drückt sich im hohen Interesse der verantwortlichen Klinikdirektoren wie deren Mitarbeiter an den Auswertungen und den Vorschlägen zur Verbesserung seitens der Krankenhaushygiene aus.

**BEATMUNGSASSOZIIERTE PNEUMONIERATEN DER INTENSIVSTATIONEN 2001 BIS 2004**



**AUFTRETEN VON OXACILLINRESISTENTEN STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)**



**Ansprechpartnerin für den Qualitätsbericht (G):**  
 Dr. Maria Eberlein-Gonska  
 Leiterin Qualitätsmanagement  
 Telefon: 0351 458-2323  
 Telefax: 0351 458-5847



### **Erster Jahresabschluss mit SAP**

Das Universitätsklinikum blickt auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2004 zurück. Das positive Betriebsergebnis von 3,2 Mio. EUR ist ein eindrucksvoller Beleg für den erfolgreichen Start ins Zeitalter des modernen Entgeltsystems. Grundlage hierfür bildet der in den vergangenen Jahren vollzogene tief greifende Wandel von Prozessen in Krankenversorgung und Verwaltung.

Eine konsequente Personalpolitik mit modernen Vergütungssystemen, die Zunahme an erbrachten Leistungen im stationären wie ambulanten Bereich und gewachsene Erlöse brachten die Trendwende.

Im Vergleich zu 2003 verbesserte sich das Betriebsergebnis damit um 6,8 Mio. EUR.



Das Universitätsklinikum erstellte den Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2004 mit viel Engagement der beteiligten Mitarbeiter erstmals unter SAP-Bedingungen und übergab die Jahresabschlussunterlagen zum 31. Dezember 2004 im Februar 2005 zur Hauptprüfung an die Wirtschaftsprüfer. Fristgemäß konnte die Jahresabschlussprüfung im März 2005 beendet werden. Die Jahresabschlussberichte wurden dem Aufsichtsrat in seiner Sitzung am 8. Juni 2005 präsentiert.



### Gesamtergebnis

Für das Jahr 2004 konnte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden trotz Softwareumstellung wieder frühzeitig den Jahresabschluss erstellen. Unter Berücksichtigung investitionsbedingter Effekte auf das Betriebsergebnis, wie beispielsweise Abschreibungen, weist das Gesamtergebnis einen Überschuss in Höhe von 1.612 TEUR aus. Diese Verbesserung gegenüber dem Vorjahr um 9.045 TEUR ist im Wesentlichen durch höhere Erlöse aus stationären Krankenhausleistungen erreicht worden.

### AUSGEWÄHLTE POSITIONEN DER GEWINN-UND-VERLUST-RECHNUNG

zum 31. 12. 2004	TEUR
<b>Erträge</b>	<b>249.504</b>
davon:	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	196.643
Erlöse aus ambulanten Leistungen	16.829
Sonstige Erlöse/Erträge	36.032
<b>Aufwand</b>	<b>246.346</b>
davon:	
Personalaufwand	146.526
Sachaufwand	99.820
<b>Betriebsergebnis (vor investitionsbedingten Effekten)</b>	<b>3.158</b>
Abschreibungen Altvermögen/Eigenmittel, Finanzergebnis, Steuern	1.546
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.612</b>

### Erträge

Die Erlöse aus stationären und ambulanten Krankenhausleistungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 8.010 TEUR gestiegen. Im stationären Bereich ist dies auf die aus dem Vorjahr fortgesetzte Leistungssteigerung und im ambulanten Bereich auf die Steigerung des Leistungsvolumens im Bereich des ambulanten Operierens zurückzuführen. Die sonstigen betrieblichen Erträge nahmen hauptsächlich aufgrund von Lieferungen und Leistungen für Dritte und Einnahmen für die Nutzung der Parkplätze im neu eröffneten Parkhaus durch Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zu. Im Jahr 2004 gab es keine Haushaltsperre, so dass ein Trägerzuschuss ohne Investitionen für das Universitätsklinikum in Höhe von 10.850 TEUR zur Verfügung stand.

### Aufwand

Der Personalaufwand ist trotz der Steigerungen aufgrund der Tarifabschlüsse im BAT-Bereich und Leistungssteigerungen im Krankenversorgungsbereich im Geschäftsjahr 2004 um lediglich 2,6 Prozent gestiegen. Somit wurde die konsequente Personalpolitik des Vorjahres weitergeführt. Der Sachaufwand stieg im Vergleich zum Vorjahr um ca. 8.034 TEUR. Diese Steigerung ist hauptsächlich durch den Medizinischen Bedarf, induziert durch Mehrleistungen im Krankenversorgungsbereich, und Mehraufwendungen für den Betrieb und die Instandhaltung technischer Anlagen und Gebäude zurückzuführen.



## Aktiva **Anlagevermögen**

Die immateriellen Vermögensgegenstände haben im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang von 674 TEUR zu verzeichnen. Grund dafür sind die erhöhten Abschreibungen, bedingt durch die kurze Nutzungsdauer von drei Jahren im Softwarebereich. Bei den Sachanlagen sind Gesamtzugänge in Höhe von 22.363 TEUR enthalten, die vorwiegend durch Trägermittel des Freistaates Sachsen (8.215 TEUR), über das Hochschulbauförderungsgesetz HBFG (3.550 TEUR) sowie durch Eigenmittel (5.388 TEUR) finanziert wurden.



## **Umlaufvermögen**

Das Vorratsvermögen ist gegenüber dem Vorjahr um 1.750 TEUR gestiegen. Grund dafür ist ein deutlicher Zuwachs an unfertigen Leistungen. Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen per 31. Dezember 2004 sind mit 95 Prozent den Krankenkassen in Höhe von 45.141 TEUR zuzuordnen. Gegenüber dem Vorjahr konnten die offenen Forderungen gegenüber den Krankenkassen trotz steigender Erlöse wesentlich verringert werden.

## Passiva **Eigenkapital**

Zum 31. Dezember 2004 lag im Hinblick auf das festgesetzte Kapital keine Erklärung des Freistaates Sachsen vor. Vor diesem Hintergrund erfolgte wie in den Vorjahren ausschließlich die Bilanzierung von Kapitalrücklagen, die um 5.100 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 28.783 TEUR einschließlich 22.837 TEUR für bestehende und erwartete Altersteilzeitvereinbarungen ein. Weitere Rückstellungen (13.114 TEUR) sind im Wesentlichen für Instandhaltung und ausstehende Eingangsrechnungen gebildet worden.

## **Verbindlichkeiten**

Die Gesamtverbindlichkeiten sind im Berichtszeitraum gegenüber dem Vorjahr um 13.148 TEUR gestiegen. Das resultiert hauptsächlich aus Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten für das neu errichtete Parkhaus und Verpflichtungen gegenüber den Kostenträgern.





<b>BILANZ</b>		zum 31. 12. 2004 in TEUR	
<b>AKTIVA</b>		<b>PASSIVA</b>	
A. Anlagevermögen	242.741	A. Eigenkapital	153.074
B. Umlaufvermögen	104.028	B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	126.140
C. Rechnungsabgrenzungsposten	215	C. Rückstellungen	41.897
		D. Verbindlichkeiten	25.873
		E. Rechnungsabgrenzungsposten	0
<b>Summe Aktiva</b>	<b>346.984</b>	<b>Summe Passiva</b>	<b>346.984</b>

Die konsequent genutzten Möglichkeiten einer klinikumsweit eingesetzten Softwareplattform und die auf die Anforderungen des modernen Entgeltsystems ausgerichteten Verwaltungsstrukturen sind ein wichtiger Baustein für den wirtschaftlichen Erfolg des Klinikums.

## DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Krankenhausleistungen im KHEntg- und BPfIV-Bereich		2003	2004
<b>Stationärer Bereich</b>			
Planbetten	Anzahl	1.304	1.298
davon ITS-Betten	Anzahl	88	88
Aufgestellte Betten	Anzahl	1.259	1.233
Belegte Betten	Anzahl	1.093	1.018
Nutzungsgrad der Planbetten	%	84,1	78,5
Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	%	86,8	82,6
Behandlungsfälle (ohne interne Verlegungen)	Anzahl	45.897	47.037
Behandlungstage insgesamt	Anzahl	398.804	372.660
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	8,69	7,92
Geburten in der Frauenklinik	Anzahl	k. A.	1.487
DRG-Fälle	Anzahl	k. A.	45.984
<b>Tagesklinischer Bereich</b>			
Plätze	Anzahl	98	101
Berechnungstage	Anzahl	20.693	19.626
Fälle	Anzahl	5.666	5.323
Interkurrente Dialysen	Anzahl	2.960	2.361 <sup>1</sup>
<b>Integrierte Versorgung (SchmerzCentrum)</b>			
Stationärer Bereich			
Behandlungsfälle	Anzahl	–	24
Behandlungstage	Anzahl	–	262
Tagesklinischer Bereich			
Behandlungsfälle	Anzahl	–	73,5
Behandlungstage	Anzahl	–	1.026
<b>Ausgewählte Leistungen der ambulanten Einrichtungen</b>			
Ambulante Fälle (KVS) Pauschale <sup>2</sup>	Anzahl	135.523	141.223
Einzelermächtigungen	Anzahl	532	1.567
Institutsermächtigungen (KVS)	Anzahl	8.138	8.386
Notfälle außerhalb der Sprechzeit (KVS)	Anzahl	15.064	13.677
Zytologie (KVS)	Anzahl	7.473	7.438
Ambulante Operationen	Anzahl	2.817	5.603
Ambulante Fälle – ZMK (KZVS)	Anzahl	31.606	26.127
<b>Vollkräfte (Jahresdurchschnitt)<sup>3</sup></b>			
davon am UKD angestellt	Anzahl	2.931	2.767
Medizinstudenten WS <sup>4</sup>	Anzahl	1.656	1.737
Zahnmedizinstudenten WS <sup>4</sup>	Anzahl	306	315
Public Health <sup>4</sup>	Anzahl	30	56
Schüler der Medizinischen Berufsfachschule <sup>4</sup>	Anzahl	539	456
Sonstige Auszubildende <sup>4</sup>	Anzahl	41	69

<sup>1</sup> 2.167 interkurrente Dialysen plus 194 Dialysen als Zusatzentgelt

<sup>2</sup> Die Abrechnung erfolgt lt. Hochschulambulanzenvertrag § 9 vom 17. 04. 2003.

<sup>3</sup> Ø Vollkräfte in den Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden tätig (inklusive durch die Medizinische Fakultät gestellten Personals, ohne sonstige Azubis).

<sup>4</sup> Stand 01. 12. 2004.

KVS: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

KZVS: Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

ZMK: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

VK: Vollkräfte

**PATIENTEN NACH EINZUGSGEBIETEN** GESAMTDURCHSCHNITT IM UKD

Regierungsbezirk Dresden		44.380	
Dresden, Stadt	24.914		
Sächsische Schweiz	3.500		
Weißeritzkreis	3.427		
Kamenz	2.976		
Meißen	2.766		
Bautzen	2.482		
Riesa-Großenhain	1.690		
Löbau-Zittau	1.316		
Niederschles. Oberlausitzkreis	608		
Hoyerswerda, Stadt	365		
Görlitz, Stadt	336		
Regierungsbezirk Chemnitz		3.729	
Freiberg	1.509		
Mittlerer Erzgebirgskreis	411		
Chemnitz, Stadt	398		
Mittweida	306		
Vogtlandkreis	203		
Aue-Schwarzenberg	198		
Chemnitzer Land	171		
Annaberg	139		
Zwickau, Stadt	115		
Stollberg	112		
Zwickauer Land	105		
Plauen, Stadt	62		
Regierungsbezirk Leipzig		558	
Döbeln	191		
Torgau-Oschatz	169		
Leipzig, Stadt	74		
Muldentalkreis	63		
Leipziger Land	50		
Delitzsch	11		

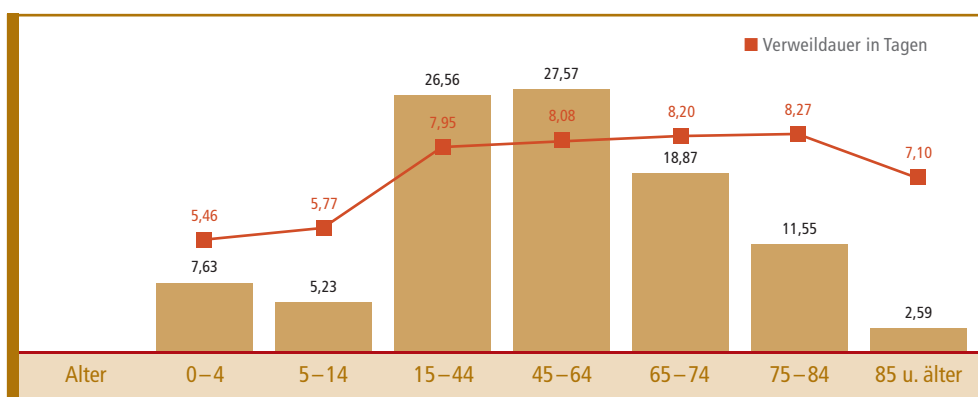
  

Bundesländer	
Sachsen	48.667
Brandenburg	1.858
Thüringen	247
Bayern	240
Niedersachsen	216
Sachsen-Anhalt	166
Nordrhein-Westfalen	160
Baden-Württemberg	130
Berlin	112
Hessen	98
Hamburg	71
Schleswig-Holstein	64
Mecklenburg-Vorpommern	40
Rheinland-Pfalz	38
Saarland	3
Bremen	2

Sonstige / Ausland	346		
UKD gesamt		52.458	

**PATIENTENALTERSVERTEILUNG UND VERWEILDUER** ANTEIL AN FALLZAHL IN %



**STATIONÄRE LEISTUNGEN NACH FACHABTEILUNGEN**

Lfd. Nr.	Fachabteilung	Planbetten		Nutzungsgrad der Planbetten		Aufgestellte Betten	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004
1	Anästhesiologie	13	13	97,7	96,7	13	13
2	Augenheilkunde	60	60	89,3	71,8	57	50
3	Dermatologie	58	55	75,2	58,1	54	50
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	100	100	76,3	71,7	95	95
5	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	60	57	75,3	57,5	57	41
6	Intensivabteilung Chirurgische Kliniken	18	22	113,2	93,9	22	22
7	Intensivabteilung Medizinische Kliniken	12	12	94,2	97,1	12	12
8	Kinderchirurgie	30	30	70,9	78,4	29	35
9	Kinder- und Jugendmedizin	130	130	70,6	70,7	116	116
10	Zentrum für innere Medizin	–	12	–	32,3	–	12
11	Medizinische Klinik I	99	93	87,5	92,8	102	99
12	Medizinische Klinik III	79	73	88,9	85,5	81	70
13	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	25	25	94,5	83,1	25	22
14	Neurochirurgie	44	44	87,3	84,7	40	41
15	Neurologie	60	60	87,7	82,1	60	58
16	Nuklearmedizin	18	18	94,8	94,2	18	18
17	Orthopädie	91	83	79,3	71,4	76	75
18	Strahlentherapie und Radioonkologie	28	28	89,1	81,1	28	28
19	Urologie	65	65	94,7	88,2	65	65
20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	64	64	93,7	91,2	64	64
21	Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	115	111	77,1	74,1	111	111
<b>UKD (Entgeltbereich)</b>		<b>1.169</b>	<b>1.155</b>	<b>83,1</b>	<b>77,6</b>	<b>1.123</b>	<b>1.098</b>
1	Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	30	30	89,5	93,0	30	30
2	Psychotherapie und Psychosomatik	25	25	95,6	100,2	25	27
3	Psychiatrie und -psychotherapie	80	80	87,3	85,6	80	78
<b>UKD (BPfIV)</b>		<b>135</b>	<b>135</b>	<b>89,4</b>	<b>89,9</b>	<b>136</b>	<b>135</b>
<b>UKD gesamt</b>		<b>1.304</b>	<b>1.290</b>	<b>83,8</b>	<b>78,5</b>	<b>1.259</b>	<b>1.233</b>
<b>Geburten in der Frauenklinik</b>							
<b>Integrierte Versorgung</b>							
	Universitäts SchmerzCentrum ab Sept. 2004	–	8	–	26,8	–	8

Nutzungsgrad der aufgestellten Betten		Belegte Betten		Behandlungstage		Fachabteilungsfälle (inkl. interne Verlegungen)		Verweildauer	
2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
97,7	96,7	12,7	12,6	4.636	4.600	912,0	812,5	5,08	5,66
94,0	86,1	53,6	43,1	19.567	15.762	4.474,5	5.083,0	4,37	3,10
81,2	74,9	43,6	32,0	15.928	11.704	2.078,0	2.121,0	7,67	5,52
80,7	75,5	76,3	71,7	27.850	26.256	4.222,5	4.044,5	6,60	6,49
79,2	79,9	45,2	32,8	16.492	11.997	3.049,5	3.058,5	5,41	3,92
92,6	93,9	20,4	20,7	7.435	7.558	1.294,5	1.330,0	5,74	5,68
94,2	97,1	11,3	11,7	4.126	4.265	774,5	712,5	5,33	5,99
73,6	67,2	21,3	23,5	7.759	8.605	1.374,0	1.586,0	5,65	5,43
79,4	79,3	91,7	92,0	33.482	33.661	5.058,0	5.150,5	6,62	6,54
–	65,7	–	3,9	–	1.420	–	1.236,0	–	1,15
85,4	125,5	86,6	86,3	31.621	31.601	3.308,0	3.145,0	9,56	10,05
86,8	90,0	70,2	62,4	25.625	22.854	3.805,0	2.873,0	6,73	7,95
94,5	94,4	23,6	20,8	8.627	7.604	1.100,5	1.206,5	7,84	6,30
96,1	91,3	38,4	37,3	14.025	13.640	1.442,0	1.543,5	9,73	8,84
87,7	84,2	52,6	49,2	19.208	18.019	2.448,5	2.467,0	7,84	7,30
94,8	94,2	17,1	17,0	6.226	6.207	1.613,0	1.620,0	3,86	3,83
95,4	79,2	72,2	59,3	26.337	21.693	2.761,0	2.660,0	9,54	8,16
89,1	81,1	24,9	22,7	9.102	8.314	458,0	529,0	19,87	15,72
94,7	88,2	61,5	57,3	22.465	20.979	3.794,0	3.869,5	5,92	5,42
93,7	91,2	60,0	58,4	21.891	21.371	2.634,0	2.954,5	8,31	7,23
79,9	80,0	88,7	82,3	32.372	30.107	4.181,0	4.499,0	7,74	6,69
<b>86,6</b>	<b>81,7</b>	<b>972,0</b>	<b>896,8</b>	<b>354.774</b>	<b>328.217</b>	<b>44.519,5</b>	<b>45.673,0</b>	<b>7,97</b>	<b>7,19</b>
89,5	93,0	26,9	27,9	9.805	10.212	202,0	213,5	48,54	47,83
95,6	92,8	23,9	25,1	8.727	9.171	167,0	175,5	52,26	52,26
87,3	87,4	69,9	68,5	25.498	25.060	1.008,5	975,0	25,28	25,70
<b>88,8</b>	<b>89,7</b>	<b>120,6</b>	<b>121,4</b>	<b>44.030</b>	<b>44.443</b>	<b>1.377,5</b>	<b>1.364,0</b>	<b>31,96</b>	<b>32,58</b>
<b>86,8</b>	<b>82,6</b>	<b>1.092,6</b>	<b>1.018,2</b>	<b>398.804</b>	<b>372.660</b>	<b>45.897,0</b>	<b>47.037,0</b>	<b>8,69</b>	<b>7,92</b>
					<b>4.639</b>		<b>1.487,0</b>		
–	26,8	–	2,1	–	262	–	24,0	–	10,92

<sup>1</sup> Notfälle außerhalb der Sprechzeiten.

<sup>2</sup> In Medizinischer Klinik und Poliklinik III.

<sup>3</sup> Diese Institute sind Einrichtungen der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden; die Leistungen dieser Institute sind Bestandteil des Hochschulambulanzvertrags des UKD.

<sup>4</sup> Die Klinik für Kardiologie gehört zum „Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik“. Die Leistungen dieser Klinik sind Bestandteil des Hochschulambulanzvertrags des Universitätsklinikums.

**Erläuterung:** Im Rahmen des Hochschulambulanzvertrags nach § 117 SGB V werden die abrechenbaren ambulanten Leistungen für Forschung und Lehre mit einer Fallpauschale von 36,46 EUR pro Behandlungsfall und Quartal (für 135.000 Fälle) vergütet. In der Fallpauschale sind die Abschläge gemäß § 120 Abs. 3 SGB V sowie ein Anteil für Sprechstundenbedarf enthalten. Für Leistungen der gynäkologischen Zytologie beträgt die Fallpauschale 6,21 EUR einschließlich Transportpauschale. Die zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen im Rahmen von Institutermächtigungen sowie Notfallleistungen außerhalb der Sprechzeit werden nach Einzelleistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vergütet.

## AMBULANTE LEISTUNGEN DER EINRICHTUNGEN

### Klinik/Institut

Zentrum für Innere Medizin

darunter: Abteilung Physiotherapie<sup>2</sup>

Medizinische Klinik und Poliklinik I

Medizinische Klinik und Poliklinik III

darunter: Institut und Poliklinik für Klinische Stoffwechselforschung<sup>2</sup>

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie

Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Klinik und Poliklinik für Orthopädie (ab 2004 inkl. Institut für Sport- und Reha-Medizin)

darunter Institut für Sport- und Rehabilitationsmedizin

Klinik und Poliklinik für Urologie

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Dermatologie

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Klinik und Poliklinik für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Institut für Immunologie<sup>3</sup>

Institut für Virologie<sup>3</sup>

Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin

Institut für Klinische Genetik<sup>3</sup>

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene<sup>3</sup>

Institut für Pathologie

Universitäts KrebsCentrum

Klinik für Kardiologie des HZD<sup>4</sup>

**UKD gesamt**



Hochschulambulanzvertrag		Institutermächtigungen		Notfälle <sup>1</sup>		Einzelermächtigungen	
2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
867	1.133	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–
5.025	6.060	490	536	–	–	–	–
20.034	20.730	–	–	755	705	532	1.439
–	–	–	–	–	–	–	–
10.196	10.092	522	634	1.743	1.866	–	42
7.015	5.507	–	–	2.111	516	–	2
2.568	3.454	–	–	2.161	3.358	–	–
2.944	2.953	–	–	1.808	1.628	–	–
9.650	9.536	–	–	760	694	–	–
959	–	–	–	–	–	–	–
5.084	5.754	–	–	675	697	–	–
2.281	2.336	–	–	–	10	–	–
769	1.528	172	183	179	157	–	–
7.639	7.066	201	134	1.244	1.142	–	–
8.036	8.093	–	–	1.414	1.232	–	–
8.439	9.432	9	106	1.274	866	–	–
16.255	16.141	384	408	780	644	–	–
439	481	5.400	5.079	–	–	–	–
4.200	5.151	824	974	–	–	–	–
1.878	1.788	–	–	41	63	–	–
4.956	4.265	–	–	78	46	–	–
310	365	–	–	5	11	–	–
821	698	–	–	–	–	–	–
1.836	2.052	136	332	–	–	–	84
5.108	5.353	–	–	–	–	–	–
584	634	–	–	–	–	–	–
23	144	–	–	–	–	–	–
1.341	1.370	–	–	36	42	–	–
1.122	952	–	–	–	–	–	–
241	207	–	–	–	–	–	–
1.931	1.853	–	–	–	–	–	–
235	1.116	–	–	–	–	–	–
3.696	4.979	–	–	–	–	–	–
<b>135.523</b>	<b>141.223</b>	<b>8.138</b>	<b>8.386</b>	<b>15.064</b>	<b>13.677</b>	<b>532</b>	<b>1.567</b>

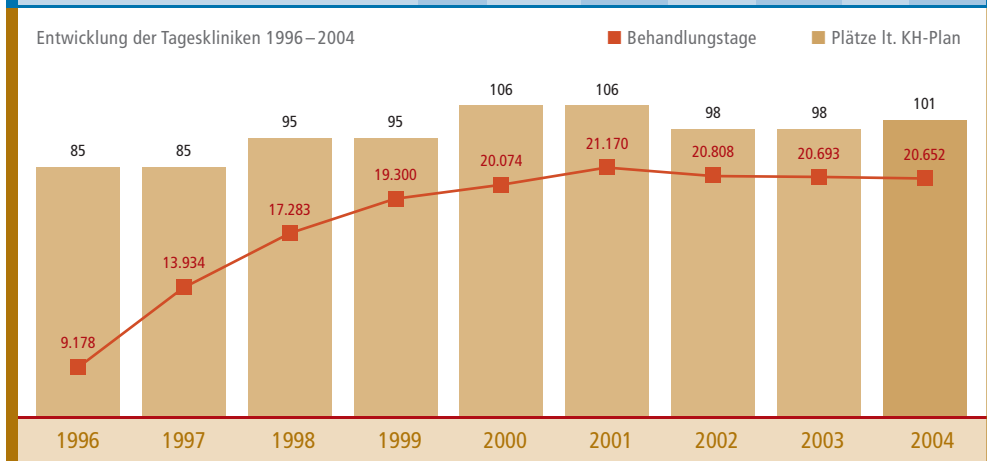
<sup>1</sup> Auf Basis des Hochschulambulanzenvertrags Zahnärzte nach § 117 SGB V erbrachte Leistungen.

AMBULANTE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN <sup>1</sup>		
Abteilung	Behandlungsfälle	
	2003	2004
Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7.889	5.975
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Chirurgischer Notdienst Ambulanz 30 a	488	291
Poliklinik für Zahnerhaltung	5.128	4.330
Bereich Parodontologie	3.980	3.032
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik	5.248	4.409
Poliklinik für Kieferorthopädie	3.461	2.584
Abteilung Kinderzahnheilkunde	3.167	3.109
Zahnärztlicher Notdienst (ZZMK)	7.195	6.259
<b>Summe zahnärztlich behandelter Patienten</b>	<b>31.606</b>	<b>26.127</b>

Vom Kuratorium für Heimdialyse durchgeführte und über das Universitätsklinikum abgerechnete interkurrente Dialysen:

2003: 2.960 Dialysen  
2004: 2.361 Dialysen

TAGESKLINIKEN								
Fachabteilung	Plätze		Behandlungstage		Fälle		Verweildauer	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Dermatologie	2	5	571	322	457,5	271,0	1,25	1,19
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	5	5	883	403	746,0	401,0	1,18	1,00
Kinderchirurgie	5	5	684	237	417,0	157,0	1,64	1,51
Kinder- u. Jugendmedizin	10	10	1.124	1.181	856,5	1.098,5	1,31	1,08
Med. Klinik u. Poliklinik I	10	10	3.111	2.871	2.156,0	2.446,0	1,44	1,17
Med. Klinik u. Poliklinik III – STW			767	852	127,0	138,0	6,04	6,17
Strahlentherapie u. Radioonkologie	6	6	494	222	164,0	88,5	3,01	2,51
<b>FA-SUMME</b>	<b>38</b>	<b>41</b>	<b>7.634</b>	<b>6.088</b>	<b>4.924,0</b>	<b>4.600,0</b>	<b>1,55</b>	<b>1,32</b>
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	20	3.614	3.721	213,0	219,5	16,97	16,95
Psychotherapie u. Psychosomatik	15	15	3.756	3.967	347,5	353,5	10,81	11,22
Psychiatrie u. Psychotherapie	25	25	5.689	5.850	181,5	150,0	31,34	39,00
<b>FA-SUMME</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>13.059</b>	<b>13.538</b>	<b>742,0</b>	<b>723,0</b>	<b>17,60</b>	<b>18,72</b>
Integrierte Versorgung Schmerzzentrum	–	19	–	1.026	–	73,5	–	13,96
<b>UKD gesamt</b>	<b>98</b>	<b>120</b>	<b>20.693</b>	<b>20.652</b>	<b>5.666,0</b>	<b>5.396,5</b>	<b>3,65</b>	<b>3,83</b>



**FALLZAHLEN WEITERER AMBULANTER LEISTUNGEN**

	2003	2004
Ambulante Operationen	2.817	5.603
Neugeborenencreening	10.200	13.303
Psychiatrische Institutsambulanzen	762	869
Zytologie	7.473	7.438
Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie	1.667	1.626
Leistungen Dritter und Privatabrechnungen	7.252	9.003
Notarztwagen	257	390
<b>Gesamtzahl</b>	<b>30.428</b>	<b>38.232</b>

**MDC 2004**

MDC	DRG-FÄLLE
DRG der 9. Gruppe	110
Prä-MDC	1.029
01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4.721
02 Krankheiten und Störungen des Auges	5.384
03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	3.716
04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1.875
05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1.456
06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	3.409
07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1.218
08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	5.686
09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	2.675
10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.437
11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2.391
12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	1.595
13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	964
14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1.985
15 Neugeborene	1.695
16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	399
17 Hämatologische und solide Neubildungen	1.067
18 A HIV	14
18 B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	389
19 Psychische Krankheiten	203
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	165
21 A Polytrauma	95
21 B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	596
22 Verbrennungen	44
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens	666

**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****(bis 10. 11. 2004)**Staatsminister für Wissenschaft  
und Kunst**Barbara Ludwig****(seit 11.11. 2004)**Staatsministerin für Wissenschaft  
und Kunst**Dr. Horst Metz**

Staatsminister der Finanzen

**Helma Orosz**

Staatsministerin für Soziales

**Prof. Dr. Gerhard Ehninger**Mitglied des Dekanatskollegiums –  
Medizinische Fakultät der TU Dresden**Katrin Weigelt**

Vertreterin der Beschäftigten

**Dr. Eberhard Baumbauer**Consultant in Pharmaceutical  
Research & Development**Dr. Hagen Hultzsch**Dipl.-Physiker  
Senior Consultant Telesoft Partners**Dr. Horst Nasko**Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der Stiftungen  
„Heinz Nixdorf“ und „Westfalen“**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

**Prof. Dr. Manfred Wirth**Direktor der Klinik u. Poliklinik  
für Urologie, Vertreter der Klinikdirektoren**Gitta Helaß**Leiterin des Geschäftsbereiches Pflege,  
Service, Dokumentation**Kerstin Stübner-Röhler**

Leiterin des Geschäftsbereiches Personal

**Dr. Maria Eberlein-Gonska**Leiterin des Zentralbereichs  
Qualitätsmanagement**Andreas Honecker**

Leiter der Fakultätsverwaltung

**GEMEINSAME KONFERENZ**

Nach dem sächsischen Hochschul-  
medizingesetz 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. Heinz Reichmann**

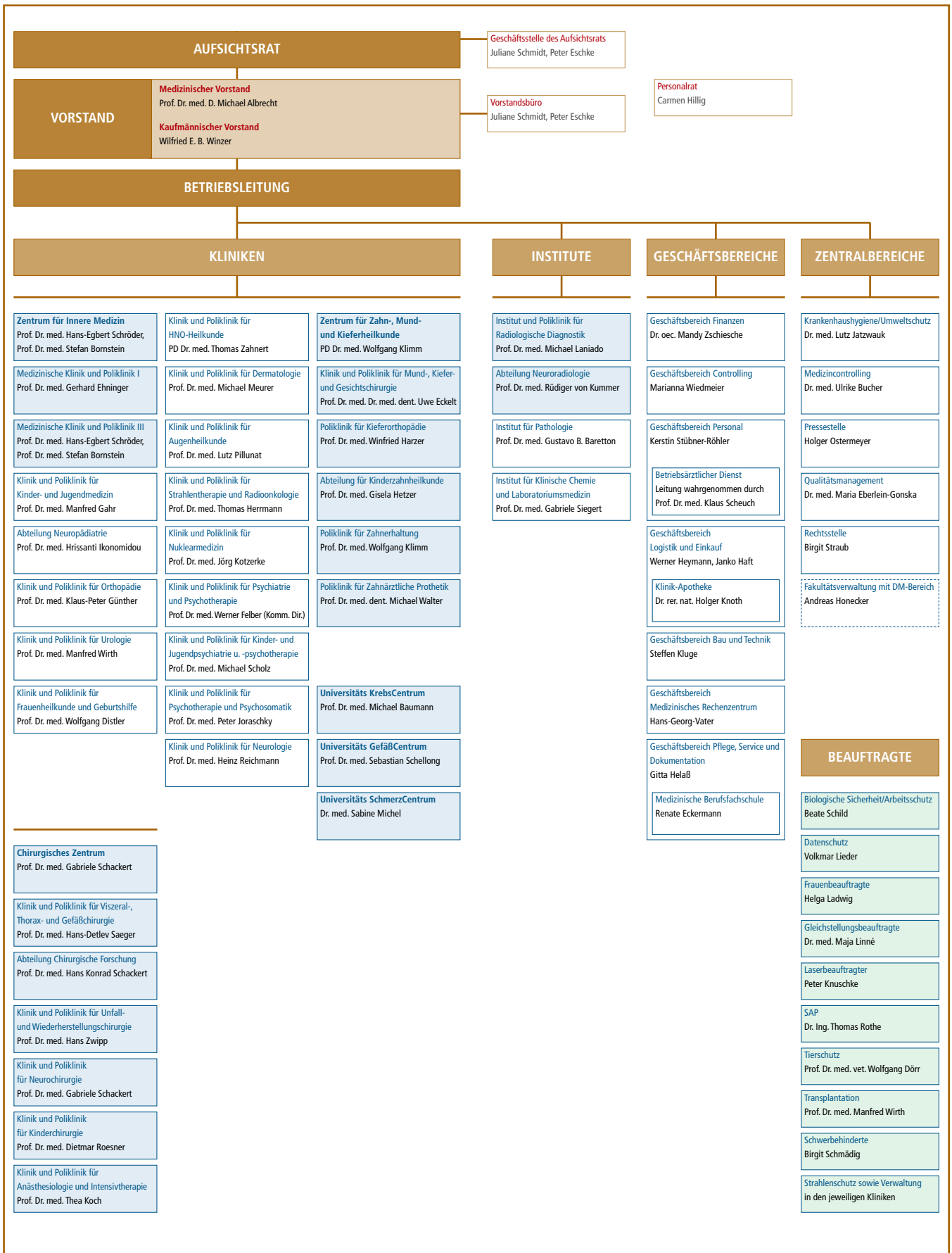
Prodekan der Medizinischen Fakultät

Der Kanzler der Universität, **Alfred Post**,  
hat das Recht, an den Sitzungen teilzu-  
nehmen.

Alle Angaben beziehen sich  
auf das Kalenderjahr 2004.

**STRUKTUR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS CARL GUSTAV CARUS**

STAND 1. JANUAR 2005



## **Herausgeber**

### **Vorstand des Universitätsklinikums**

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Telefon 0351 458-0

[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

Kontakt: Kerstin Riefenstein

Telefon 0351 458-2200

[Kerstin.Riefenstein@uniklinikum-dresden.de](mailto:Kerstin.Riefenstein@uniklinikum-dresden.de)