



Gelebte Kompetenz **2006**  
JAHRESBERICHT

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.





---

Gelebte Kompetenz **2006**  
JAHRESBERICHT

---

---

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



Einführung	3
1 Interview mit den Klinikumsvorständen „Wir haben die Herausforderungen sehr frühzeitig angenommen und begegnen ihnen mit einer langfristig angelegten Strategie.“	4
2 Innovative Operationsmethoden Mit neuem OP-System lassen sich die um die Prostata verlaufenden Nerven wesentlich besser vor Verletzungen schützen.	10
3 Zentren am Universitätsklinikum Das Universitäts GefäßCentrum bewahrt Patienten vor Doppeluntersuchungen und Irrwegen durch die Disziplinen.	14
4 Innovative Betriebsorganisation für interdisziplinäres Klinikgebäude Bei innerbetrieblichen Abläufen größtmögliche Synergieeffekte erzielen.	18
5 Nullfehlerqualität in der Vorbereitung von Operationen Managementkonzept aus der Industrie erfolgreich in der Neurochirurgie implementiert.	22
6 Zentrales Wundmanagement am Universitätsklinikum Moderne Materialien und Konzepte zur Versorgung komplizierter Wunden als wesentliche Erfolgsfaktoren.	26
7 Sonderforschungsbereich „Von Zellen zu Geweben“ Unter den Wissenschaftlern muss ein herzliches Verhältnis herrschen, das auch deutliche Kritik aushält.	30
Zahlen und Fakten	34
Jahresrückblick	47
Qualitätsbericht	55



## **Gelebte Kompetenz – trotz Gegenwind auf klarem Kurs.**

2006 war für das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden mit großen Herausforderungen verbunden – die Konvergenzphase zum neuen Abrechnungssystem DRG ging ins zweite Jahr und die mehrwöchigen Streiks der Mediziner und des nichtärztlichen Personals hielten die Belegschaft wie auch die Öffentlichkeit in Atem. Trotz dieser und anderer teils vorhersehbarer, teils aber auch unkalkulierbarer Belastungen konnte das Klinikum 2006 mit einem positiven Ergebnis abschließen.

Ohne das Engagement aller Klinikumsmitarbeiter wäre diese Bilanz nicht möglich gewesen. Das Klinikum hat sich die strategische Aufgabe gestellt, höchstmögliche Mitarbeiterzufriedenheit zu dem noch leistbaren finanziellen Aufwand zu generieren und die Belegschaft weiter aufzustocken. Der vorliegende Jahresbericht fasst daher unter der Überschrift „Gelebte Kompetenz“ nicht nur die wichtigsten Entwicklungen des vergangenen Jahres in Daten und Fakten zusammen, sondern stellt die Menschen hinter dem wirtschaftlichen Erfolg vor. Sie sind Garant dafür, dass das Klinikum auch künftig wettbewerbsfähig bleibt und die Exzellenz von Krankenversorgung, Forschung und Lehre sichergestellt ist.



---

„Das Universitätsklinikum gehört zu den Krankenhäusern, die mit den aktuellen Veränderungen im Gesundheitswesen sehr gut umgehen können. Wir haben die Herausforderungen sehr frühzeitig angenommen und begegnen ihnen mit einer langfristig angelegten Strategie.“

Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand

---



Prof. Michael Albrecht, Wilfried Winzer,  
Peter Eschke, Juliane Schmidt (v.l.n.r.)

---

# 1

---

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus kann auch 2006 im vierten Geschäftsjahr in Folge ein positives Jahresergebnis ausweisen. Damit ist es gelungen, auch dem Teil der ergebnisbelastenden Faktoren entgegenzuwirken, die nicht vorhersehbar waren. Für Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums, und den Kaufmännischen Vorstand, Wilfried Winzer, bestätigt sich in dieser positiven Entwicklung die 2002 initiierte Strategie, das Klinikum systematisch und flächendeckend zu erneuern.

**Das Jahr 2006 war für die deutschen Uniklinika das wohl schwierigste der letzten 50 Jahre. Wie hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus das zweite Jahr der Übergangsphase zum neuen Abrechnungssystem der DRGs gemeistert?**

**Prof. Michael Albrecht:** Außerordentlich gut. Wir haben mit 196,5 Millionen Euro im Vergleich zu 2005 einen Mehrerlös von 2,7 Millionen Euro realisieren können. Das positive Betriebsergebnis verdoppelte sich dabei auf 9,7 Millionen Euro. An diesen Zahlen kann man ablesen, dass das Universitätsklinikum zu den Krankenhäusern gehört, die mit den aktuellen Veränderungen im Gesundheitswesen sehr gut umgehen können. Wir haben die Herausforderungen sehr frühzeitig angenommen und begegnet ihnen mit einer langfristigen Strategie. Das heißt, dass wir unsere Leistungen ausweiten, statt blindwütig Kosten zu sparen. Zweitens hat sich das Klinikum in den vergangenen Jahren klar profiliert und auf Kundenorientierung gesetzt – gegenüber den Patienten, den Einweisern und anderen Akteuren auf dem Gesundheitsmarkt. Dritter Punkt ist der Ausbau der internen Kommunikation, die dazu dient, diese Strategie auch den Mitarbeitern zu vermitteln.

**Wilfried Winzer:** Dabei hat das Klinikum konsequent in die IT-Infrastruktur und das betriebswirtschaftliche Berichtswesen investiert. Dadurch erreichen wir intern eine große Transparenz bei der Abrechnung nach dem neuen



Fallpauschalensystem der DRG. Als eines der ersten deutschen Uniklinika haben wir unser Reporting in Form eines Online-Portals realisiert. Dort sind alle leistungsrelevanten Leistungs-, Controlling- und Qualitätsdaten verfügbar – freigeschaltet auch für die verantwortlichen Mitarbeiter in den einzelnen Kliniken. Positiv kommt hinzu, dass das Klinikum die baulichen Voraussetzungen konsequent verbessern konnte. 2006 bezog die Augenklinik ein komplett saniertes Gebäude. Früher wurden die Patienten der Klinik an mehreren Standorten behandelt, jetzt ist alles in einem Haus konzentriert. Auch bei anderen Projekten verbessern wir die bauliche Infrastruktur und damit die Leistungsqualität. Derzeit entsteht das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum, der Neubau der Patientenküche ist in der Rohbauphase und auch die Finanzierung des neuen Versorgungszentrums ist bereits abgesichert.

### **Lassen sich die finanziellen Effekte dieser Veränderungen messen?**

**Prof. Michael Albrecht:** Gerade in den Bereichen, die sich in den letzten Jahren betriebswirtschaftlich schlecht entwickelt hatten, konnten wir klar feststellen, dass sich heute schneller etwas verändert als früher. Leistungseinbrüche oder Qualitätsmängel werden durch die offene Kommunikation sehr viel eher angegangen. So beobachten wir auch in Bereichen Zuwächse bei den Leistungen und Erlösen, die bis vor kurzem noch deutlich schlechter dastanden.

### **Entgegen dem Branchentrend wuchs das Klinikum bei den Erlösen wie den Budgets. Was machen Sie anders als andere Krankenhäuser der Maximalversorgung?**

**Prof. Michael Albrecht:** Das Plus resultiert zum einen aus der Zunahme erbrachter Leistungen: Wir behandelten auch 2006 mehr Patienten als im Vorjahr. Allein bei stationären Fällen stieg die Zahl auf 45.540. Dieses absolute Wachstum ist im Wesentlichen auf neue Angebote zurückzuführen, beispielsweise die tagesklinische Betreuung von Schmerzpatienten, für die wir von den Kostenträgern ein zusätzliches Budget bekommen. Zudem gehen wir bei den regulären Leistungen über die vereinbarten Fallzahlen hinaus, denn im Rahmen der Konvergenzphase wird uns ein zunehmender Anteil finanziert. Dieser Erfolg wird dadurch verstärkt, dass dieses Leistungsplus lediglich mit moderaten Zuwächsen an Sach- und Personalkosten einhergeht. Die erfolgreiche Gratwanderung besteht darin, die Kostenentwicklung nur in einem Umfang zu dämpfen, bei dem finanzierte Leistungssteigerungen nicht behindert werden.

**Wilfried Winzer:** Was auch in Zukunft zu einem positiven wirtschaftlichen Gesamtergebnis beitragen wird, ist der Hausbasisfallwert des Klinikums. Er liegt heute schon unter dem sächsischen Landesbasisfallwert – und das, obwohl wir als Maximalversorger überdurchschnittlich hohe Kosten durch das spezielle Leistungsangebot tragen müssen und besonders viele schwer kranke Patienten behandeln.

### **Wie sehen die langfristigen Strategien aus, um das Klinikum auf Erfolgskurs zu halten?**

**Prof. Michael Albrecht:** Hierzu reicht es nicht, eine Strategie bis zum nächsten Budgetjahr aufzustellen, sondern man muss sich überlegen, wo dieses Klinikum 2015 steht. Das hört sich ein bisschen nach Kaffeesatzprognose an. Einige Tendenzen sind dennoch klar erkennbar. Entscheidend wird sein, Marktanteile langfristig abzusichern. Das geht nur über den Aufbau von Netzwerken: Mit Einweisern, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern wie Rehakliniken sowie mit Firmen und Lieferanten. Wenn das Klinikum zum unverzichtbaren Teil solcher Netzwerke wird, dann ist das die beste Voraussetzung, nicht den Entwicklungen hinterherzulaufen und nur zu reagieren. Ein gutes Beispiel hierfür ist der 2005 begonnene Aufbau eines eigenen Medizinischen Versorgungszentrums. Andere diskutieren noch heute, ob das sinnvoll ist. Für uns war es eine gute Entscheidung, das MVZ zu gründen: Im vergangenen Jahr wuchs es um zwei chirurgische Facharztstühle, 2007 kommt mindestens eine Kinderarztpraxis hinzu.

**Wilfried Winzer:** Wenn es um eine Wachstumsstrategie geht, muss man klar sehen, dass es aus kartellrechtlicher Sicht schwierig ist, andere Kliniken der Region zu übernehmen. Deshalb setzen wir auf strategische Allianzen und Kooperationsverträge, die mit Leben erfüllt sind. Sie bilden die Basis für die Netzwerke der Zukunft. Beispiele der vergangenen Jahre sind das Fachkrankenhaus Coswig und die Elb-

landkliniken Meißen-Radebeul. Nun kommen noch die Krankenhäuser in Pirna und Riesa-Großenhain hinzu. In diesem Rahmen erbringt das Klinikum seit Jahren Leistungen der Pathologie, des Labors, der Apotheke und der Krankenhaushygiene. Künftig geht es auch um frühzeitige Zuweisungen von Patienten, die einer Maximalversorgung bedürfen. Da muss klar sein, dass sie innerhalb des Netzwerks vernünftig untergebracht sind und im Endeffekt auch besser behandelt werden können.

**Knapp 60 Prozent des Aufwands machen die Personalkosten aus. Angesichts der gesetzlichen Vorgaben zur Arbeitszeit der Ärzte, aber auch der Tarifverhandlungen ist bei dieser Position mit weiteren Zuwächsen zu rechnen. Welche Optionen nutzt das Klinikum, damit diese Kosten die weitere Entwicklung des Klinikums nicht lähmen?**

**Prof. Michael Albrecht:** Da gibt es ein klares, strategisches Ziel: Wir wollen die höchstmögliche Mitarbeiterzufriedenheit zu dem noch leistbaren finanziellen Aufwand. Dabei müssen wir hochqualifiziertes



Personal gut bezahlen – möglichst besser als andere, um Abwanderungen zu vermeiden. Aufgaben, die andere Unternehmen günstiger anbieten als das Klinikum selbst, werden wir wie bereits jetzt Dritten überlassen. Bei der eigenen Belegschaft verfolgen wir weiterhin das klare Ziel, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu etablieren. Eine weitere Herausforderung ist unser Berufsnachwuchs. Der zurzeit noch entspannte Arbeitsmarkt verändert sich. Den sich abzeichnenden Engpässen versucht das Klinikum mit vorausschauenden Initiativen zu begegnen, beispielsweise wird die Medizinische Berufsfachschule in der Zukunft mehr sein als nur eine so genannte Schwesternschule. Was das Klinikum braucht, ist eine Ausbildungsakademie für die ganze Bandbreite des eigenen Nachwuchses. Wir werden also viel in die Mitarbeiterentwicklung und -rekrutierung investieren. Dazu gehören neben der Berufsfachschule und der eigenen Fort- und Weiterbildungsstätte die Kooperationen mit externen Institutionen wie der Dresden International University. In diesem Rahmen sind beispielsweise neue Bachelor- und Master-Studiengänge im Entstehen. Auch sollen Fachweiterbildungsangebote für Ärzte etabliert werden.

**Wilfried Winzer:** Bei diesem Thema ist es aber nicht nur wichtig, an den medizinisch-pflegerischen Bereich zu denken. Auch beim administrativen Komplex, also den Prozess-, Dokumentations- und Managementfragen sowie dem betriebswirtschaftlichen und medizinischen Controlling muss das Klinikum das eigene Personal weiterentwickeln, denn auf dem Arbeitsmarkt sind Fachkräfte, die diese modernen Tools des Krankenhausmanagements beherrschen, kaum verfügbar.

**Demnach gibt es keine Alternative zu weiter wachsenden Personalkosten?**

**Prof. Michael Albrecht:** Es ist eine Illusion zu glauben, dass sich Qualität und Leistung bei sinkendem Personalaufwand steigern ließen. Dennoch wollen wir keine Zuwächse per Gießkanne, um alle gleichzustellen. Vielmehr brauchen wir ein Tarifsystem, das sich an der Qualität geleisteter Arbeit orientiert.

**Wilfried Winzer:** Das kontinuierliche Wachstum bei den Mitarbeiterzahlen der letzten Jahre belegt zudem, dass sich das Klinikum auch personalseitig nicht kaputt spart. Wenn mehr Leistungen erbracht

werden, die entweder die Erlöse steigern oder strategisch wichtig sind, stellen wir gegebenenfalls zusätzliches Personal ein. Die Kunst besteht darin, herauszufinden, wann mehr notwendig ist. Dank unseres modernen Berichtswesens erhalten wir hier immer genauere Einblicke.

**In den vergangenen Jahren waren die Sachkosten der wichtigste Hebel, um den Aufwand zu optimieren. Sind hier inzwischen die Grenzen erreicht oder sehen Sie noch Chancen, diese Ausgaben weiter zu minimieren?**

**Wilfried Winzer:** Im vergangenen Jahr haben wir – vergleichbar mit den Personalkosten – signifikante Steigerungen bei den Aufwendungen für Sachmittel verzeichnet. Wenn wir hier jedoch auf die Bremse treten, dann gefährden wir auch die Maximalversorgung, unser wichtigstes Alleinstellungsmerkmal. Ungeachtet dessen haben wir es geschafft, diese Kosten prozentual weniger steigen zu lassen als die Leistungs- und Erlöszahlen. Wenn das Klinikum beispielsweise bei den Medikamenten oder der Prothe-



tik auf die speziellen und damit teuren Produkte verzichtet, kann das schnell zum Qualitätsproblem werden. Klar ist aber auch, dass die Ausgaben kontrollierbar bleiben müssen.

**Prof. Michael Albrecht:** Wir wollen keinen Einkäufer einstellen, wie VW damals Ignacio Lopez. Auch nach seinem Weggang litt das Unternehmen weiter: Etwa bei der Produktqualität, dem Image und der Mitarbeiterzufriedenheit. In der Regel liegt das Einsparpotenzial gar nicht in den Produktpreisen, sondern in der unsinnigen Verwendung von Produkten oder einer überdimensionierten Lagerhaltung.

**Wilfried Winzer:** Standardisierung ist im Klinikum seit Jahren ein großes Thema, das lange noch nicht ausgereizt ist. Mit dem Anfang 2006 erfolgten Eintritt in den Unico-Einkaufsverbund, einem Zusammenschluss mit zehn anderen Uniklinika, beteiligt sich das Klinikum an sehr wichtigen Benchmarkingprojekten. Damit haben wir echte Vergleichsmöglichkeiten unter Maximalversorgern. Bereits nach einem Jahr konnten wir signifikante Einsparungen realisieren.

**Zu der von einem Krankenhaus erbrachten Qualität gehören nicht nur die der medizinischen Leistungen. Für das Meinungsbild der Patienten ist die Betreuung vor, während und nach dem stationären Aufenthalt ebenso wichtig. Welche Initiativen verfolgt das Klinikum, die Zufriedenheit der Patienten, aber auch der einweisenden Ärzte zu verbessern?**

**Prof. Michael Albrecht:** Grundlage ist die messbare Qualität der medizinischen Versorgung. Diese Ergebnisse gehören zu unserem externen Auftritt – für die Patienten ebenso wie für die niedergelassenen Ärzte aber auch die Kostenträger. Damit kann sich das Klinikum ein positiveres Image schaffen und es pflegen. Dieses strategische Ziel schlägt sich nicht erst in Struktur und Inhalt des aktuellen Jahresberichts nieder. Wie wirtschaftlich erfolgreiche Unternehmen der Konsumgüterindustrie müssen wir unsere Produkte und unser Image bei Kunden und Mitarbeitern unter einen Hut bringen – Mitarbeiter solcher Firmen wie beispielsweise Porsche sind stolz darauf, für das Unternehmen und seine Produkte zu arbeiten. Dies müssen wir auch im Klinikum erreichen.

**Wilfried Winzer:** Ein wichtiger Aspekt dieser Bemühungen um mehr Qualität ist der Aufbau von Zentren wie das Universitäts KrebsCentrum, das Gefäß- oder das SchmerzCentrum einschließlich deren konsequenter Zertifizierung. Inzwischen haben diese Zentren bereits mit großem Erfolg die ersten Rezer-tifizierungen durchlaufen. Damit haben wir bewiesen, dass diese Strukturen keine Strohfeuer sind.

#### **Sind diese Zentren Vorbilder für weitere Umstrukturierungen?**

**Prof. Michael Albrecht:** Der Aufbau der Zentren war und ist kein Dogma. Wir sagen nicht: „Ab jetzt gibt es keine Kliniken mehr.“ Zentren entstehen überall dort, wo es einen Mehrwert ergibt. Und den definieren ganz pragmatisch die Mitarbeiter, welche die Zentren tragen sollen. Inzwischen kommen sie von selbst mit diesem Wunsch – vielleicht haben wir am Ende der Entwicklung hauptsächlich Zentren.

**Wilfried Winzer:** Übergeordnetes Thema ist die Bildung von Exzellenz in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre. Die Basis hierfür sind Strukturen und Prozesse, welche die Versorgungsquali-tät sichern. Das Klinikum hat viele davon bereits etabliert, was aber kein Grund dafür ist, sich auf dem Erreichten auszuruhen. Wir müssen uns immer wieder die Frage stellen: „In welchen Bereichen müssen wir weiter an dem Anspruch der Exzellenz arbeiten?“

#### **Die Gesundheitswirtschaft zählt zu den Branchen mit dem größten Wachstumspotenzial. Sehen Sie auch für das Universitätsklinikum Chancen, etwas von diesem Kuchen abzubekommen?**

**Prof. Michael Albrecht:** Es gibt kein allgemeines Wachstum in der Gesundheitsbranche. Im Kernge-schäft des Klinikums – der Versorgung schwerkranker Patienten – ändert sich wenig. Denn das wach-sende Alter der Patienten und der Einsatz neuer Methoden und Mittel bedeuten im eigentlichen Sinn keinen Marktzuwachs. Wachstum findet vielmehr in den Randbereichen statt, also beispielsweise Well-ness oder Prävention. In diesen Feldern bekommen Uniklinika als Anbieter von Spitzenmedizin und wis-senschaftlicher Kompetenz ein Imageproblem, wenn sie etwa beginnen würden, auf dem Campus Wellnesstempel zu bauen. Da sagen die Patienten: „Die verstehen wohl nichts mehr von ihrem Kernge-schäft.“ Vor allem bei der Rehabilitation oder Akutgeriatrie sehen wir Perspektiven, wie sich das Kli-nikum am Aufbau von Netzwerken beteiligen kann. Hier beobachten wir zurzeit noch die Entwicklungen. Bevor wir uns einbringen, ist die Frage zu klären, ob dies zu unserem Kerngeschäft wirklich passt.

**Wilfried Winzer:** Es gibt natürlich Dinge, die weiter in der Diskussion bleiben. Etwa das Thema Prävention der Volkskrankheiten wie Diabetes oder Gefäßleiden. Und da sind Fakultät und Klinikum mit Projekten der Versorgungsforschung aktiv, die auch sehr gut in Programme des Sächsischen Sozialminis-teriums eingebunden sind.

**Prof. Michael Albrecht:** Im Mittelpunkt soll hier die wissenschaftliche Dienstleistung stehen: Im Grenzgebiet der Prävention evaluieren wir Projekte und begleiten die Betroffenen, versorgen sie aber nicht unbedingt. Denn das ist keine akutmedizinische Aufgabe im stationären Bereich.

#### **Seit 2002 verfolgt der Vorstand eine in mehrere Etappen gegliederte Strategie. Stichworte waren „Qualität und Strukturen“, „optimierte Prozesse“ sowie „Ergebnisse und Perspektiven“. Wie würden Sie die Phasen definieren, die das Klinikum in den folgenden Jahren durchläuft?**

**Prof. Michael Albrecht:** Das Klinikum durchlief in den vergangenen sechs Jahren einen umfassenden Restrukturierungs- und Changeprozess. Diesen Prozess haben wir in die Topics „Strukturen“, „Prozesse“ und „Ergebnisse“ unterteilt. Auch künftig geht die Arbeit in diesen Sektoren weiter. Jetzt kommt jedoch die Frage hinzu: „Wie schreiben wir diese Strategien in der Zukunft fort?“ Um auch künftig wettbe-werblich zu sein, müssen wir die internen Entwicklungen weiter vorantreiben und dafür sorgen, dass die Exzellenz von Krankenversorgung und Forschung im Mittelpunkt steht. Dazu muss das Klinikum auch weiterhin die eigenen Strukturen und auch die Mitarbeiter auf diesen Qualitätsanspruch ausrich-ten. Nur so können wir im bundesweiten Wettbewerb weitere Spitzenpositionen erobern und sichern.

---

„Ein wesentlicher Vorteil des ‚da Vinci‘-Operationssystems besteht in seiner hohen Präzision: Damit können wir bei einem Eingriff die um die Prostata verlaufenden Nerven wesentlich besser vor Verletzungen schützen als mit anderen OP-Verfahren.“

Prof. Manfred Wirth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie

---



Prof. Manfred Wirth, PD Dr. Marc-Oliver Grimm,  
Elena Klemm, Birgith Bandowski (v.l.n.r.)

---

# 2

---



Gleich zwei innovative Operationsmethoden führte die Klinik und Poliklinik für Urologie im Jahr 2006 ein. Neben dem US-amerikanischen „da Vinci“-Operationssystem, das die Bewegungen des Chirurgen per Computer auf die OP-Instrumente überträgt, sorgt auch der Greenlight-Laser für besonders schonende Eingriffe. Beiden Investitionen ging eine umfassende Kalkulation der Kosten sowie der zu erwartenden Erlöse voraus. Die positiven Verhandlungsergebnisse mit den Krankenkassen waren ein maßgeblicher Faktor für die Entscheidung, die neuen Behandlungsverfahren und -techniken zum Wohl der Patienten einzusetzen.

Fünf kleine Schnitte in Bauch und Leistengegend erinnern die Patienten der Klinik und Poliklinik für Urologie an die weltweit modernste Operationsmethode zur Entfernung der Prostata. Nach Ansicht vieler Experten stellt das „da Vinci“-OP-System einen Meilenstein in der minimalinvasiven Chirurgie dar. Seit Beginn des Jahres 2006 sorgt das im Urologie-Operationssaal installierte System für neue Perspektiven: Der Chirurg sitzt nicht mehr unmittelbar am Patienten, um das Instrumentarium eines minimalinvasiven Eingriffs zu führen – dies übernehmen fünf elektronisch bewegte Arme. Deren Instrumente folgen den Bewegungen des Chirurgen, der einige Meter entfernt an einer Konsole sitzt. Sein Kopf verschwindet dabei fast vollständig im Gehäuse des Monitorsystems, mit dem er das Operationsfeld und die Instrumente genauestens im Blick hat. „Die Bewegungen meiner Hände werden von dem System im Verhältnis sechs zu eins übersetzt“, erklärt Klinikdirektor Prof. Manfred Wirth. Diese Präzision ist ein entscheidender Vorteil gegenüber konventionellen laparoskopischen Eingriffen.

Neben der variabel einstellbaren Übersetzung trägt die hoch auflösende, dreidimensionale Optik zur Genauigkeit des „da Vinci“ bei: Der Operateur kann seine Instrumente räumlich sehen und führt sie mit frei beweglichen Hebeln.

Für den Chirurgen bedeutet die moderne OP-Technik auch eine Herausforderung: Er muss die Bewegungsabläufe dieser Eingriffe völlig neu lernen.

Basis für die Finanzierung des neuen Systems waren die Zusagen der Krankenkassen, die Kosten für zusätzliche Fälle von Prostataentfernungen zu übernehmen. Auf medizinischer Seite leistete Prof. Manfred Wirth Überzeugungsarbeit, obwohl er bisher der herkömmlichen Form minimalinvasiver Eingriffe an der Prostata skeptisch gegenüberstand: Denn beim bisherigen Verfahren galt es, die in Hülsen geführten Instrumente mit der eigenen Hand präzise zu führen, was mit einigen Unwägbarkeiten verbunden war. Diese Probleme stellt das „da Vinci“ OP-System nach Ansicht von Prof. Wirth ab. Bei seinem Urteil stützt er sich auch auf die Erfahrungen in den USA. Inzwischen gilt dort die hochmoderne Technik als Routineverfahren bei der Operation von Prostatakrebs-Patienten. „Ein wesentlicher Vorteil des ‚da Vinci‘-Operationssystems besteht in seiner hohen Präzision: Damit können wir bei einem Eingriff die um die Prostata verlaufenden Nerven wesentlich besser vor Verletzungen schützen als mit anderen OP-Verfahren“, so der Klinikdirektor. Dies minimiert die Gefahr der Patienten, nach der Operation unter anderem an Potenzstörungen zu leiden.



„Für die Krankenkassen ist es die Chance, ihren Patienten eine innovative, die Lebensqualität erhöhende Operationsmethode anbieten zu können“, erklärt Prof. Wirth, der sich an den Verhandlungen direkt beteiligt hat. Mit dem „da Vinci“ kann das Klinikum ein Alleinstellungsmerkmal für die neuen Bundesländer beanspruchen: Im Operationssaal der Klinik für Urologie steht das einzige im Routinebetrieb eingesetzte System dieser Art. Auch wenn die Kostenträger das Verfahren unterstützen, bleiben die Vorleistungen des Klinikums für die Investitionen hoch. Bei gleich bleibender Fallvergütung für Prostataentfernungen handelten die Vertragspartner eine um etwa ein Viertel erhöhte Zahl an Operationen aus. Die im unteren vierstelligen Bereich liegenden Mehrkosten, die pro Eingriff entstehen, müssen sich durch eine höhere Auslastung der Klinik-Kapazitäten amortisieren. Um hier eine bestmögliche Effizienz zu erzielen, baut Prof. Wirth zurzeit ein zweites, auf den „da Vinci“ spezialisiertes OP-Team auf. Die optimale Auslastung des Systems wird jedoch erst mit der Inbetriebnahme eines dritten offenen OP-Saals zu erzielen sein. Geplant ist dies für 2009 mit dem Umzug der Klinik für Urologie in das neu gebaute Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum.

1

2

**1** Beim „da Vinci“-Operationssystem steuert der Chirurg die Instrumente von einer Konsole aus.

**2** Der hochmoderne Greenlight-Laser ermöglicht nahezu blutungsfreie Eingriffe an der Prostata.

„Für mich bedeutet ärztlich und auch unternehmerisch zu denken, heute keinen unvereinbaren Gegensatz. Nur so können auch innovative Techniken eingesetzt werden“, erklärt Prof. Wirth. Der in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegenen Verantwortung in betriebswirtschaftlichen Fragen stand der Klinikdirektor deshalb von Anfang an offen gegenüber. Neben dem „da Vinci“ forcierte Prof. Wirth 2006 die Einführung eines weiteren hochmodernen und sehr schonenden Verfahrens für Prostatapatienten. Mit dem Greenlight-Laser wird dieses vor allem im Alter häufig gutartig veränderte Organ so verkleinert, dass sich die Blase nach dem Eingriff wieder problemlos entleeren lässt. Die besondere Wellenlänge des Lasers und dessen hohe Intensität sorgen dafür, dass das zu entfernende Gewebe nahezu rückstandsfrei verdampft. Wesentlicher Vorteil für den Patienten: Die Methode ist praktisch blutungsfrei. „Dank des Greenlight-Lasers können wir nun auch Patienten mit schweren Begleiterkrankungen operieren“, sagt der Klinikdirektor. Zudem erholen sich die Operierten schneller von dem Eingriff und der danach benötigte Blasenkatheter kann meist früher entfernt werden als nach herkömmlichen Verfahren. Australische Wissenschaftler belegten in einer Studie außerdem, dass nach dem Einsatz des Greenlight-Lasers weniger Komplikationen auftreten. Nach einer mehrmonatigen Testphase mit einem Leihgerät wurde Ende 2006 der modernste Laser seiner Art im Urologie-OP installiert.

### Weitere Investitionen in innovative Großgeräte

<b>Erweiterung des SAP-Systems</b> Geschäftsbereich Personal	500 TEUR <sup>1</sup>
<b>Imaging-System für Tumorzellen</b> Medizinische Klinik	177 TEUR <sup>1</sup>
<b>Doppelkopf-Szintillationskamera</b> Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	351 TEUR <sup>1</sup>
<b>Magnetresonanztomograph</b> Institut für Radiologische Diagnostik	1.900 TEUR <sup>1</sup>
<b>Mammografiergerät</b> Institut für Radiologische Diagnostik	479 TEUR <sup>1</sup>
<b>Mammostereotaxiegerät</b> Institut für Radiologische Diagnostik	212 TEUR <sup>1</sup>
<b>Schädelvolumentomograph</b> Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	242 TEUR <sup>2</sup>

<sup>1</sup> HBFG-finanziert. <sup>2</sup> finanziert mit Investmitteln des Freistaates Sachsen.

## Chefärzte sind auch Unternehmer

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einem beispiellosen Wachstumsschub. Das Wirtschaftsberatungsunternehmen Ernst & Young schätzt, dass sich die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen von 2004 bis 2020 mehr als verdoppeln. Trotzdem können sich die Krankenhäuser nicht auf paradiesische Zustände freuen: Die Zahl der Klinikbetten wird sich im selben Zeitraum voraussichtlich halbieren.

Die Folgen dieses Schrumpfungsprozesses bekommen nicht nur die kleineren und mittleren Krankenhäuser zu spüren. Generell müssen sich alle Häuser auf einen härteren Wettbewerb einstellen, um sich einen adäquaten Platz auf dem Gesundheitsmarkt zu erobern und zu behaupten – das gilt auch für die Universitätsklinika.

Das Alleinstellungsmerkmal der Hochschulmedizinrichtungen liegt in ihrer Innovationsfähigkeit. Sie wird getragen von der engen Verbindung zwischen klinischer Forschung und medizinischer Praxis. Durch ihre moderne Ausstattung und die Anwendung wissenschaftlich fundierter Therapieverfahren genießen die Universitätsklinika größte Akzeptanz bei Einweisern und Patienten.

Der Erhalt dieser Exzellenz bedarf heute allerdings mehr als nur einer exzellenten wissenschaftlichen Führung. Bedingt durch einen zunehmenden wirtschaftlichen Druck gehören auch umfassende betriebswirtschaftliche Kenntnisse zum nachhaltigen Erfolg, die im Klinikalltag entsprechend umgesetzt werden müssen. Mit Umsätzen im zweistelligen Millionenbereich und Beschäftigtenzahlen von über 100 Mitarbeitern haben viele Kliniken des Universitätsklinikums durchaus das Potenzial mittelständischer Unternehmen. Deshalb setzt das Universitätsklinikum künftig auf betriebswirtschaftlich ausgebildetes Personal, das die Chefärzte beim qualifizierten Management ihrer Einrichtungen verstärkt unterstützen wird.

---

„Mit der Gefäßambulanz gibt es im Universitätsklinikum  
nur noch eine Anlaufstelle für die Betroffenen.  
Wir vermeiden damit Doppeluntersuchungen und  
Irrwege durch die Disziplinen.“

Prof. Sebastian Schellong, Direktor des Universitäts GefäßCentrums

---



Katja Schnappauf, Dr. Thomas Zimmermann, Prof. Sebastian Schellong, Dr. Johannes Leonhard (v.l.n.r.)

---

# 3

---



Mit dem Aufbau von Zentren entwickelt das Universitätsklinikum Alternativen zur ambulanten wie stationären Krankenversorgung. Sie sind eine sinnvolle Ergänzung der traditionell gewachsenen Klinikstrukturen, wie sich am Beispiel des 2004 gegründeten Universitäts GefäßCentrums (UGC) zeigt. Es belegt, dass die erstmals mit dem Universitäts KrebsCentrum 2003 umgesetzte Zentren-Strategie auch in einem kleineren organisatorischen Rahmen mit entsprechenden Strukturen funktioniert. Das UGC-Team zählte im Berichtsjahr 5.000 ambulante und rund 1.000 stationäre Behandlungsfälle, wobei 15.000 funktionsdiagnostische Untersuchungen – vor allem mit Ultraschall – vorgenommen wurden. Hohe Werte bei Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit sowie steigende Zuweisungen niedergelassener Ärzte und die erfolgreiche Rezertifizierung des Qualitätsmanagements belegen den Erfolg des Zentrums.

Ein abgedunkelter Raum im dritten Obergeschoss des Operativen Zentrums: Hinter einem cockpitartig aufgestellten Schreibtisch sitzt Oberarzt Dr. Johannes Leonhard und scrollt mit der Computermaus durch die vom Tomographen scheinbchenweise aufgenommenen Bilder eines Unterkörpers. Die Aufnahmen laufen wie ein Film vor- und rückwärts vor den Augen der Internisten, Gefäßchirurgen und Radiologen ab. Die Hauptrolle spielt eine krankhaft veränderte Bauchschlagader. Die in dem Konsil besprochene Aorta hat einen um das Mehrfache vergrößerten Durchmesser und droht zu platzen – der Patient würde dann innerhalb von Minuten innerlich verbluten. Erste Hinweise auf das Aortenaneurysma gaben den Ärzten Bauch- und Rückenschmerzen, weil das Gefäß bereits auf die inneren Organe und die Wirbelsäule drückte.

Das im Halbdunkel des Konferenzraums allmorgendlich stattfindende Treffen ist das Herzstück des Universitäts

GefäßCentrums: Geleitet vom Direktor des Zentrums, Prof. Sebastian Schellong, diskutieren die Ärzte die Befunde und die erfolgversprechendste Therapie. Im Fall der erweiterten Aorta werden an diesem Montagmorgen die Chancen und Risiken einer offenen Operation mit den Perspektiven eines minimal-invasiven Eingriffs abgewogen. Für den offenen Eingriff im Bauchraum wäre der Gefäßchirurg verantwortlich. Die Alternative wäre ein Stent: Das netzförmig aufspreizbare Edelstahlröhrchen würde von



einem Radiologen durch die Blutgefäße zur Bauchschlagader an Ort und Stelle geführt. Der Weg dorthin wird kontinuierlich mit Röntgenaufnahmen kontrolliert. Nach der von Prof. Schellong moderierten Diskussion entscheiden sich die Ärzte gemeinsam dafür, einen Stent einzusetzen. Diese Arbeitsweise des UGC hat für den Patienten einen entscheidenden Vorteil: In Einrichtungen, die nicht interdisziplinär arbeiten, bleibt es oft dem Zufall überlassen, ob ein Patient dem Internisten, Chirurgen oder Radiologen vorgestellt wird – und damit fällt bereits eine Vorentscheidung über die Therapie.

Andere Stärken des Universitäts GefäßCentrums sind für den Patienten direkter spürbar: „Mit der Gefäßambulanz gibt es im Universitätsklinikum nur noch eine Anlaufstelle für die Betroffenen. Wir vermeiden damit Doppeluntersuchungen und Irrwege durch die Disziplinen“, sagt Prof. Schellong. Der Effekt: Die Verweildauer der Gefäßpatienten ist seit dem Start des Zentrums erheblich gesunken. Auf der täglichen Gefäßkonferenz wird jeder Patient besprochen, der für einen Eingriff in Frage kommt. Die Experten der unterschiedlichen Fachgebiete formulieren die spezifisch auf den Patienten zugeschnittenen Anforderungen an weitere Untersuchungen sowie die Befunde. Diese Informationen werden noch während der Sitzung in das EDV-System eingegeben und zentral gespeichert. „Bevor es das Zentrum gab, durchlief ein Patient oft mehrere Kliniken. Wenn die Erstdiagnose in der Inneren Medizin erfolgte, musste der Patient zur Operation in die Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie verlegt werden. Dazu fanden ein Konsil und dann eine reguläre Verlegung oder Neuaufnahme für jeden Kranken statt, wobei der Chirurg möglicherweise weitere Untersuchungen anforderte“, berichtet der Zentrumsdirektor. Die schwierige zeitliche Koordination der einzelnen Behandlungsschritte verlängerte den Krankenhausaufenthalt oft zusätzlich. Bei der heute auf DRG-Fallpauschalen basierenden Abrechnung würden solche Abläufe die Erlössituation des Universitätsklinikums erheblich belasten. Mit der seit 2003 begon-

nenen Einführung von Zentren – neben dem UGC sind dies das Universitäts KrebsCentrum, das dazugehörige Regionale Brustzentrum sowie das Universitäts SchmerzCentrum – optimierte das Klinikum die Behandlungsstrukturen in Bereichen, in denen die Patienten regelmäßig über die Grenzen mehrerer Disziplinen hinweg behandelt werden.

„Für den Erfolg des Zentrums ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter dasselbe Ziel anstreben und der Patient auf den vorab formulierten Behandlungspfaden geführt wird“, unterstreicht Prof. Schellong. Basis für dieses Vorgehen bildet das Qualitätsmanagement, das noch im Gründungsjahr aufgebaut und nach der internationalen Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert wurde. Das Universitäts GefäßCentrum ist Ausdruck des gemeinsamen Willens der drei beteiligten Einrichtungen, die Behandlung der Gefäßpatienten zu optimieren. Die Beteiligten haben sich auf ein Statut und Regularien der Zusammenarbeit verpflichtet. Sichtbar wird dies in einer interdisziplinären Gefäßstation mit 28 Betten, die Chirurgen und Internisten gemeinsam im Operativen Zentrum betreiben. Die Koordination des UGC stellen das tägliche Konsil und ein monatlich stattfindendes Gefäßplenium ebenso sicher wie die vierteljährlichen Sitzungen des Lenkungsgremiums, an denen auch der Klinikumsvorstand teilnimmt.



Die beiden Kliniken und das Institut stellen für das Zentrum Mitarbeiter ab, die aber unter der fachlichen Leitung ihrer ursprünglichen Vorgesetzten bleiben. Für den Zentrumsdirektor ist das kein Problem. Alle in das UGC involvierten Mitarbeiter erkennen die Vorteile der neuen Strukturen und die positiven Effekte für die Patienten, aber auch für die eigene Arbeit. Prof. Schellong spürt bei den Mitarbeitern „die Freude, in innovativen Strukturen arbeiten zu können“. Gemeinsam werde der beste Weg gesucht, um auf der Arbeitsebene etwas zu verbessern.

Die anstehenden Aufgaben für die nächste Zeit zielen darauf ab, das Erreichte weiter zu optimieren. So müssen die Abläufe in einigen Bereichen noch effizienter gestaltet werden, um die Behandlungskapazitäten zu erhöhen. Eine über die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle des UGC organisierte Dokumentation zusätzlicher Daten – beispielsweise zur detaillierten Qualitätssicherung – und regelmäßige Befragungen von Patienten und einweisenden Ärzten werden dem erfolgreichen Ausbau des Universitäts GefäßCentrums weitere Impulse verleihen.

- | 1   | 2   | 3  | 4   | 5  |
|---|---|--|---|--|
| 1 Ultraschall-Untersuchung der Beinvenen. | 2 Angiographiegerät für radiologische Interventionen. | 3 Vorbereiten einer Untersuchung im Universitäts GefäßCentrum. | 4 Eingriff eines Gefäßpatienten am Angiographiegerät. | 5 Radiologische Darstellung von Blutgefäßen. |

---

„Das Faszinierende an der Arbeitsgruppe Betriebsorganisation ist, dass hier viele Probleme des Arbeitsalltags zur Sprache kommen, die zwar vielen bewusst waren, über die aber vorher niemand gesprochen hat.“

Dr. Cornelia Haag, Oberärztin der Medizinischen Klinik I und zuständig für die inhaltliche Leitung der Kernarbeitsgruppe DINZ-Betriebsorganisation

---



Dr. Cornelia Haag, Dr. Maria Eberlein-Gonska,  
Annett Weise, Bärbel Hantsch (v.l.n.r.)

---

# 4

---



Das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum (DINZ) ist die größte bauliche Herausforderung in der Geschichte des Universitätsklinikums. In dem Neubau mit dem direkt verbundenen, komplett sanierten Altbau arbeiten künftig 1.000 Mitarbeiter aus fünf Kliniken und einem Institut. Sie betreuen täglich etwa 400 Patienten stationär und eine noch größere Zahl ambulant. Ziel aller Planungen ist ein hocheffizienter Betrieb dieses Zentrums. Die Anforderungen an die 120-Millionen-Euro-Investition sind hoch und gelten nicht nur für die Raumplanung, sondern auch für die innerbetrieblichen Abläufe. Um hier größtmögliche Synergieeffekte zu erzielen, wurde 2006 – drei Jahre vor der geplanten Eröffnung – begonnen, ein Konzept für die Betriebsorganisation zu erarbeiten. Dies soll Vorlage für klinikumsweit optimierte Prozesse sein.

Klare Vorgaben und Zuständigkeiten sowie in Standards definierte Abläufe sind aus der medizinischen und pflegerischen Arbeit nicht mehr wegzudenken. Sobald es jedoch um organisatorische und administrative Dinge im Betrieb von Ambulanzen, Notaufnahmen und Stationen geht, fehlt es bislang an klinikumsweit geltenden Vorgaben. Die Konzentration der Medizinischen Kliniken I und III, der Kliniken für Neurologie, Urologie sowie für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und Bereiche des Instituts für Radiologische Diagnostik in einem Gebäudekomplex ist daher ein guter Ausgangspunkt, Vorgaben für eine optimierte und weitgehend einheitliche Betriebsorganisation zu erarbeiten. Der Klinikumsvorstand beauftragte dafür eine Kernarbeitsgruppe, bis 2009 etwa Standardabläufe, Zuständigkeiten oder Stellenbeschreibungen für die einzelnen Bereiche des DINZ zu

definieren. Grundlage sind im Vorfeld abgestimmte Soll-Prozesse und die aktuelle Ist-Situation. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe sollen künftig über die Organisationssoftware „AENEIS“ elektronisch abrufbar sein.

Die Bereiche der konservativen Notaufnahme sowie der Aufnahmestation stehen im Mittelpunkt des ersten Projekts der 14-köpfigen Arbeitsgruppe, die von Experten der „Dr. Petri Hospital Consulting GmbH“ unterstützt wird. „Allein die Medizinische Klinik I ist zurzeit in sechs unterschiedlichen Gebäuden des Klinikums untergebracht. Bis auf die Stammzelltransplantation werden alle Bereiche ins DINZ ziehen“, sagt Dr. Cornelia Haag. Dieser Umzug birgt die Chance, derzeit noch dezentral mehrfach vorgehaltene Infrastrukturen zu konzentrieren und damit auch effizienter zu nutzen. „Wenn heute die Gefahr besteht, dass sich der Zustand eines Notfallpatienten schnell verschlechtern könnte, kommt er vorsorglich auf unsere Intensivstation, die am Rand des Geländes liegt. Im DINZ sind Notaufnahme und Intensivstation im gleichen Haus, so dass die Wartezeit auf einen Krankenwagen zum Transport und die Umlagerung des Notfallpatienten entfallen“, erklärt die Oberärztin der Medizinischen Klinik I.

Was die Kernarbeitsgruppe seit dem Herbst 2006 diskutiert, ist wesentlich komplexer als das Zusammenführen einzelner Bereiche von nur einer Klinik. „Wir schaffen eine neue Form der konservativen



Notaufnahme“, sagt Dr. Haag. Neben der Inneren Medizin wird darin auch die Neurologie vertreten sein, wobei unterschiedliche Abläufe aufeinandertreffen, die über Jahre in den einzelnen Kliniken gewachsen sind. „Der Umzug in ein neues Gebäude bietet die große Chance, im Vorfeld viele Prozesse zu definieren, anstatt sie sich im Alltag entwickeln zu lassen“, umreißt die Internistin die Aufgabe der Arbeitsgruppe. Sie besteht vorerst aus Mitarbeitern der im DINZ eingerichteten konservativen Notaufnahme sowie den Verwaltungsbereichen Bau und Technik, Controlling, Logistik, Medizincontrolling, Personal, Qualitätsmanagement sowie Rechenzentrum. Vertreten sind dabei die unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen – vom Leitenden Stationspfleger einer Notaufnahme über Pflegedienstleiterinnen bis zu Oberärzten.

Gemeinsam nimmt die Kernarbeitsgruppe nun alle künftigen Prozesse unter die Lupe und einigt sich auf Standards. Dabei ist der Diskussionsbedarf groß, weshalb die Leiterin des Zentralbereichs Qualitätsmanagement, Dr. Maria Eberlein-Gonska, die Treffen der Arbeitsgruppe moderiert und koordiniert. Konflikte, die bei der Diskussion um die künftigen Abläufe ausgetragen werden, nützen dem Vorhaben mehr, als sie schaden, findet Dr. Cornelia Haag: „Es ist uns wichtig, das neue Konzept nicht handstreichartig durchzusetzen, sondern es vorher mit den Mitarbeitern ausführlich durchzusprechen.“ Nur so lasse sich die notwendige Akzeptanz bei denen erzielen, die künftig nach den neuen betriebsorganisatorischen Vorgaben arbeiten. Um die einzelnen Prozesse exakt zu beschreiben, wird neben den medizinischen, pflegerischen und administrativen Aspekten auch die betriebswirtschaftliche Dimension einbezogen. Dazu gehören Analysen zum Patientenaufkommen, zur durchschnittlich benötigten Zeit für einzelne Arbeitsschritte oder zum Bedarf an Personal und Arbeitsmitteln.

„Das Faszinierende an der Arbeitsgruppe Betriebsorganisation ist, dass hier viele Probleme des Arbeitsalltags zur Sprache kommen, die zwar vielen bewusst waren, über die aber vorher niemand gesprochen hat“, berichtet Dr. Haag. Damit nutzt das Klinikum die Chance, die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen und Funktionen sowie Rollen neu zu definieren. Für die konservative Notaufnahme des DINZ bedeutet das, künftig auch Arzthelferinnen im 24-Stunden-Dienst einzusetzen. Sie entlasten damit auch nachts Ärzte und Schwestern von administrativen Aufgaben wie das Eingeben von Daten ins klinische Informationssystem, Terminkoordination, das Bestellen von Krankentransporten oder das Ausdrucken der Arztbriefe. Reibungslosere und schnellere Abläufe tragen nicht nur dazu bei, Personal effizienter einzusetzen, sondern auch den Patientenservice zu verbessern. Schließlich sind lange Wartezeiten und Probleme bei der Weitergabe von Arztbriefen häufig genannte Kritikpunkte.

Mit dem Abschluss des Konzepts für die Notaufnahme hat sich die Arbeitsgruppe so aufeinander eingespielt, dass die Beteiligten hoffen, die weiteren Aufgaben in einem höheren Tempo angehen zu können. Dennoch bleibt die Arbeit anspruchsvoll: „Die Daten zur Betriebsorganisation der Notaufnahme konnten wir beinahe noch im Kopf rechnen – der Ablauf einer kompletten stationären Behandlung hat eine andere Dimension“, schätzt die Internistin ein. Mit der komplexen Abfolge eines Patientenpfades



von der ambulanten Vorstellung über eine geplante Aufnahme oder Notfallaufnahme, einer mehrere Fachgebiete umfassenden Diagnostik, der darauf folgenden Therapie bis zur Entlassung und ambulanten Nachsorge sowie einer adäquaten Dokumentation aller Leistungen und Befunde steigt die Zahl der Schnittstellen zwischen den jeweils Verantwortlichen deutlich. Zum Organisationskonzept gehört aber auch die Definition der Rollen, welche die Mitarbeiter einnehmen: „Wir beschreiben nicht einfach die Tätigkeit des Einzelnen, sondern fragen: „Was muss er können?“ In der Zusammenschau aller Einzelergebnisse entsteht so ein komplexes Bild, das alle Dimensionen eines funktionierenden Bereichs beinhaltet und die Anforderungen eines Qualitätsmanagements erfüllt.

„Viele der von uns beschriebenen Abläufe sind so aufgebaut, dass sie auch von anderen Kliniken mit wenigen Änderungen adaptiert werden können“, sagt Dr. Haag. Den Einrichtungen steht damit ein Standard zur Verfügung, der nach und nach als Organisationshandbuch des gesamten Klinikums aufgebaut und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Der enorme Aufwand, der für das neue Zentrum notwendig ist, bleibt den anderen Kliniken damit erspart.

**Die Kernarbeitsgruppe Betriebsorganisation DINZ besteht aus folgenden Mitgliedern:** Dr. Cornelia Haag (Oberärztin der Medizinischen Klinik I, verantwortlich für die inhaltliche Leitung), Dr. Maria Eberlein-Gonska (Leiterin des Zentralbereichs Qualitätsmanagement, verantwortlich für die Koordination und Moderation), Dr. Ralf Schönherr (Verwaltungsdirektor des Kinder- und Frauenzentrums), PD Dr. Georg Gahn (Oberarzt an der Klinik für Neurologie), Bärbel Hantsch (Pflegedienstleiterin unter anderem der Klinik für Neurologie), Enrico Heide (Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation), Gitta Helaß (Leiterin des Geschäftsbereichs Pflege, Service, Dokumentation) Gerhard Prosinger (Zentralbereich Medizincontrolling), Cornelia Rabeneck (Geschäftsbereich Personal), Dr. Andreas Reichel (Oberarzt der Medizinischen Klinik III), Gabriele Reinhardt (Pflegedienstleiterin der Medizinischen Klinik I), David Senf (Medizinisches Rechenzentrum), Christa Sommer (Geschäftsbereich Controlling), Wolfgang Wagner (Leitender Pfleger im Zentrum Innere Medizin).

---

„Für mich war es ein großer Ansporn, in der OP-Vorbereitung eine Null-Fehler-Qualität zu erreichen, wie sie in der Herstellung von Flugzeugen und Medizintechnik Standard ist.“

Dr. Stephan Sobottka, Oberarzt an der Klinik  
und Poliklinik für Neurochirurgie

---



Dr. Stephan Sobottka, Dr. Gilfe Reiß, Prof. Gabriele Schackert,  
Dr. Patrick Weigel, Annett Blum, Ilka Näcke, Tamara Müller (v.l.n.r.)

---

# 5

---

In der hoch technisierten Produktion von Großunternehmen wird bereits seit Jahrzehnten daran gearbeitet, Fehler auf ein absolutes Minimum zu reduzieren. Die dabei angestrebte Qualitätsquote beträgt 99.99966 Prozent – eine Million Produktionsvorgänge dürfen damit maximal 3,4 Fehler aufweisen. Um dieses Ziel in Industrieunternehmen zu erreichen, wurde das mittlerweile in vielen Branchen erfolgreich angewendete Managementkonzept „Six Sigma“ entwickelt. Die hohen Qualitätsanforderungen im Krankenhaus und der zunehmende wirtschaftliche Druck im Gesundheitswesen sind Anlass genug, den Anspruch der Null-Fehler-Qualität fest in Strukturen und Prozesse der Krankenversorgung zu etablieren. Die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie nahm 2006 die Herausforderung an, ein Six-Sigma-Projekt umzusetzen und damit die Vorreiterrolle in Deutschland zu übernehmen.

„Bei neurochirurgischen Operationen ist das Risiko besonders hoch, dass Fehler irreversible Schäden nach sich ziehen“, erklärt Dr. Stephan Sobottka, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie. Folgen können Lähmungen, der Verlust der Sprache oder des Sehvermögens sein. Deshalb ist die optimale Vorbereitung der oft sechs bis acht Stunden dauernden Eingriffe ein entscheidender Qualitätsfaktor. Doch gerade diese wichtige Phase vor dem Eingriff steht seit der Einführung des auf Fallpauschalen beruhenden Abrechnungssystems der DRG unter Druck: Die sinkende Verweildauer der Patienten zwingt alle Beteiligten, auch die Prozesse bei Aufnahme und OP-Vorbereitungen auf die neuen Gegebenheiten anzupassen. Dabei scheidet die Option aus, die bisherigen



Zeitpläne einfach zusammenschieben: „Wir müssen uns sehr intensiv auf jeden Patienten vorbereiten. Nur so lässt sich beispielsweise der Zugang exakt planen, über den wir den zu operierenden Bereich im Gehirn erreichen können“, sagt der Neurochirurg. Um die Eingriffe optimal vorzubereiten, benötigt der Operateur eine Vielzahl von Informationen. Fehlende Unterlagen erhöhen dabei die Wahrscheinlichkeit, dass im Operationssaal kurzfristig komplexe Entscheidungen mit entsprechenden Risiken getroffen werden müssen.

„Für mich war es ein großer Ansporn, in der OP-Vorbereitung der Klinik eine Null-Fehler-Qualität zu erreichen, wie sie in der Herstellung von Flugzeugen und Medizintechnik Standard ist“, begründet Dr. Sobottka sein Engagement für das Six-Sigma-Projekt. Der Oberarzt beschäftigt sich bereits seit mehreren Jahren mit den betriebswirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitswesens. Deshalb gehört er auch zu den Klinikumsmitarbeitern, die berufsbegleitend den Studiengang „Master of Business Administration in Health Care Management“ an der Dresden International University (DIU) absolvierten. „In dieser Zeit habe ich mich intensiv mit Fragen des Risikomanagements auseinandergesetzt“, erzählt Dr. Sobottka, der an der DIU einen der führenden Experten des Six-Sigma-Managements kennenlernte: Prof. Armin Töpfer. Der Idee, diese Methode erstmals in einem deutschen Krankenhaus anzuwenden, ging



eine Semesterarbeit voran. Der Oberarzt befragte die Mitarbeiter der Klinik zu den Arbeitsabläufen und möglichem Verbesserungspotenzial. Von den Antworten ging das klare Signal aus, die Prozesse der OP-Vorbereitung in den Mittelpunkt einer Qualitätsoffensive zu stellen.

Als Pilotprojekt am Universitätsklinikum startete das Six-Sigma-Projekt im Juli 2006 unter der Führung des Medizinischen Vorstands Prof. Michael Albrecht, der Klinikdirektorin Prof. Gabriele Schackert und Prof. Töpfer. Die strikten methodischen Vorgaben und die stark strukturierte Vorgehensweise von Six Sigma stellen zwar eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar, gleichzeitig bürgen sie jedoch für Effizienz und Erfolg, betont Dr. Sobottka. Die siebenmonatige Projektphase unterteilte sich in fünf Abschnitte. Der erste Schritt bestand aus einer Analyse des Ist-Zustands aller relevanten Prozesse und der Definition der Ziele. Im Mittelpunkt stand die höhere Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten. Aus Mitarbeiterperspektive sollte das Projekt die Zahl organisatorisch bedingter Fehler und Versäumnisse senken und damit die Arbeitsqualität und -zufriedenheit erhöhen. Betriebswirtschaftlich relevante Punkte waren der weitere Rückgang der Verweildauer vor den Operationen, das Vermeiden von Doppeluntersuchungen sowie minimierte Wartezeiten der Patienten im OP. Angestrebter betriebswirtschaftlicher Effekt der drei letztgenannten Punkte: jährliche Einsparungen im oberen fünfstelligen Bereich. In den weiteren Projektphasen wurde der Ist-Zustand in der OP-Vorbereitung detailliert gemessen und analysiert. „Ergebnis des Projekts ist eine erhebliche Umstrukturierung aller präoperativen Prozesse“, erklärt der Neurochirurg.

Ein aus allen Berufsgruppen der Klinik zusammengesetztes Kernteam begleitete das Projekt und beteiligte sich mit großem Engagement maßgeblich an der Konzeption der optimierten Prozesse. „Über die Köpfe der Beteiligten hinweg lassen sich diese Veränderungen nicht umsetzen“, unterstreicht Oberarzt

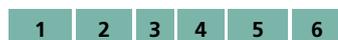
Dr. Sobottka, der das von externen Beratern unterstützte Vorhaben leitete. Rückblickend ist er sich sicher, dass es bei den Veränderungen nur Gewinner gibt: „Alle Mitarbeiter haben profitiert – von den Schwestern der Stationen und Operationssäle bis zu den Anästhesisten und Neuroradiologen.“ Spürbar sind Erfolge des Six-Sigma-Projekts besonders für die Neurochirurgen als interne Kunden des Prozesses der OP Vorbereitung. Alle verbindlichen Vorgaben wie der zweitägige Vorlauf für die OP-Planung oder



die garantierte Vollständigkeit notwendiger Operationsunterlagen am Vortag des Eingriffs werden nach Abschluss des Projektes in der geforderten Null-Fehler-Qualität erfüllt. Six Sigma ist auch für Patienten konkret spürbar: Vor der Operation gibt es für sie heute weder Tage ohne medizinische Aktivitäten noch organisatorisch bedingte Wartezeiten im OP-Saal. Trotz zeitlich weiter gestraffter Termine entsteht kein zusätzlicher Druck: Der größere Vorlauf und die besser genutzte Vorbereitungszeit versetzen den Operateur in die Lage, das Gespräch mit seinem Patienten am Aufnahmetag eher und besser informiert zu führen, berichtet Dr. Sobottka.

**Ohne die engagierte und konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten wäre es nicht möglich gewesen, das Six-Sigma-Projekt umzusetzen. Das Kernteam bestand aus folgenden Mitarbeitern der Neurochirurgie:** Dr. Gilfe Reiß (Oberärztin und Leiterin der Ambulanz), Schwester Tamara Müller (OP-Leitung), Schwester Birgit Schinke (Stationsleitung), Dr. Patrick Weigel (Assistenzarzt), Dipl.-Ing. Andreas Schöppe (Klinikingenieur), Ilka Näcke (Stationsschwester), Annett Blum (OP-Schwester), Daniela Fuchs (Ambulanzschwester) und Ines Ohlhöft (Ambulanzsekretärin).

**Als Kooperationspartner wirkten zudem Mitarbeiter aus weiteren Kliniken und der Klinikumsverwaltung mit:** PD Dr. Hermann Theilen und Dr. Julia Neidel (Klinik und Poliklinik Anästhesiologie und Intensivtherapie), Dr. Dirk Mucha (Oberarzt der Abteilung Neuroradiologie), Angélique Pokorny (Medizincontrolling), Dr. Maria Eberlein-Gonska (Leiterin des Zentralbereichs Qualitätsmanagement).



- 1–5 Szenen eines neurochirurgischen Eingriffs. 6 Die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie hat ihren Sitz im Operativen Zentrum des Universitätsklinikums.

---

„Der Einsatz moderner Materialien und Konzepte zur Versorgung komplizierter Wunden ist ein wesentliches Element unseres Erfolgs.“

Birgit Kalkbrenner und Katrin Morgenstern, Wundschwestern des Geschäftsbereichs Pflege, Service, Dokumentation

---



---

# 6

---



Dr. Jaroslaw Pyrc, Birgit Kalkbrenner,  
Katrin Morgenstern, Astrid Heinze (v.l.n.r.)

Für die optimale Versorgung von Patienten mit schlecht verheilenden Wunden und den effizienteren Einsatz von Verbandstoffen und anderen Hilfsmitteln setzt das Universitätsklinikum auf ein zentral organisiertes Wundmanagement. Zwei spezialisierte Schwestern stehen Ärzten wie Pflegepersonal der Kliniken zur Seite und unterstützen die Patienten beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung. Gemeinsam mit einem Expertengremium des Klinikums überarbeiteten die Wundspezialistinnen Pflegestandards und vereinheitlichten das Sortiment an Verbrauchsmaterialien.

Birgit Kalkbrenner und Katrin Morgenstern werden immer dann gerufen, wenn Wunden schlecht verheilen oder sich trotz Behandlung vergrößern. „Die Ursachen dafür sind vielfältig“, weiß Birgit Kalkbrenner, die vor ihrer Ausbildung zur Wundexpertin in der Orthopädie des Uniklinikums gearbeitet hat. Häufige Auslöser seien etwa eine schlechte Durchblutung, Stoffwechselkrankheiten, Medikamente oder Infektionen. Im Einzelfall kann der gestörte Heilungsprozess dramatische Ausmaße annehmen: So litt ein Patient der Wundschwestern unter einem Geschwür am Unterschenkel und die ursprünglich nur oberflächliche Wunde vergrößerte sich rasch so stark, dass mehrere Sehnen sichtbar wurden. Zwar beseitigten mehrere Operationen den Auslöser der Durchblutungsstörung, doch für den knapp 60-jährigen Patienten begann eine monatelange Geduldssprobe: „Wenn sich über den Sehnen kein Gewebe mehr befindet, ist die Wunde besonders schwer zu versorgen“, erklärt Katrin Morgenstern. Doch die konsequente Pflege durch die spezialisierten Schwestern brachte schließlich erste Fortschritte: Das Gewebe eroberte sich die offenen Stellen Millimeter für Millimeter zurück.

Den Erfolg haben die beiden Wundschwestern mit der Digitalkamera dokumentiert und auf dem Computer archiviert. In diesem besonderen Fall versorgten und fotografierten sie

die offene Stelle während des stationären Aufenthalts täglich. „In den meisten Fällen reicht es jedoch aus, wenn wir uns die Wunden der stationären Patienten drei- bis viermal anschauen und gegebenenfalls das Pflegepersonal beraten“, sagt Birgit Kalkbrenner. Auftakt ihres Einsatzes ist immer ein Konsilium – ein Gespräch mit Patient, Arzt sowie der stationären Pflegekraft. Darin erläutern die Spezialistinnen die Möglichkeiten der Wundversorgung, teilen ihre Erfahrungen und dokumentieren begleitend alle Fälle mit der



Diagnose „gestörte Wundheilung“ per Kamera. „Mit Störungen im Heilungsprozess werden die meisten unserer Kliniken recht selten konfrontiert“, berichtet Gitta Helaß. Die Leiterin des Bereichs Pflege, Service und Dokumentation des Universitätsklinikums startete die Initiative zur zentralen Organisation des Wundmanagements durch Birgit Kalkbrenner und Katrin Morgenstern. Die Alternative, eine dezentrale Variante mit einer speziell qualifizierten Schwester auf jeder Station, schien aus qualitativer wie betriebswirtschaftlicher Sicht wenig effizient: Höhere Kosten für die kontinuierliche Weiterbildung von mehr als 40 Schwestern sprechen ebenso dagegen, wie die Tatsache, dass die Schwestern durch die geringe Zahl der Wundheilungsstörungen zu wenig Erfahrungen für die optimale Versorgung hätten sammeln können.

Die beiden Wundschwestern haben sich in den vergangenen Jahren umfassend auf ihr neues Tätigkeitsfeld vorbereitet. Sie absolvierten eine von Fachverbänden zertifizierte Ausbildung. Ihr Wissen geben sie nun auch außerhalb der Konsilien regelmäßig auf Bildungsveranstaltungen und klinikumsinternen Wundstammtischen sowie an interne und externe Hospitanten weiter. Zu ihren Aufgaben gehört es außerdem, die im Klinikum verwendeten Wundtherapeutika, Verbandstoffe und andere Produkte zu testen. Ihr erstes Ziel war die kritische Prüfung der bisher verwendeten Verbandsmittel und im Fall moderner Wundaufgaben empfahlen sie, die Zahl der genutzten Produkte deutlich zu reduzieren. Im Anschluss verhandelte Unico – der Einkaufsverbund von derzeit elf deutschen Universitätsklinika – mit den Herstellern und konnte so die Einkaufspreise deutlich senken, im Fall der Wundaufgaben um 22 Prozent.

Die systematischen Tests der Wundschwestern dienen jedoch nicht nur betriebswirtschaftlichen Zielen. „Bei dem kaum noch überschaubaren Markt ist es wichtig, sich ein eigenes Bild über neue Produkte zu machen“, sagt Katrin Morgenstern, „denn der Einsatz moderner Materialien und Konzepte zur Versor-

gung komplizierter Wunden ist ein wesentliches Element unseres Erfolgs.“ Vor allem in der Aufbauphase ihres Konsiliardienstes mussten die Wundschwestern auf den Stationen für ein Umdenken werben: „Wir achten heute viel stärker auf die Wundruhe, weil sie den Heilungsprozess positiv beeinflusst. Außerdem spart der seltenere Verbandswechsel Materialkosten und Arbeitsaufwand“, sagt Birgit Kalkbrenner.

Inzwischen lassen sich nicht mehr nur die Stationen gern von den Wundschwestern beraten. Auch Klinikumsambulanzen und externe Pflegedienste rufen ihr Know-how ab, damit auch nichtstationäre Patienten optimal versorgt werden können. Der Problempatient mit dem offenen Unterschenkel wurde beispielsweise nach dem Krankenhausaufenthalt gemeinschaftlich von der Wundsprechstunde des Klinikums, einem häuslichen Pflegedienst sowie einer externen Wundschwester betreut. „Durch die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten lassen sich bei der Wundheilung deutliche Fortschritte feststellen“, berichtet Katrin Morgenstern, die ihren Patienten auch ein halbes Jahr nach seiner Entlassung regelmäßig in der ambulanten Sprechstunde des Gefäßchirurgen sieht. „Viele Patienten haben Angst, dass sie nach dem Aufenthalt im Klinikum in ein tiefes Loch fallen“, berichtet sie. Damit Hausärzte und Pflegedienste genau wissen, wie die Wunde im Klinikum versorgt wurde, haben die beiden Schwestern spezielle Entlassungsformulare entwickelt, in denen einerseits der Zustand der Wunde nachzulesen ist und zudem Hinweise zur weiteren Versorgung gegeben werden. Dieses Angebot wird ebenso gut angenommen wie die Möglichkeit, sich telefonisch Rat zu holen, wenn neue Probleme beim Heilungsprozess auftauchen.

**1** **2** **3**

- 1** Birgit Kalkbrenner und Katrin Morgenstern beurteilen eine schlecht verheilende Wunde.
- 2** Jede Wunde wird im Verlauf der Behandlung mehrmals fotografisch dokumentiert.
- 3** Der Einsatz moderner Materialien begünstigt den Heilungsprozess und spart Kosten.

## Krankenschwester mit Bachelor?

Vor knapp 100 Jahren wurde in den USA der erste eigenständige Bachelor-Studiengang für die Krankenpflege eingeführt, seit 1923 können Krankenschwestern an der Columbia University New York sogar promovieren. Nach Europa gelangte der Trend zur Akademisierung der Pflegeausbildung schließlich in der 1950er Jahren und sorgt heute für eine Bereicherung der Pflege.

Denn die an Fachhochschulen und Universitäten qualifizierten Krankenschwestern und -pfleger stehen nicht in Konkurrenz zu Kollegen mit der soliden pflegerischen Ausbildung in den Krankenhäusern. Vielmehr begegnen sie mit zusätzlichen Qualifikationen den Herausforderungen der modernen Gesundheitsversorgung. Bereits heute gehören zum Anforderungsprofil dieser Berufsgruppe zusätzliche Aufgabenbereiche wie die Rehabilitation, Prävention oder Telemedizin. Diese müssen in die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften ebenso integriert werden, wie grundlegende betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Inhalte. Auch neu entstehende Berufsbilder zur künftigen Entlastung der Ärzte sprechen für eine differenzierte Ausbildung, die sich akademischen Abschlüssen nicht verweigert. Pflegekräfte müssen fachlich und juristisch in die Lage versetzt werden, nicht nur eigenständig, sondern auch eigenverantwortlich zu handeln. Diese Akademisierung aller Heilberufe ist dabei als grundsätzliche Aufgabe der medizinischen Fakultäten zu verstehen.

Die demografische Entwicklung mit der steigenden Pflegebedürftigkeit einer immer älter werdenden Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen fordern innovative, wissenschaftlich entwickelte Konzepte. Neue Versorgungsmodelle und Strukturen verlangen den Einsatz hochqualifizierter Kräfte deshalb auch im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe. So zeigt das Beispiel der am Universitätsklinikum etablierten Wundschwestern schon nach kurzer Zeit, wie sich Qualität und Effizienz durch fachliche Exzellenz deutlich steigern lassen.

---

„Unter den Wissenschaftlern muss ein herzliches Verhältnis herrschen, das auch deutliche Kritik aushält. Wenn bei der nächsten Begutachtung mehrere Teilprojekte nur ein ‚Gut‘ bekommen, hat unser Sonderforschungsbereich keine Chance, weiter gefördert zu werden.“

Prof. Gerhard Ehninger, Sprecher des Sonderforschungsbereichs 655 „Von Zellen zu Geweben“

---



Nael Alakel, Duohui Jing, Prof. Gerhard Ehninger, PD Dr. Rainer Ordemann, Katrin Müller (v.l.n.r.)

---

# 7

---

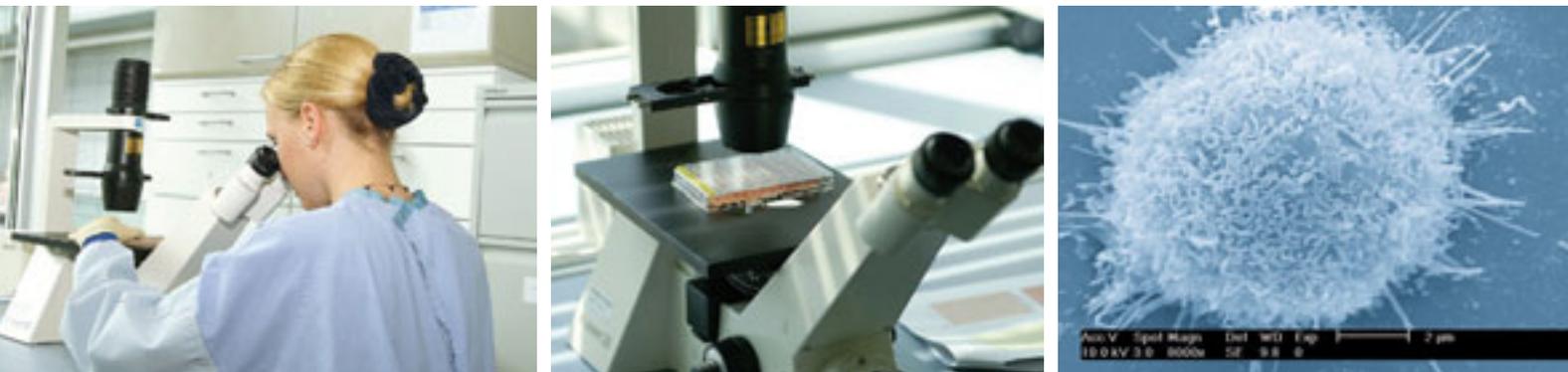


Mit dem Sonderforschungsbereich 655 „Von Zellen zu Geweben: Determination und Interaktionen von Stammzellen und Vorläuferzellen bei der Gewebekonstruktion“ fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) erstmals ein interdisziplinäres Vorhaben in der Stammzellenforschung. Insgesamt stehen 5,7 Millionen Euro für die 16 Projekte des Dresdner Sonderforschungsbereichs zur Verfügung. Mit den Fördergeldern wird über vier Jahre die Arbeit von Wissenschaftlern der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, der Technischen Universität sowie weiterer Institutionen finanziert.

Ein hohes Maß an Kritikfähigkeit fordert die DFG von den Sprechern der Sonderforschungsbereiche. Und das ist nur eine von vielen Bedingungen, die es zu erfüllen gilt, bevor Gelder an die interdisziplinären Forschungsprojekte fließen. Neben einer herausragenden wissenschaftlichen Kompetenz müssen die Sprecher Managerqualitäten haben, um die einzelnen Forscherteams in das Gesamtprojekt zu integrieren und die Ziele der Förderungsphase zu erreichen. Für Prof. Gerhard Ehninger bedeutet das unter anderem, die traditionell getrennten Wissenschaftsdisziplinen Zell- und Entwicklungsbiologie, Bioengineering sowie Medizin zusammenzuführen.

Schon zur Halbzeit der vierjährigen Förderphase bereiten sich die 15 wissenschaftlichen Teilprojekte und eine Nachwuchsforschungsgruppe darauf vor, die DFG auch bei der erneuten Begutachtung 2009 davon zu überzeugen, das Programm um vier weitere Jahre zu verlängern. Ein hohes Maß an interner Kritikfähigkeit ist beim Urteil über die Forschungsarbeit der SFB-Teilprojekte unabdingbar: „Unter den Wissenschaftlern muss ein herzliches Verhältnis herrschen, das auch deutliche Kritik aushält“, sagt Prof. Ehninger. Er sieht sich dabei aber nicht als alleiniger Hüter des Exzellenzanspruchs, der mit dem Titel „Sonderforschungsbereich“ verknüpft ist – eher als Spielertrainer, der selbst

offen für Kritik sein muss. Damit auch in Zukunft DFG-Gelder in den Bereich fließen, müssen externe Gutachter Bestnoten vergeben: „Wenn bei der nächsten Begutachtung mehrere Teilprojekte nur ein ‚Gut‘ bekommen, hat unser Sonderforschungsbereich keine Chance, weiter gefördert zu werden“, erklärt der Sprecher des Sonderforschungsbereichs. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist der intensive Austausch zwischen den Teilprojekten, beispielsweise in den jährlichen „SFB-Retreats“ – mehrtägigen Workshops,



in denen die Wissenschaftler intensiv und vorbehaltlos über die bisherige Forschungsarbeit diskutieren. Diese gegenseitige Unterstützung setzt sich im Alltag des Sonderforschungsbereichs fort: Apparaturen werden gemeinsam genutzt und es stehen zusätzliche Mittel bereit, um Initiativen zur intensiveren Zusammenarbeit von Teilbereichen zu unterstützen. Großen Zuspruch weit über den Kreis der SFB-Mitarbeiter hinaus erfahren die monatlichen Seminare, zu denen Wissenschaftler nationaler und internationaler Forschungseinrichtungen eingeladen werden. Daneben initiierte Prof. Ehninger die Veranstaltungsreihe „Glauben, Ethik, Wissenschaft“, um neben dem Fachpublikum auch die interessierte Öffentlichkeit zu erreichen: Zwischen April und Juli 2006 waren im Rahmen des „WissenschaftsForums in der Frauenkirche“ neun Vorträge zu hören, in denen Experten aus ganz unterschiedlichen Perspektiven über den verantwortlichen Umgang mit den neuen wissenschaftlichen Herausforderungen referierten.

Als erfahrener Arzt, Wissenschaftler und Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums, der sich seit mehr als 20 Jahren mit der Stammzellentransplantation bei Leukämiepatienten beschäftigt, engagiert sich Prof. Ehninger nicht nur als Sprecher für den SFB 655, sondern leitet zudem das darin integrierte Teilprojekt A 17. Ziel des Projekts ist es, die besonderen Fähigkeiten der blutbildenden Stammzellen zu erforschen, die sich im menschlichen Körper unverändert vermehren können. Dazu nutzen die Wissenschaftler Stammzellen aus Nabelschnurblut, welche bereits bei der Therapie von Blutkrebspatienten routinemäßig eingesetzt werden. Diese kommen immer dann zum Einsatz, wenn weder ein Familienangehöriger des Patienten noch andere Spender für die Übertragung von Stammzellen zur Verfügung stehen. „Allerdings enthält das Blut der Nabelschnur nur so geringe Mengen an diesen Zellen, dass damit häufig nur Kinder therapiert werden können“, sagt Prof. Ehninger.

„Erst wenn sich die Stammzellen mit allen ihren Funktionen außerhalb des Körpers vermehren lassen, könnten wir damit auch erwachsenen Leukämiepatienten helfen.“

In den nächsten Jahren geht es bei dem Teilprojekt um Grundlagenforschung: Die Wissenschaftler suchen nach den Unterschieden zwischen embryonalen und adulten Stammzellen. Entscheidend ist dabei die Frage, warum der letztgenannte Zelltyp einen Teil der ursprünglichen Variabilität verliert. „Welche sind die kritischen genetischen Schalter für diese Veränderung und wie lassen sie sich bei adulten Stammzellen wieder aktivieren?“, formuliert der SFB-Sprecher zwei wichtige Fragen, mit denen sich die fünf Mitarbeiter des Teilprojekts beschäftigen. Neben der bereits bekannten Rolle von Bindegewebszellen, welche die Vermehrung blutbildender Stammzellen im Knochenmark begünstigen, verfolgen die Forscher weitere Ansätze. So spielen auch räumliche Bedingungen eine Rolle: etwa die Oberflächen, an denen diese Zellkulturen haften. Nicht nur in dieser Frage ist die Forschungsexpertise nichtmedizinischer Disziplinen gefragt.

Die entscheidenden Faktoren für die erfolgreiche Bewerbung um einen Sonderforschungsbereich sieht Prof. Ehninger vor allem in der guten Fokussierung des Themas und der bereits über Jahre funktionie-



renden Kooperation der Medizinischen Fakultät mit anderen in Dresden beheimateten Forschungsinstitutionen. So verwies der 2005er-Antrag auf bereits etablierte, über die Grenzen der Medizinischen Fakultät hinausgehende Doktoranden- und Brückengruppen. „Eine enge Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Molekulare Zellbiologie und Genetik, beispielsweise mit Prof. Wieland Huttner und Dr. Denis Courbeil, gibt es bereits seit vielen Jahren – im SFB 655 erreicht sie eine neue Dimension“, erklärt Prof. Ehninger. Hier arbeiten Wissenschaftler des Universitätsklinikums, der Medizinischen Fakultät sowie der Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, des Max-Planck-Instituts und des „Instituts für Polymerforschung Dresden – Max-Bergmann-Center für Biomaterialien“ eng zusammen.

Dass Dresden in der Grundlagenforschung zur regenerativen Medizin im bundesweiten Vergleich eine herausragende Position einnimmt, bestätigte auch der ebenfalls 2005 erfolgte Zuschlag für das DFG-Forschungszentrum für Regenerative Therapien Dresden (CRTD). In diesem über fünf Jahre mit insgesamt 7,5 Millionen Euro geförderten Zentrum ist die Zahl der an den Projekten beteiligten Fakultäten und Institutionen noch umfangreicher als beim SFB. Mit wenigen Ausnahmen sind die am Sonderforschungsbereich beteiligten Wissenschaftler mit eigenen Projekten auch im CRTD vertreten.



**1–2** Laboruntersuchungen an Zellkulturen

**3** Vom Elektronen-Rastermikroskop aufgenommene Blutbildende Zelle.

**4–5** Duohui Jing beim Pipettieren.

**6** Das Forscherteam: Nael Alakel, Duohui Jing, Katrin Müller, PD Dr. Rainer Orde-mann (v.l.n.r.)



Marianna Wiedmeier, Jörg Müller, Dagmar Wanitzek (v.l.n.r.):  
Geschäftsbereich Controlling

## **Der positive Trend des Vorjahres setzte sich auch 2006 fort.**

Mit einem sehr guten Gesamtergebnis schloss das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus das Geschäftsjahr ab.

Im vierten Geschäftsjahr in Folge weist das Universitätsklinikum ein positives Jahresergebnis aus. Diese Bilanz bestätigt den erfolgreichen Erneuerungskurs des Vorstands. Dazu gehört der inzwischen eingelöste Anspruch, auf betriebswirtschaftlicher Ebene für eine größtmögliche Transparenz zu sorgen. Erreicht wurde dies mit dem Aufbau eines Onlineportals für das interne Berichtswesen. Dadurch verfügt das Klinikum über ein hochwirksames Instrument zur Unternehmenssteuerung. Dank des Portals erhalten die einzelnen Kliniken zeitnah Einblick in alle leistungsrelevanten Leistungs-, Controlling- und Qualitätsdaten.

Gerade Bereiche, deren Entwicklungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht problematisch sind, können mit diesem neuen Instrument frühzeitig gegensteuern. Auch lassen sich durch die offene Kommunikation Leistungseinbrüche oder Qualitätsmängel sehr viel eher erkennen. Die wesentlichen Vorteile dieses Reportings beruhen auf dessen zentraler Koordination und Systempflege. Hierdurch sind einheitliche Berichtsstandards ebenso gesichert wie die ständige Verfügbarkeit der Daten. Diese Qualitäten tragen erheblich zu einer optimalen Recherche aktueller und früherer Daten bei.

Den organisatorischen Rahmen für das interne Berichtswesen bildet ein bereichsübergreifendes Lenkungsgremium, das aus den Leitern der Geschäfts- und Zentralbereiche des Klinikums sowie Repräsentanten der Kliniken und Institute besteht. Das Gremium verantwortet die strategische Ausrichtung des internen Berichtswesens sowie die Freigabe der von den Arbeitsgruppen eingereichten Berichte.

# Zahlen und Fakten

Der Jahresabschluss des Universitätsklinikums für das Geschäftsjahr 2006 wurde mit großem Engagement aller beteiligten Mitarbeiter zum 31. Dezember 2006 erstellt und termingerecht im Februar 2007 zur Hauptprüfung an die Wirtschaftsprüfer übergeben. Wie geplant konnte die Jahresabschlussprüfung Anfang April 2007 beendet und der Jahresabschlussbericht dem Aufsichtsrat in seiner Sitzung am 14. Juni 2007 präsentiert werden.

<b>Ausgewählte Positionen der Gewinn- und Verlustrechnung</b>		zum 31.12.2006
		TEUR
<b>Erträge</b>		<b>267.095</b>
davon Erlöse aus Krankenhausleistungen (inkl. vorläufiger Erlösausgleich für 2006)		196.458
Erlöse aus ambulanten Leistungen		22.397
Sonstige Erlöse/Erträge		48.240
<b>Aufwand</b>		<b>257.369</b>
davon Personalaufwand		154.255
Sachaufwand		97.307
Sonstiger Aufwand		5.807
<b>Betriebsergebnis vor investitionsbedingten Effekten</b>		<b>9.726</b>
investitionsbedingte Effekte, Finanzergebnis, Steuern		1.884
außerordentliche Zuführung zur Rückstellung Ablösung VBL		6.000
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>5.610</b>

## **Gesamtergebnis**

Auch im Geschäftsjahr 2006 konnte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus den Jahresabschluss wieder frühzeitig erstellen und das Ergebnis nochmals erheblich steigern. Das Gesamtergebnis weist einen Überschuss in Höhe von 5,6 Mio. Euro aus. Damit konnte das Vorjahresergebnis um 3,5 Mio. Euro verbessert werden.

# Zahlen und Fakten

---

## **Erträge**

Trotz verschärfter Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit den tariflichen Auseinandersetzungen und der Absenkung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes konnten aufgrund der positiven Leistungsentwicklung im Geschäftsjahr 2006 die Erlöse aus stationären Krankenhausleistungen gesteigert werden. Auch die ambulanten Erlöse stiegen gegenüber dem Vorjahr um rund 2,7 Mio. Euro.

Im Jahr 2006 wurde keine Haushaltssperre für das Universitätsklinikum ausgesprochen, sodass ein Zuschuss zum laufenden Aufwand für das Universitätsklinikum in Höhe von rund 10,9 Mio. Euro zur Verfügung stand.

## **Aufwand**

Der Personalaufwand stieg im Vergleich zum Vorjahr um 15,2 Mio. Euro. Der starke Anstieg ist hauptsächlich mit der Bildung von Rückstellungen sowohl für Ansprüche aus der Altersteilzeit als auch im Zusammenhang mit den neuen Tarifabschlüssen zu begründen.

Der Sachaufwand erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um ca. 3,6 Mio. Euro trotz überplanmäßiger Leistungssteigerung moderat und betrifft hauptsächlich den medizinischen Bedarf, die Aufwendungen für Wasser, Energie und Brennstoffe, den Verwaltungsbedarf sowie die Instandhaltung. Dieser Mehrbedarf konnte teilweise in anderen Kostenarten – zum Beispiel dem Wirtschaftsbedarf sowie Abgaben, Versicherungen und Steuern – kompensiert werden. Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen verringerten sich vorrangig aufgrund der Minderung der Erlösriskiken um 2,2 Mio. Euro und eines Rückganges der Wertberichtigungen in Höhe von 1,2 Mio. Euro, der aus dem deutlichen Forderungsabbau resultiert.

# Zahlen und Fakten

---

## Aktiva

### Anlagevermögen

Das Anlagevermögen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um insgesamt rund 10 Mio. Euro. Die wesentlichen Anlagenzugänge betreffen die Kinder- und Frauenklinik, die Augenklinik, das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum (DINZ) und die Zentrale Medienversorgung.

### Umlaufvermögen

Das Umlaufvermögen erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 20,7 Mio. Euro. Durch die Umsetzung des kontinuierlichen monatlichen Berichtswesens zum Forderungsbestand und die konsequente Weiterführung der intensiven Forderungsbeitreibung konnten die überfälligen Forderungen im Vergleich zum Vorjahr um 32 % gesenkt werden.

Trotz Leistungssteigerung in der Krankenversorgung verringerten sich die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zum Stichtag 31. Dezember 2006 um ca. 7,8 Mio. Euro.

## Passiva

### Eigenkapital

Die Bilanzierung von Kapitalrücklagen stellt ausschließlich das durch den Gewährträger finanzierte 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

Mit 44 Mio. Euro nehmen die Rückstellungen für Personalkosten den größten Anteil dieser Position ein. In den Personalarückstellungen sind unter anderem Rückstellungen für bestehende und zu erwartende Altersteilzeitvereinbarungen in Höhe von 28,6 Mio. Euro sowie eine außerordentliche Zuführung zur Rückstellung Ablösung VBL in Höhe von 6 Mio. Euro enthalten. Weitere Rückstellungen wurden unter anderem für Erlösrisiken, Instandhaltung sowie ausstehende Eingangsrechnungen für im Jahr 2006 erbrachte Leistungen gebildet.

### Verbindlichkeiten

Die Gesamtverbindlichkeiten sind im Berichtszeitraum gestiegen.

# Zahlen und Fakten

<b>Bilanz</b>		zum 31.12.2006
		TEUR
<b>AKTIVA</b>		
A. Anlagevermögen		405.752
B. Umlaufvermögen		142.336
C. Rechnungsabgrenzungsposten		24
<b>Summe Aktiva</b>		<b>548.112</b>
<b>PASSIVA</b>		
A. Eigenkapital		54.291
B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		398.603
C. Rückstellungen		66.224
D. Verbindlichkeiten		28.993
E. Rechnungsabgrenzungsposten		1
<b>Summe Passiva</b>		<b>548.112</b>

# Zahlen und Fakten

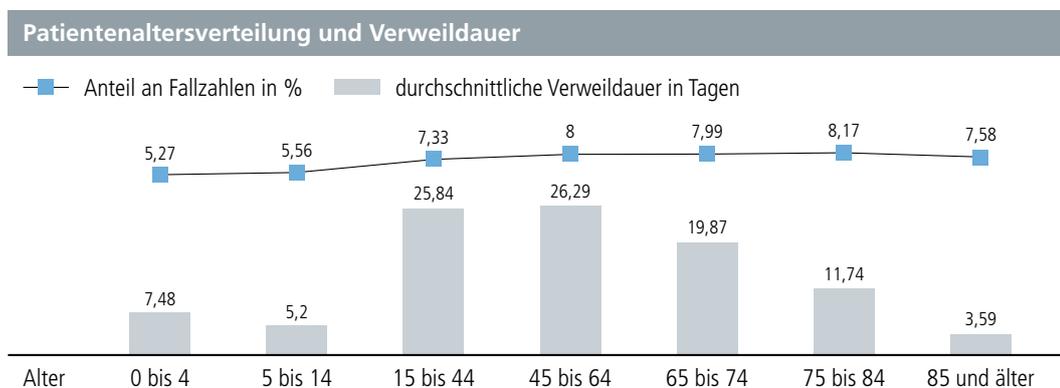
## DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Krankenhausleistungen im KHEntgG- und BPfIV-Bereich				
Vollstationärer Bereich			2005	2006
KH EntgG-Bereich	Planbetten	Anzahl	1.098	1.072
	Fälle Katalog DRG	Anzahl	45.482	45.540
	Durchschnittliche Fallschwere (Case-Mix-Index)		1,259	1,297
	Summe der Bewertungsrelationen (Case-Mix)		57.218	59.085
	Fallbezogene Entgelte <sup>1</sup>	Anzahl	285	366
	Berechnungstage	Anzahl	325.881	320.341
	Ø Verweildauer	Tage	7,12	6,98
BPfIV-Bereich	Planbetten (lt. KH-Plan)	Anzahl	140	140
	Berechnungstage	Anzahl	45.155	43.766
	Fälle	Anzahl	1.347	1.456
	Ø Verweildauer	Tage	33,54	30,07
Integrierte Versorgung	Planbetten	Anzahl	8	8
	Berechnungstage	Anzahl	1.276	1.338
	Fälle	Anzahl	118	122
	Ø Verweildauer	Tage	10,81	10,97
<b>UKD insgesamt</b>	<b>Planbetten (lt. KH-Plan)</b>	Anzahl	1.246	<b>1.220</b>
	<b>Berechnungstage</b>	Anzahl	372.312	<b>365.445</b>
	<b>Fälle <sup>2</sup></b>	Anzahl	47.232	<b>47.484</b>
	<b>Ø Verweildauer</b>	Tage	7,88	<b>7,7</b>
Tagesklinischer Bereich			2005	2006
KH EntgG-Bereich	Plätze	Anzahl	46	46
	Berechnungstage	Anzahl	5.870	8.476
	Fälle	Anzahl	4.475	4.989
	Ø Verweildauer	Tage	1,31	1,7
BPfIV-Bereich	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	65	70 <sup>6</sup>
	Berechnungstage	Anzahl	13.868	15.725
	Fälle	Anzahl	847	1.031
	Ø Verweildauer	Tage	16,38	15,25
Integrierte Versorgung <sup>3</sup>	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	19 <sup>7</sup>	14
	Berechnungstage	Anzahl	2.102	1.567
	Fälle	Anzahl	163	136
	Ø Verweildauer	Tage	12,9	11,52
<b>UKD insgesamt</b>	<b>Plätze (lt. KH-Plan)</b>	Anzahl	130	<b>130</b>
	<b>Berechnungstage</b>	Anzahl	21.840	<b>25.768</b>
	<b>Fälle</b>	Anzahl	5.485	<b>6.156</b>
	<b>Ø Verweildauer</b>	Tage	3,98	<b>4,19</b>

# Zahlen und Fakten

## DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Ausgewählte Leistungen der ambulanten Einrichtungen			
Ambulanter Bereich		2005	2006
Ambulante Fälle Pauschale <sup>4</sup> (KVS)	Anzahl	140.041	143.143
Einzelermächtigungen	Anzahl	3.735	5.015
Institutsermächtigungen (KVS)	Anzahl	6.691	7.144
Notfälle außerhalb der Sprechzeit (KVS)	Anzahl	14.764	14.953
Zytologie (KVS)	Anzahl	6.947	7.509
Ambulante Operationen	Anzahl	5.607	5.724
Ambulante Fälle – ZMK (KZVS)	Anzahl	26.893	26.895



Mitarbeiter			
		2005	2006
Vollkräfte (Jahresdurchschnitt) <sup>5</sup>	VK	3.511,20	3.564,90
Schüler der Medizinischen Berufsfachschule	Anzahl	455	457
darunter Physiotherapeuten	Anzahl	115	107
sonstige Auszubildende	Anzahl	72	76

	Zahlen zum Stichtag 01.12.2006 (WS 2006/07)				Gesamt
	Medizin	Zahnmedizin	Gesundheitswissenschaften Public Health	Medical Radiation Sciences	
Studierende gesamt	1.798	322	63	7	<b>2.190</b>
davon Studienanfänger	238	61	27		<b>326</b>
Absolventen	208	41	6		<b>255</b>

<sup>1</sup> Entspr. Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2006 Anl. 3).

<sup>2</sup> Ohne Wissenschaftspatienten und Patienten nach §3 Abs.4 BPfIV.

<sup>3</sup> Schmerzzentrum Inbetriebnahme ab 14.06.2004.

<sup>4</sup> Die Abrechnung erfolgt lt. Hochschulambulanzenvertrag §9 vom 17.04.2003.

<sup>5</sup> Ø Vollkräfte in den Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden tätig (inkl. durch die MF gestellten Personals).

<sup>6</sup> 2006 inkl. 5 Plätze Schmerztherapie außerhalb IV-Vertrag.

<sup>7</sup> Gesamtzahl der Plätze lt. KHPI. für die Schmerztherapie; ein

Teil der Leistungen wird außerhalb IV-Vertrag erbracht und ist 2005 unter dem tagesklinischen BPfIV-Bereich mit enthalten.

BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

KVS: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

KZVS: Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

MF: Medizinische Fakultät

VK: Vollkräfte

ZMK: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

# Zahlen und Fakten

## STATIONÄRE LEISTUNG

Nr.	Fachabteilung	aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	
		2005	2006	2005	2006
1	Anästhesiologie	13	13	96,0	95,7
2	Augenheilkunde	42	43	90,0	87,0
3	Dermatologie	41	42	42,0	88,0
4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	92	77	82,7	76,4
5	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	41	41	83,4	83,0
6	Intensivabteilung Chirurgische Kliniken	22	22	92,9	93,4
7	Intensivabteilung Medizinische Kliniken	12	12	95,8	93,9
8	Kinderchirurgie	33	31	70,5	69,6
9	Kinder- und Jugendmedizin	106	102	80,7	79,5
10	Neuropädiatrie	10	10	91,8	95,2
11	Zentrum für innere Medizin	12	12	83,0	82,0
12	Medizinische Klinik I	96	98	94,3	89,8
13	Medizinische Klinik III inkl. UGC	65	65	99,7	103,5
15	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	22	23	94,2	94,6
16	Neurochirurgie	44	44	89,9	93,5
17	Neurologie	58	59	89,0	86,8
18	Nuklearmedizin	18	18	79,5	71,6
19	Orthopädie	72	76	79,8	75,4
20	Strahlentherapie und Radioonkologie	28	28	86,7	92,4
21	Urologie	65	66	88,6	92,3
22	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	64	61	95,7	94,6
23	Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie inkl. UGC	110	92	77,9	74,7
	FA <sup>1</sup> -Summe inkl. Verlegungen	1.066	1.034	85,6	84,4
	<b>UKD (Entgeltbereich)</b>	<b>1.066</b>	<b>1.034</b>	<b>85,6</b>	<b>84,8</b>
1	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30	30	83,2	81,3
2	Psychotherapie und Psychosomatik	29	32	95,9	90,5
3	Psychiatrie und -psychotherapie	80	80	88,4	83,2
	<b>UKD (Bundespfllegesatzbereich)</b>	<b>139</b>	<b>142</b>	<b>88,8</b>	<b>84,4</b>
	<b>Integrierte Versorgung</b>				
	USC Schmerzzentrum	8	8	43,7	45,8
	<b>UKD Gesamt</b>	<b>1.213</b>	<b>1.184</b>	<b>85,7</b>	<b>84,5</b>
	Geburten in der Frauenklinik				

<sup>1</sup> Fachabteilung

# Zahlen und Fakten

belegte Betten		Berechnungstage		Fachabteilungsfälle (inkl. interne Verlegungen)		Verweildauer	
2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
12,5	12,4	4.554	4.540	964,0	955,5	4,72	4,75
37,8	37,4	13.800	13.745	5.040,5	5.234,0	2,74	2,63
37,7	37,0	10.771	10.475	2.113,5	2.093,5	5,01	5,00
76,1	58,8	23.393	21.473	3.816,5	3.334,0	6,13	6,44
34,2	34,0	12.478	12.419	2.902,0	3.021,5	4,30	4,11
20,4	20,5	7.458	7.497	1.502,0	1.337,5	4,97	5,61
11,5	11,3	4.198	4.113	770,0	733,0	5,45	5,61
23,3	21,6	8.491	7.903	1.627,5	1.612,5	5,22	4,90
85,5	81,1	31.219	29.559	4.559,0	4.293,0	6,85	6,89
9,2	9,5	3.350	3.476	1.036,5	983,0	3,23	3,54
10,0	9,8	3.634	3.590	3.016,0	3.381,5	1,20	1,06
90,5	88,0	33.009	32.248	3.021,5	2.944,5	10,92	10,95
64,9	66,8	23.206	24.567	2.286,5	2.398,0	10,15	10,24
20,7	21,8	7.566	7.883	1.110,0	1.094,5	6,82	7,20
39,6	41,1	14.435	15.022	1.504,0	1.575,0	9,60	9,54
51,6	51,2	18.844	18.548	2.766,0	2.838,5	6,81	6,53
14,3	12,9	5.226	4.704	1.410,0	1.504,0	3,71	3,13
57,5	57,3	20.940	20.966	2.354,5	2.513,0	8,89	8,34
24,3	25,9	8.860	9.445	575,5	602,0	15,40	15,69
57,6	60,9	21.017	22.176	3.817,0	4.148,5	5,51	5,35
61,2	57,7	22.363	20.954	2.898,5	3.010,5	7,72	6,96
86,1	68,4	27.069	25.038	3.960,0	3.594,5	6,84	6,97
926,4	885,4	325.881	320.341	52.537,0	52.824,0	6,20	6,06
<b>926,4</b>	<b>885,4</b>	<b>325.881</b>	<b>320.341</b>	<b>45.767</b>	<b>45.906</b>	<b>7,12</b>	<b>6,96</b>
25,0	24,4	9.107	8.899	205,5	220,0	44,32	40,45
27,8	29,0	10.234	10.575	219,0	251,0	46,73	42,13
70,7	66,6	25.814	24.292	922,0	984,5	28,00	24,67
<b>123,5</b>	<b>119,9</b>	<b>45.155</b>	<b>43.766</b>	<b>1.347</b>	<b>1.456</b>	<b>33,54</b>	<b>30,07</b>
3,5	3,7	1.276	1.338	118,0	122,0	10,81	10,97
<b>1.053,3</b>	<b>1.009,0</b>	<b>372.312</b>	<b>365.445</b>	<b>47.236</b>	<b>47.484</b>	<b>7,88</b>	<b>7,70</b>
		4.298	4.198	1.530	1.459		

# Zahlen und Fakten

## 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	
	2005	2006
Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7.096	7.030
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Chirurgischer Notdienst Ambulanz 30a	624	995
Poliklinik für Zahnerhaltung	5.413	5.751
Bereich Parodontologie	4.144	3.930
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik	6.609	6.016
Poliklinik für Kieferorthopädie	3.734	4.264
Abteilung Kinderzahnheilkunde	3.564	3.463
<b>Zahnärztlich behandelte Patienten</b>	<b>26.893</b>	<b>26.895</b>
davon zahnärztliche Notfälle außerhalb der Sprechzeit	6.615	6.768

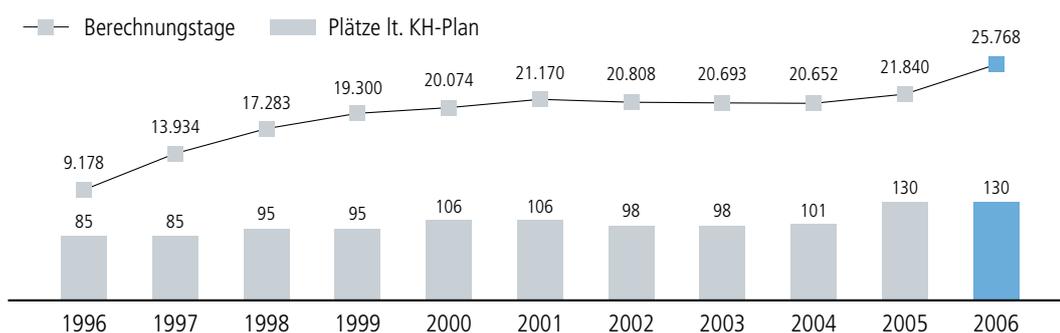
# Zahlen und Fakten

## TAGESKLINIKEN

Fachabteilung	Plätze		Berechnungs- tage		Fälle		Verweildauer	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Dermatologie	4	4	248	265	218,0	252,0	1,14	1,05
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde <sup>1</sup>	5	5	129	1.398	57,0	298,0	2,26	4,69
Urologie <sup>1</sup>	7	7	154	627	157,0	409,0	0,98	1,53
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	3	222	518	232,0	374,0	0,96	1,39
Kinderchirurgie	2	2	308	302	272,0	236,0	1,13	1,28
Kinder- und Jugendmedizin	6	6	972	1.040	971,5	889,0	1,00	1,17
Neurologie ab 01.06.2006				72		53,0		1,36
Medizinische Klinik und Poliklinik I	13	13	2.729	2.976	2.332,0	2.233,0	1,17	1,33
Medizinische Klinik und Poliklinik III	4	4	914	1.078	145,0	162,0	6,30	6,65
Strahlentherapie und Radioonkologie	2	2	194	200	90,5	83,0	2,14	2,41
<b>FA-SUMME</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>5.870</b>	<b>8.476</b>	<b>4.475,0</b>	<b>4.989,0</b>	<b>1,31</b>	<b>1,70</b>
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	20	3.560	3.594	212,5	225,0	16,75	15,97
Psychotherapie und Psychosomatik	20	20	4.518	4.968	462,0	475,0	9,78	10,46
Psychiatrie und Psychotherapie	25	25	5.594	5.948	161,5	238,0	34,64	24,99
USC-TK2 <sup>1</sup>		5	196	1.215	10,5	93,0	18,67	13,06
<b>FA-SUMME</b>	<b>65</b>	<b>70</b>	<b>13.868</b>	<b>15.725</b>	<b>846,5</b>	<b>1.031,0</b>	<b>16,38</b>	<b>15,25</b>
Integrierte Versorgung								
SchmerzCentrum	19	14	2.102	1.567	163,0	136,0	12,90	11,52
<b>UKD gesamt</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>21.840</b>	<b>25.768</b>	<b>5.484,5</b>	<b>6.156,0</b>	<b>3,98</b>	<b>4,19</b>

<sup>1</sup> Tageskliniken nahmen ihre Tätigkeit zum 1. September 2005 auf.

## Entwicklung





# Jahresrückblick

Die Erweiterung des Angebotspektrums, der Aufbau neuer Kooperationen und die Zertifizierung der Leistungen waren die bestimmenden Themen des Jahres 2006. Damit realisierte das Klinikum einen weiteren Schritt zur systematischen und flächendeckenden Erneuerung.

## JANUAR

### 1. Januar

Der Kooperationsvertrag zwischen dem Universitätsklinikum und den Elblandkliniken Meißen/Radebeul trat in Kraft. Die Augenklinik des Klinikums unterstützt seitdem das kommunale Krankenhaus dabei, sein Behandlungsspektrum in der Augenheilkunde weiter auszubauen.



## FEBRUAR



### 15. Februar

Am bundesweiten „Tag der Gesundheitsforschung“ traten mehr als 500 Interessierte im Foyer des Kinder- und Frauenzentrums eine beeindruckende Reise in die „Welt im Gehirn“ an. Neurologen, Radiologen, Neurochirurgen, Psychologen und Anästhesisten vermittelten hierzu den aktuellen Erkenntnisstand in der Forschung und Krankenversorgung.

### 31. Januar

Das Universitätsklinikum wurde in den Einkaufsverbund „Unico“ aufgenommen, in dem sich zurzeit elf deutsche Uniklinika zusammengeschlossen haben. Ziel des modernen Einkaufsverbundes ist es, gemeinsam bessere Konditionen bei den Lieferfirmen auszuhandeln und den Markt vor allem für Verbrauchsmaterialien gemeinsam zu erkunden. Wichtiges Arbeitsmittel des Verbundes ist ein E-Procurement-System. Das Klinikum erwartet sich von der Mitgliedschaft Einsparungen in sechs- bis siebenstelliger Höhe.

## MÄRZ

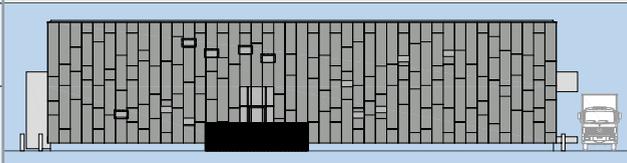
### 3. März

In der Klinik und Poliklinik für Urologie wurde erstmals das „da Vinci“-Operationssystem eingesetzt. Es unterstützt die Chirurgen bei minimalinvasiven Eingriffen an der Prostata. Eine Elektronik übersetzt die Bewegungen des Operateurs und erhöht die Präzision bei der Operation.



### 22. März

In der Ausstellung „Perspektiven der Hochschulmedizin in Dresden“ präsentierten Klinikum und Fakultät künftige Bauvorhaben auf dem Campus. Für sechs Wochen wurden zahlreiche Projekte des ambitionierten Neubauprogramms präsentiert – unter anderem das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum, das Versorgungszentrum und die Zentralküche.



### 7. März

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus erhielt die Zertifizierungsurkunde für ein Qualitätsmanagementsystem, das die Leistungen der Lehre definiert und überwacht. Die Fakultät ist damit die erste Einrichtung dieser Art in Deutschland, welche ihre Medizinerausbildung nach der Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2000 wirkungsvoll absichert.

### 30. März

Das Universitätsklinikum schloss mit Krankenkassen den bundesweit ersten Vertrag zur häuslichen Betreuung schwerkranker Kinder. Damit wurde die Finanzierung des vom Klinikum und dem Verein „Sonnenstrahl e.V.“ initiierten Brückenprojekts dauerhaft gesichert. Die Übergabe der Vertragsdokumente erfolgte im Beisein der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz.

# Jahresrückblick

## APRIL

### 3. April

Zum dritten Mal veranstalteten Dresdner Medizinstudenten im Klinikum ein „Teddykrankenhaus“. 1.600 Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren kamen an drei Tagen ins Kinder- und Frauenzentrum, um ihre Kuscheltiere behandeln zu lassen. Auf spielerische Weise gewannen die Kinder einen Einblick in den Klinikalltag und verloren so die Angst vor einem Krankenhausaufenthalt.

## MAI

### 8. Mai

Der Marburger Bund rief alle nicht verbeamteten Ärztinnen und Ärzte, die über die Medizinische Fakultät der TU Dresden beim Freistaat Sachsen angestellt sind, zum Streik auf. Aufgrund der geringen Beteiligung an den ostdeutschen Klinika wirkte sich der Ausstand auch in Dresden weitaus geringer auf die Krankenversorgung aus als in anderen Bundesländern.

### 18. Mai

Klinikum, Feuerwehr und Polizei übten gemeinsam den Notfall. Ein simulierter Brand war Auslöser für die Evakuierung einer komplett mit Statisten belegten Station. Ort des Notfalls war die ehemalige, bereits leergezogene Chirurgische Klinik. Einen Tag später stand die Arbeit des internen Krisenstabs auf dem Prüfstand. Als Anlass nahmen die Organisatoren eine fiktive Bombendrohung.



### 3. Mai

Der Betriebsärztliche Dienst des Klinikums erhielt das Gütesiegel der Gesellschaft für Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH (GQB). Das national und international anerkannte Siegel wurde ohne Einschränkungen für drei Jahre vergeben.

### 19. Mai

Das Riech- und Schmeckzentrum des Uniklinikums bezog neue Räume in der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Damit steht den Ärzten und Wissenschaftlern nunmehr eine komplette Etage mit Labors und Büros zur Verfügung. Die Spezialisten arbeiten daran, weitgehend unbekannte Prozesse bei Empfindungen von Nase, Mund und Rachen zu entschlüsseln und neue Therapieformen zu entwickeln. In dem Zentrum werden zudem zahlreiche Patienten mit Riech- und Schmeckstörungen behandelt.

### 13. Mai

Das Universitäts GefäßCentrum arbeitet als erstes Zentrum seiner Art nach der internationalen Qualitätsnorm DIN ISO EN 9001:2000. Prof. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, überreichte dem Direktor des GefäßCentrums, Prof. Sebastian Schellong, auf einer Gefäß-Fachtagung die Zertifizierungsurkunde.

# Jahresrückblick

## JUNI

### 19. Juni

Die Einigung über einen Länder-Tarifvertrag für Krankenhausärzte nahm der Vorstand des Universitätsklinikums mit Erleichterung auf. Durch die Einigung am Verhandlungstisch kehrten die bisher streikenden Ärzte am darauf folgenden Tag an ihre Arbeitsplätze zurück, so dass die Kapazitäten des Klinikums wieder voll ausgelastet werden konnten. Die Mehrkosten für den Tarifabschluss belaufen sich für das Klinikum auf voraussichtlich sechs Millionen Euro pro Jahr.

### 21. Juni

Gesundheitspolitischer Abend am Klinikum: Zum Thema „Private Finanzierung von Investitionen in der Hochschulmedizin“ referierte Manuel Wessig, Aufsichtsratsvorsitzender der Seven Sages AG, Frankfurt am Main.



## JULI

### 1. Juli

Das Klinikum erweiterte sein ambulantes Angebot mit einer Chirurgischen Praxis im Medizinischen Versorgungszentrum. Zwei Fachärztinnen für Chirurgie ergänzen seitdem das hausärztlich-internistische Profil des Versorgungszentrums, das 2005 mit drei Ärzten startete, die allgemeinmedizinische, internistisch-hausärztliche sowie laborfachärztliche Leistungen anbieten.



### 21. Juni

Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin weihte einen auch für Neugeborene und Kleinkinder in vollem Umfang nutzbaren Magnetresonanztomographen (MRT) offiziell ein. Damit vervollständigte das Universitätsklinikum die breite Palette der modernen Diagnostik für die jüngsten Patienten. Die Hälfte der Einbaukosten für das rund zwei Millionen Euro teure Gerät übernahm die „Dresdner Kinderhilfe e.V.“. Damit sicherte der Verein den Eigenanteil des Klinikums an der Finanzierung des MRT ab.

### 30. Juni

Das Universitätsklinikum unterstützt die Medizinische Fakultät bei der Ausgestaltung der „Langen Nacht der Wissenschaft“. Erstmals werden die Ausstellungen und Angebote der Fakultät durch verschiedene Stationen in den Kliniken ergänzt.

### 29. Juni

Auch 2006 bereicherte die Reihe „Jazz im Uniklinikum“ das kulturelle Leben auf dem Campus. Bei insgesamt vier Konzerten traten neben Joe Wulf, Günter Hörig und Charly Antolini die beiden Gruppen Bayon und Stern Meißen auf. Das Doppelkonzert fand im Juni als erste Veranstaltung dieser Art auf dem Dach des Parkhauses statt.

# Jahresrückblick

## AUGUST

### 1. August

Im renovierten Erdgeschoss von Haus 28 des Universitätsklinikums nahm der zahnärztliche Notfalldienst der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS) den Betrieb auf. Im Auftrag der KZVS betreuen Zahnmediziner des Klinikums die Patienten nachts sowie an den Wochenenden und Feiertagen. Die Einrichtung im Erdgeschoss verfügt unter anderem über zwei Behandlungsplätze, ein digitales Röntgengerät, einen neu ausgestatteten Wartebereich und eine separate Patientenaufnahme.

## SEPTEMBER

### 1. September

118 junge Leute starteten ihre Ausbildung am Klinikum. Mit insgesamt mehr als 500 Schülern und Lehrlingen in den verschiedenen Jahrgängen zählt das Universitätsklinikum zu den größten Ausbildungsbetrieben der Region. Das Lehrangebot für Abgänger der Regelschulen umfasst acht verschiedene Berufsbilder.



### 17. Juli

Das Universitätsklinikum nahm eine Kooperation mit dem Masaryk-Krankenhaus sowie zwei Schwes-ternschulen in Usti nad Labem auf. Damit wurden bereits bestehende Kontakte im Rahmen eines zweijährigen, EU-geförderten Projektes intensi- viert. Inhalt ist ein gegenseitiger Erfahrungsaus- tausch auf verschiedenen Gebieten der Kranken- versorgung, Verwaltung und Ausbildung. Weiterer Partner des Netzwerkes auf deutscher Seite ist die Landesrettungsschule in Riesa.

### 5. August

Das Parkhaus des Uniklinikums wurde für einen Tag zum Austragungsort für einen sportlichen Wettkampf. Das vom Klinikum mitorganisierte Laufereignis fand in Gedenken des Dresdner Sportlers Thomas Schiebel statt, der den Parkhaus-Marathon 2005 ins Leben gerufen hatte. Ein Teil des Wettkampferlöses kam wie bereits im Vorjahr der Krebsforschung am Universitäts- klinikum zugute.

### 1. September

Bild links: Das Universitätsklinikum übernahm die Sterilisation aller Instrumente für das Herzzentrum Dres- den GmbH. Bis zum Jahresende wurde die Zentralsterili- sation des Klinikums erweitert, um in dieser Einrichtung das komplette Instrumentarium des Herzzentrums steri- lisieren zu können.

Drei neu berufene Professoren nahmen am Universitäts- klinikum ihre Tätigkeit auf (v. l. n. r.): Prof. Leoni Kunz- Schughart (W-2-Professur für Tumorpathophysiologie am ZIK OncoRay), Prof. Stephan Miehke (W-2-Professur für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroentero- logie an der Medizinischen und Poliklinik Klinik I) und Christian Thiede (W-2-Professur für Molekulare Hämato- logie an der Medizinischen und Poliklinik Klinik I)

# Jahresrückblick

## 22. September

Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums und das Institut für Radiopharmazie am Forschungszentrum Rossendorf feierten gemeinsam ihr 50-jähriges Bestehen. Im Rahmen des „Dresdner Symposiums Radionuklidtherapie“ gaben die Ärzte und Wissenschaftler eine Bestandsaufnahme der Einrichtungen und diskutierten die Möglichkeiten der Therapie von Krebs und Lymphknotenvergrößerungen mit offenen Radionukliden.

## OKTOBER

## 24. September

Bei der 1.000sten Entbindung des Jahres am Klinikum kam Greta als Sonntagskind zur Welt.

## 5. Oktober

Die Dresdner Bevölkerung zeigte großes Interesse am Tag der offenen Tür des Epilepsiechirurgischen Zentrums des Klinikums. Seit 2005 wurden bereits 19 Epilepsie-Patienten erfolgreich in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie operiert.



## 4. September

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, weihte das neue Domizil des „Medizinischen Versorgungszentrums am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus GmbH“ (MVZ) ein. Patienten und externe Krankenhäuser hatten das Leistungsangebot des 2005 gegründeten Zentrums sehr gut angenommen. Allein im ersten Halbjahr 2006 erbrachte das MVZ ärztliche Leistungen in Höhe von mehr als einer halben Million Euro. Um das Behandlungsangebot weiter auszubauen, wird das bisher von der Medizinischen Klinik III genutzte Haus 6 des Klinikums schrittweise zu einem modernen Ambulanzgebäude umgebaut.

## 27. Oktober

Das Universitätsklinikum war Gastgeber des vom sächsischen Sozialministerium veranstalteten 1. Familienforums. Vertreter von Interessenverbänden, Presse und Eltern diskutierten gemeinsam über Themen wie „Familie und Gesundheit“, „Familienbildung in Kita und Schule“ sowie „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“.

## 1. Oktober

Mit Prof. Norbert Krämer übernahm ein ausgewiesener Prophylaxe-Experte die Professur für Kinderzahnheilkunde am Universitätsklinikum. Der Arzt und Wissenschaftler sucht unter anderem nach Wegen, die Zunahme von Karies bei Kindern und Jugendlichen zu stoppen.

# Jahresrückblick

## NOVEMBER

### 18. November

Der Klinikumsvorstand und die Gewerkschaft ver.di vereinbarten ein Eckpunktepapier für einen zukunftssichernden Haustarif. Die Übereinkunft soll bis Ende 2012 gelten und orientiert sich weitestgehend am TV-L – dem neuen Tarifvertrag für die Angestellten der Länder. Allein für das erste Jahr des neuen Haustarifs rechnet das Universitätsklinikum mit Mehrkosten von etwa 3,5 Millionen Euro. Zum Vertrag gehören auch richtungsweisende Leistungen wie ein Jobticket und eine kapitalgedeckte Betriebsrente.

### 21. November

Nach eineinhalbjährigem Um- und Ausbau weihte der Sächsische Staatsminister für Finanzen, Dr. Horst Metz, das neue Gebäude der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde in einer Feierstunde offiziell ein. Der Freistaat investierte rund acht Millionen Euro in das Gebäude, das Klinikum leistete einen Eigenanteil von gut zwei Millionen Euro. Die mit einem neu errichteten, hochmodernen OP-Trakt ausgestattete Klinik verfügt über fünf Operationssäle und zwei Stationen mit insgesamt 43 Betten, die auf die besonderen Bedürfnisse der oft mobilen Patienten ausgerichtet sind. Vor dem Umbau war in dem Haus die Frauenklinik des Universitätsklinikums untergebracht.



### 25. November

Nach mehrjähriger Pause maßen sich die Mitarbeiter einzelner Verwaltungsbe- reich und Kliniken sowie des Dresdner Herzzentrums wieder in einem Hallenfußballturnier. In der Dresdner Soccer-Arena trafen 17 Teams aufeinander.

### 28. November

Der Klinikumsvorstand sowie die Geschäftsführer der Dienstleistungsunternehmen unterzeichneten in einer Feierstunde die Verträge zur Gebäudereinigung. Die Leistungen im Umfang von sieben Millionen Euro netto waren zuvor europaweit ausgeschrieben worden. Zwei in der Region ansässige Unternehmen erhielten für drei Jahre den Zuschlag für die auf vier Lose aufgeteilten Leistungen. Es besteht eine Verlängerungsoption für zwei weitere Jahre.

### 22. und 23. November

Die Vorstände des University Medical Centre Groningen sowie des St. James's Hospital Dublin besuchten das Universitätsklinikum zu einem Erfahrungsaustausch. Sie gehören dem europaweiten AMiCE-Netzwerk, einem Zusammenschluss namhafter Universitätsmedizinstandorte aus Großbritannien, den Niederlanden, Belgien, Irland, Österreich und der Schweiz an. Das Universitätsklinikum ist 2006 als erste deutsche Einrichtung in dieses Netzwerk aufgenommen worden.

## DEZEMBER

### 3. Dezember

Mit einer Adventsvesper, an der unter anderem der Bischof des Bistums Dresden-Meißen, Joachim Reinelt, und der evangelische Landesbischof Jochen Bohl teilnahmen, wurde das fünfjährige Bestehen des Seelsorgezentrums am Universitätsklinikum gefeiert. Das Haus entwickelte sich binnen kürzester Zeit zum Anlaufpunkt für Menschen, die Trost und Zuversicht in der Stille des Kirchenraums oder im Gespräch mit den Seelsorgern suchen. Es ist aber auch ein Ort, an dem Konzerte ebenso stattfinden, wie Vorträge und Diskussionsabende, Dichterlesungen und Kunstausstellungen.



### 23. Dezember

Im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) wurde ein Sterilisationsbereich in Betrieb genommen. Damit lassen sich in Haus 28 erstmals alle dort benötigten Instrumente komplett an einem zentralen Ort aufbereiten. Mit der Fertigstellung des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums sollen alle dort genutzten Instrumente ebenfalls im Kellergeschoss des ZMK gesäubert und sterilisiert werden.



### 1. Dezember

Prof. Florian Gunzer übernahm die W-2-Professur für Medizinische Mikrobiologie am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus. Gleichzeitig wurde Prof. Gunzer zum Stellvertreter des Institutsdirektors Prof. Enno Jacobs ernannt.

### 31. Dezember

Bei 1.371 Geburten kamen 2006 im Klinikum 1.443 Kinder zur Welt. In der Geburtenstatistik überholten die Mädchen erstmals die Jungen. In der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus kamen 724 weibliche und 719 männliche Babys zur Welt. 2005 dagegen hatte es noch einen deutlichen Jungenüberschuss gegeben.

## **Qualitätsmanagement konsequent weiterentwickelt.**

Im Mittelpunkt stehen Zertifizierungen sowie das Erfassen und Bewerten von Qualitätsindikatoren. Weitere Themen sind die Patienten- und Einweiserzufriedenheit, das Risikomanagement sowie die Patientensicherheit.

Der vom Gesetzgeber für das Berichtsjahr 2004 erstmals geforderte Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V konnte das vordergründige Ziel, Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung zu informieren, erwartungsgemäß nicht erreichen. Demzufolge hat sich das Klinikum erneut zur Aufgabe gemacht, den vorliegenden Jahresbericht dafür zu nutzen, interessante und verständliche Informationen zur tatsächlichen Qualität der im Klinikum erbrachten Leistungen zu veröffentlichen.

Der an dieser Stelle abgedruckte Qualitätsbericht ist Ausdruck der grundsätzlichen Strategie und Politik des Klinikumsvorstandes, die Daten und Fakten des Jahres 2006 so auszuwählen und aufzubereiten, dass sie den unmittelbaren Vergleich zu den Veröffentlichungen der vorangegangenen vier Jahre zulassen. Das Themenspektrum umfasst unter anderem die für das Qualitätsmanagement notwendigen Strukturen, die vom zuständigen Zentralbereich betreuten Projekte und Aktivitäten der Kliniken und Institute sowie das Erfassen und Bewerten ausgewählter Qualitätsindikatoren und die daraus abzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen. „Eine Berichterstattung ohne Gewinn und Nutzen für den Leser ist für beide Seiten, auch für diejenigen, die den Bericht erstellen, unbefriedigend, demotivierend und insofern abzulehnen“, so der Medizinische Vorstand, Prof. Michael Albrecht.

Die folgende Darstellung des Qualitätsberichtes greift demzufolge zwar die Überschriften aus der gesetzlich vorgegebenen und überarbeiteten Vorlage zum Themenschwerpunkt „Qualitätsmanagement“ auf, füllt diese jedoch zusätzlich mit verständlichem Inhalt und Leben.

# Qualitätsbericht

---

Die Qualität im Krankenhaus wird prinzipiell nicht durch eine eigene zentrale Abteilung erbracht, sondern vor Ort durch jeden einzelnen Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen. Demzufolge wird diese Leistung neben den ökonomischen Kennzahlen und innovativen Projekten aus Forschung und Lehre auch im Jahresbericht des Universitätsklinikums veröffentlicht. Eine gesonderte Darstellung in einem eigenen Qualitätsbericht sieht der Klinikumsvorstand als nicht ausreichend an und die zahlreichen internen und externen positiven Rückmeldungen bestätigen das Konzept der vergangenen vier Jahre. Unabhängig davon hat das Universitätsklinikum natürlich auch die gesetzgeberische Vorgabe eines zu veröffentlichenden Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V zu erfüllen. Dieser wurde erstmals im Jahre 2005 auf den Internetseiten der Krankenkassen veröffentlicht und bezog sich vornehmlich auf Struktur- und Leistungsdaten des Jahres 2004. Damit wurde das vordergründige Ziel, Versicherten und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung Informationen und Entscheidungshilfen zur Verfügung zu stellen, allerdings erwartungsgemäß nicht erreicht. Und auch die „Neuaufgabe“ verspricht kaum Besserung. So müssen alle deutschen Krankenhäuser erneut vornehmlich über ihre Strukturen beziehungsweise Leistungen im Jahr 2006 berichten, die auf den Internetseiten der Krankenkassen als leseunfreundliche Datei ohne Suchfunktion abrufbar sein werden.

## Qualitätspolitik

Bereits seit dem Jahr 2002 verfügt das Universitätsklinikum gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät über ein Leitbild, dessen Werte in neun Thesen zusammengefasst sind. Im Jahr 2006 wurde der Bedarf nach einem kurzen überschaubaren Text über die wesentlichen gemeinsamen Ziele als knappe, präzise gefasste Kurzversion sowohl vom Klinikumsvorstand als auch vom Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Heinz Reichmann, erkannt. Diese sollte im Klinikum – zum Beispiel gleich am Haupteingang – für die verschiedenen Zielgruppen und Adressaten gut sichtbar präsentiert werden. Das Ergebnis des gemeinsamen Abstimmungsprozesses ist ein Beschluss des Vorstandes und des Dekanatskollegiums mit folgendem Inhalt:

**Das Universitätsklinikum Dresden und die Medizinische Fakultät bilden eine gemeinsame Institution. Sie sind zu Exzellenz in der Hochleistungsmedizin, der medizinischen Forschung und Lehre sowie der Gesundheitsdienstleistung für die Patienten der gesamten Region verpflichtet. Unser Ziel ist es, ein international hervorragendes akademisches, medizinisches Zentrum mit starker Ausstrahlungskraft zu sein. Dies wird mit hochqualifizierten, engagierten Mitarbeitern und einer hervorragenden Ausstattung erreicht.**

## Qualitätsziele

Es ist bereits eine gute Tradition, an dieser Stelle die Qualitätsziele des Universitätsklinikums in Form der jährlich vom Klinikumsvorstand beschlossenen Qualitätsentwicklungspläne zu veröffentlichen. Diese übersetzen die Qualitätspolitik in konkrete verbindliche Maßnahmen oder Projekte als expliziter Auftrag an die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement und deren Mitarbeiter.

# Qualitätsbericht

---

## Der Qualitätsentwicklungsplan 2006

Der Qualitätsentwicklungsplan setzt im Jahr 2006 die bisherige Strategie des Vorstandes kontinuierlich fort. Schwerpunkte sind neben ausgewählten Zertifizierungsverfahren, die Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren mit der Ableitung entsprechender Maßnahmen zur Verbesserung. Hierzu gehören ebenso weiche Faktoren wie die Zufriedenheit der Einweiser und Patienten. Auch Patientensicherheit und Risikomanagement bilden weitere Themenschwerpunkte des Qualitätsentwicklungsplanes 2006. Folgende konkreten Maßnahmen wurden vereinbart:

### – Zertifizierungsbereiche und Konsequenzen aus den laufenden Verfahren:

- Zertifizierung der Klinikapotheke des Universitätsklinikums,
- erneute Selbstbewertung nach KTQ in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie auf Grundlage der neuen Version des KTQ-Katalogs 5.0 mit anschließender Fremdbewertung,
- Übertragung der verschiedenen Managementhandbücher der zertifizierten Zentren, Kliniken und Institute in ein zentrales Dokumentationssystem zur klinikumsweiten Nutzung und Weiterentwicklung,
- Ableitung von Konsequenzen aus den zertifizierten Bereichen in allen operativen Fächern durch Implementierung eines internen Auditsystems auf der Grundlage des Peer-Review-Verfahrens (Fachkollegen überprüfen Fachkollegen).

### – Konsequente Weiterentwicklung der Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den verschiedenen Systemen mit Aufbau eines internen Berichtswesens, welches quartalsweise gemeinsam mit Finanz- und Controllingdaten dem Vorstand und den Klinik- und Institutsdirektoren zur Verfügung gestellt wird.

### – Durchführung und Auswertung einer Einweiser- und Patientenbefragung mit Ableitung von Maßnahmen für das Gesamtklinikum.

### – Umsetzung der Anforderungen an die externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V insbesondere hinsichtlich der neuen Anforderungen an die Dokumentation der Nierentransplantation/Nierenlebendspende, an die Datenvalidierung sowie auch die Auswertung von Auffälligkeiten.

### – Weiterentwicklung des Risikomanagementsystems im UKD hinsichtlich der Themen:

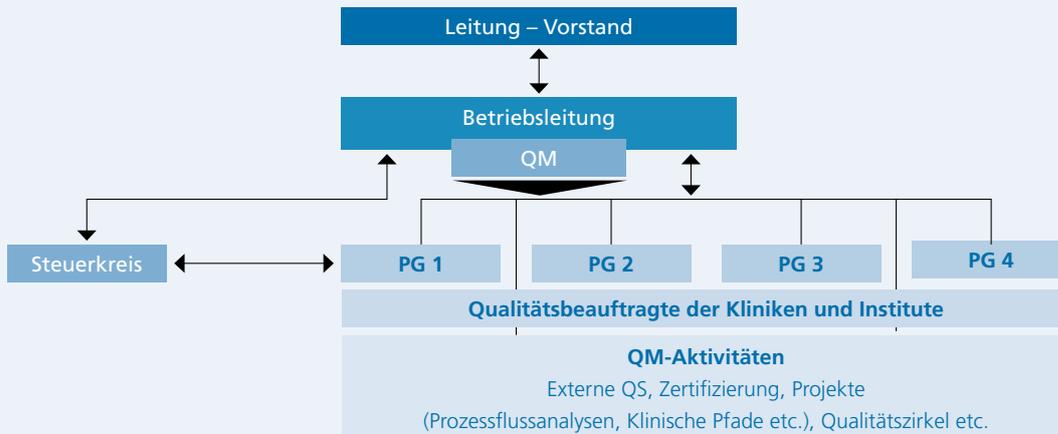
- Patienten- und Seitenverwechslung im UKD,
- Einführung von Fehlermeldesystemen in ausgewählten Kliniken,
- Etablierung eines Erfahrungsaustausches dezentraler Aktivitäten mit Ableitung zentraler Aufgabenschwerpunkte für das UKD.

## Aufbau des internen Qualitätsmanagementsystems

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe und muss von der Leitung verantwortlich wahrgenommen und vorgelebt werden. Dieses Grundprinzip besteht seit der Einführung des Qualitätsmanagementsystems im Jahr 2000 im Universitätsklinikum. Demzufolge ist die Leiterin Qualitätsmanagement stimmberechtigtes Mitglied in der Betriebsleitung, die gemeinsam mit dem Klinikumsvorstand, einem Vertreter der Klinikdirektoren, der Leiterin des Geschäftsbereiches Personal und einem Vertreter der Medizinischen Fakultät Beschlüsse zu qualitätsrelevanten Fragen, Projekten und Aktivitäten trifft. Damit wird die Umsetzung beschlossener Themen im Interesse des Gesamtklinikums sichergestellt und der Ressourcenaufwand festgelegt.

# Qualitätsbericht

## Funktionsweise Qualitätsmanagement



Das Forum der inhaltlichen Diskussion ist der Steuerkreis, der interdisziplinär mit Ärzten aus verschiedenen Kliniken und von verschiedenen Fachgebieten, Mitarbeitern der Pflege und der Verwaltung auf hoher Hierarchieebene zusammengesetzt ist. Dort findet die inhaltliche Diskussion der Themen des Qualitätsentwicklungsplanes und eigener Vorschläge statt, die als Empfehlung für den Vorstand aufbereitet werden. Die nächste Stufe der Kommunikation und Information sind die Qualitätsbeauftragten aus den Zentren, Kliniken, Instituten und Verwaltungsbereichen, die sich jedes Quartal zusammenfinden und einen vorher abgestimmten Themenplan abarbeiten.

Der Zentralbereich Qualitätsmanagement ist damit eine kleine, zentrale Einheit, die die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen im Universitätsklinikum in ihrem eigenen Arbeitsumfeld primär bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung unterstützt. Grundprinzip ist die Stärkung der Eigenverantwortung hinsichtlich der Leistungserbringung durch gezielte Beratung, methodische Unterstützung bis hin zur Begleitung von Projekten, Selbstbewertungs- beziehungsweise Zertifizierungsverfahren.

Einen wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkt bildete im Jahr 2006 die Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren als ein wesentliches Steuerungsinstrument. Dieser Stellenwert mit den damit verbundenen notwendigen Ressourcen wurde vom Klinikumsvorstand erkannt und der Zentralbereich Qualitätsmanagement durch eine weitere Mitarbeiterin gestärkt.

## Zentralbereich Qualitätsmanagement

Stand 2006



Die Einstellung der Mitarbeiterin mit dem Schwerpunkt „Indikatoren“ folgte einem übergreifenden Konzept des Geschäftsbereiches Personal zur Rekrutierung hochqualifizierter Mitarbeiter für das Gesamtklinikum. So erhielt die neue Mitarbeiterin Adrienne Steinwitz im Rahmen eines zwölfmonatigen Trainee-Programms am Universitätsklinikum eine Stelle im Zentralbereich Qualitätsmanagement. Vorher hatte sie ein vierjähriges Pflegemanagementstudium (Studienschwerpunkt Qualitätsmanagement) abgeschlossen. Zum damaligen Zeitpunkt und gemäß dem Auftrag aus dem Qualitätsentwicklungsplan wurde eine Möglichkeit gesucht, in einem ersten Schritt die Daten der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V intern auszuwerten und unterjährig den Kliniken zur Verfügung zu stellen. Damit begann die gezielte Beschäftigung mit der Thematik „Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen“ mit dem im folgenden Abschnitt dargestellten Aufbau einer eigenen Aufbereitungs- und Auswertungsroutine bis hin zur Etablierung eines internen Berichtswesens für Qualitätskennzahlen des Universitätsklinikums Dresden, auf das jeder Mitarbeiter im Klinikum Zugriff hat. Diese Aufgabe hat für die zunächst als Trainee eingestellte Mitarbeiterin zu einer festen Einstellung im Zentralbereich Qualitätsmanagement mit dem Schwerpunkt Indikatoren geführt und zudem das übergeordnete Konzept der Personalentwicklung bestätigt.

## Instrumente des Qualitätsmanagements

### **Arbeiten mit Qualitätskennzahlen am Beispiel der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V**

Das Grundprinzip des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung auf hohem Qualitätsniveau kann nur gelingen, wenn die Mitarbeiter selbst über die nach ihren Bedürfnissen entsprechend aufbereiteten Daten verfügen und in die Lage versetzt werden, diese auszuwerten, um gegebenenfalls Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Diese Vorgehensweise ist in allen zertifizierten Bereichen des Klinikums als Führungsprozess etabliert. Bezüglich der Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V wurde deshalb die Notwendigkeit einer zeitnahen und unterjährigen Rückmeldung an die Kliniken mit der Möglichkeit einer frühzeitigen Erkennung von Auffälligkeiten erkannt. Damit besteht die Chance, vor Abschluss des laufenden Berichtsjahres auf mögliche Fehler in der Dokumentation Einfluss zu nehmen (Dokumentationsqualität), Definitionsunklarheiten bezüglich der Indikatoren zu bereinigen, Trends oder Qualitätsdefizite zu erkennen und prospektiv Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Mit diesem Ziel wurde in Abstimmung mit den Kliniken für jedes Modul eine Übersicht über die tatsächlich „interessierenden“ Kennzahlen erarbeitet und vereinbart, diese – entsprechend aufbereitet – quartalsweise als Grundlage einer Bewertung im Intranet zur Verfügung zu stellen. Die Daten sind in dieser Form selbstverständlich verschlüsselt, so dass keine patientenbezogenen Daten veröffentlicht werden. Klinikintern kann mit entsprechender Berechtigung und Nachfrage im Zentralbereich Qualitätsmanagement eine Rückkopplung zur Fallnummer erfolgen. Weiterhin wird halb- und ganzjährig für ausgewählte Module eine Übersicht zu den Qualitätsindikatoren erstellt, welche mit den Rechenregeln der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) berechnet werden. Die Ergebnisse werden den Referenzbereichen der BQS, den Vorjahresergebnissen und den landesweiten Werten des Vorjahres gegenübergestellt. Ein einfaches Ampelsystem ermöglicht die Einschätzung, das heißt Bewertung der Ergebnisse, wie folgt auf einen Blick:

# Qualitätsbericht

## AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE

Indikator	Wert 2006	Zähler	GG	Referenzbereich	Wert 2005	Wert Sachsen
 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (68123) Anteil Patienten, erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden an allen Patienten.	95,00%	114	120	1	91,00%	79,10 %
 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (68895) Anteil Patienten, erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden an allen Patienten, die nicht aus einem anderen KH aufgenommen wurden.	94,74%	108	114	Nicht definiert	91,20%	79,00 %
 Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (69908) Anteil Patienten, erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden an allen Patienten, die aus einem anderen KH aufgenommen wurden.	100,00%	6	6	Nicht definiert	87,50%	83,20 %
 Antimikrobielle Therapie (68897) Anteil von Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden an allen Patienten, die nicht aus einem anderen KH aufgenommen wurden.	85,96%	98	114	$\geq 76,1\%$	84,00%	83,40 %
 Frühmobilisation (69913) Anteil von Patienten mit Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme an allen Patienten der Risikoklasse 1, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind.	95,83%	23	24	$\geq 67,7\%$	91,30%	85,40 %
 Frühmobilisation (69915) Anteil von Patienten mit Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme an allen Patienten der Risikoklasse 2, die weder maschinell beatmet noch chronisch bettlägerig sind.	73,81%	31	42	$\geq 51,2\%$	76,50%	75,40 %
 Verlaufskontrolle CRP (68130) Anteil von Patienten, bei denen das CRP bestimmt ist, an Patienten mit Verweildauer $\geq 4$ Tage.	88,17%	82	93	$\geq 65,0\%$	81,70%	79,30 %

 Der Wert liegt außerhalb des Referenzbereiches. 
  Der Wert liegt im Referenzbereich, ist jedoch schlechter als der Gesamtwert für Sachsen. 
  Der Wert liegt im Referenzbereich und ist besser als der Gesamtwert für Sachsen.

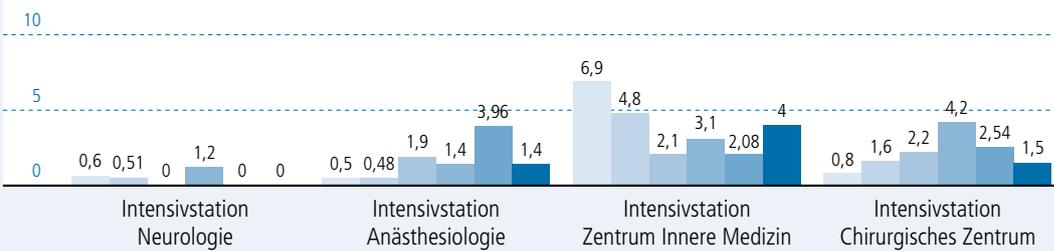
Bezüglich des Moduls der ambulant erworbenen Pneumonie gab es einen geringfügigen Verbesserungsbedarf bei der Durchführung der Blutgasanalyse innerhalb der ersten acht Stunden. Bezüglich der Frühmobilisation der Patienten-Risikoklasse 2 liegt der Wert deutlich über dem Referenzbereich und geringfügig unter dem Landesdurchschnittswert.

Diese Form der Berichterstattung wurde für den Qualitätsindikator Dekubitus weiterentwickelt, der seit dem Jahr 2004 flächendeckend im gesamten Klinikum erfasst und seitens des Zentralbereiches Qualitätsmanagement ausgewertet wird. Auch die im Universitätsklinikum Dresden durchgeführten Obduktionen sind ein bedeutendes Instrument der internen Qualitätssicherung. Ihre Zahl wird einmal jährlich im Intranet – inzwischen als Bestandteil eines klinikumsweiten Berichtswesens – wie folgt abgebildet.



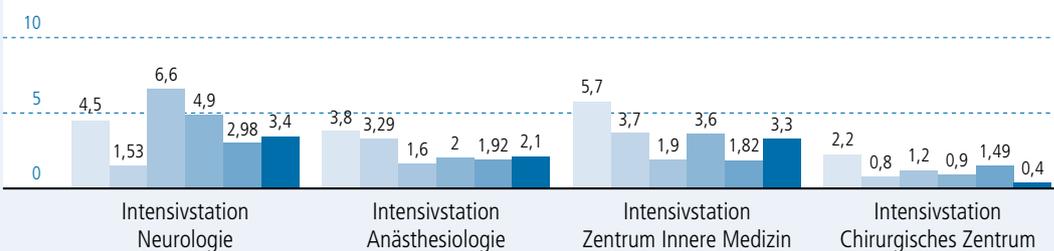
# Qualitätsbericht

## ZVK-assozierte Septikämien pro 1.000 Liegetage intravasaler Katheter



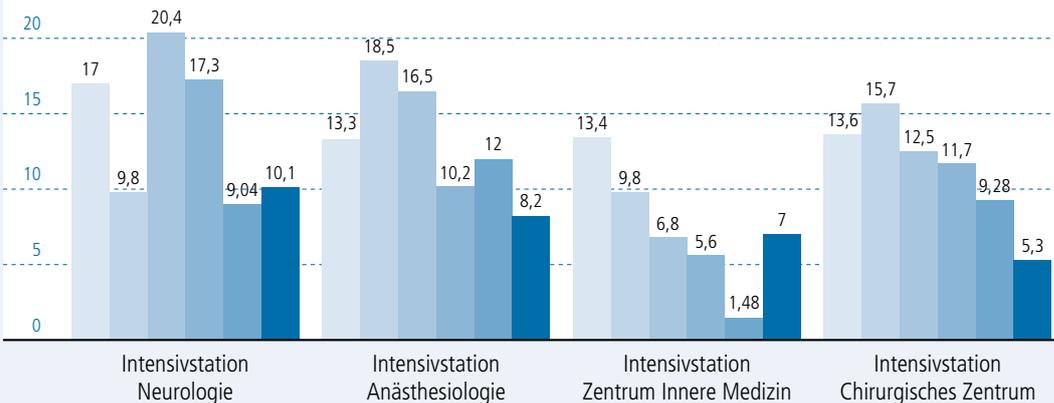
Die überwiegende Anzahl der intensivmedizinisch versorgten Patienten erhält für gewisse Zeit eine Infusionstherapie. Die durch intravasale Katheter bedingte Bakteriämie ist eine schwere Komplikation dieser Therapie, deren Prävention eine große Bedeutung zukommt. Durch konsequente Hygienemaßnahmen und den Einsatz antimikrobiell beschichteter Venenkatheter ließ sich eine deutliche Reduktion der ZVK-Infektionen auf den Intensivstationen des Universitätsklinikums erzielen.

## Katheterassozierte Harnwegsinfektionsraten pro 1.000 HW-Kathetertage



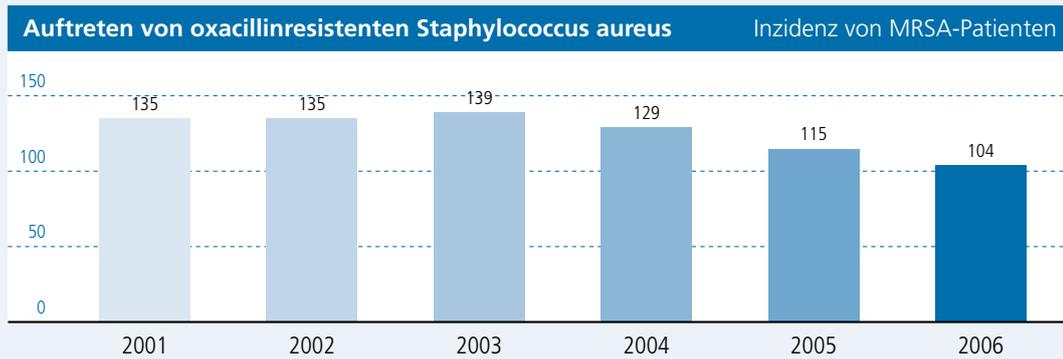
Transurethrale Blasenkatheeter sind der wichtigste Risikofaktor für Harnwegsinfektionen. Im Rahmen des nationalen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) wurden in den Jahren 1997 bis 2005 bei Patienten von Intensivstationen durchschnittlich 2,71 Harnwegsinfektionen pro 1.000 Liegetage von Blasenkathetern gemessen.

## Beatmungsassozierte Pneumonieraten pro 1.000 Beatmungstage



Die Pneumonie (Lungenentzündung) gehört neben der Harnwegsinfektion und der postoperativen Wundinfektion zu den drei häufigsten Krankenhausinfektionen. Besonders hoch ist das Risiko, im Krankenhaus an einer Pneumonie zu erkranken, bei intensivpflichtigen intubierten und beatmeten Patienten. In der Regel ist die Beatmungspneumonie eine schwere Infektion, die erheblich zur Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus beiträgt. Da diese häufig eine endogene Infektion ist, die durch patienteneigene Mikroorganismen hervorgerufen wird, lässt sie sich nicht vollständig verhindern. Die diesbezüglichen Daten von vier verschiedenen Intensivstationen des Klinikums zeigen, dass durch konsequente Vorbeuge- und Hygienemaßnahmen eine Senkung der Anzahl von Beatmungspneumonien möglich ist.

2001 2002 2003 2004 2005 2006



Im Universitätsklinikum Dresden war im Gegensatz zur Entwicklung in Deutschland kein Anstieg der Fallzahlen an MRSA zu verzeichnen. Dies betrifft auch die Verteilung der Fälle zwischen den Kliniken. Das Risiko des Auftretens von MRSA ist bei Patienten mit chronischen Wunden sowie bei Patienten der Intensivstationen erhöht.

## Ermittlung der Kundenbedürfnisse am Beispiel einer Einweiserbefragung in drei Pilotkliniken des Universitätsklinikums

In der Vergangenheit wurden zahlreiche Publikationen zur Kundenbindung und Einweiserzufriedenheit gerade im Hinblick auf den zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitswesen veröffentlicht. Inzwischen akzeptiert ist die Erkenntnis, dass niedergelassene Ärzte in ihrer Funktion als Leistungsvermittler eine herausragende Stellung einnehmen, denn ein Großteil der Patienten wählt das Krankenhaus, das ihm sein eigener Arzt empfiehlt. Die Wertschätzung, die der niedergelassene Arzt einem Krankenhaus entgegenbringt, überträgt sich auf den Patienten. Für ihn ist der Arzt Krankenhausberater und Meinungsbildner, da ihm – trotz zunehmenden Internetangebots und veröffentlichter Qualitätsberichte – unterstellt wird, die umliegenden Krankenhäuser am besten zu kennen. Umgekehrt nutzen die niedergelassenen Ärzte die gute Beziehung zu einem Krankenhaus und persönliche Kontakte zu den Klinikärzten für die bestmögliche Versorgung ihrer Patienten. Der Ausgleich, den dabei niedergelassene Ärzte für ihre Einweisung von dem betreffenden Krankenhaus erwarten, ist nicht quantitativer oder monetärer Natur. Immer noch wichtiger sind ihnen ein reibungsloser Ablauf und ein positiver Imagetransfer der Krankenhausleistung. Je zufriedener ein Patient mit der Einweisungsentscheidung seines behandelnden Arztes ist, desto mehr vertraut er seinem Haus- oder Facharzt. Um diese Vertrauensbeziehung auch langfristig aufrechterhalten und stabilisieren zu können, bedarf es inzwischen bekannter Grundvoraussetzungen im Sinne einer Dienstleistungsbeziehung zwischen niedergelassenem beziehungsweise einweisendem Arzt und aufnehmendem oder behandelndem Krankenhaus. Defizite beziehen sich insbesondere auf die vergleichsweise mangelnde Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten im Hinblick auf wichtige und notwendige Informationen, die den Patienten insbesondere im Rahmen der Einweisung und Entlassung betreffen. Der niedergelassene Arzt möchte vornehmlich das wissen, was ihn persönlich und seine Arbeit im Alltag mit seinem Patienten am ehesten und ganz konkret betrifft. Damit „verlieren“ Imagebroschüren gegenüber Telefonlisten mit Ansprechpartnern oder Informationen zu neu erworbenen Geräten oder vorgehaltenen Techniken massiv an Bedeutung.

# Qualitätsbericht

Im Jahr 2006 wurde in drei Pilotkliniken des Universitätsklinikums mit primär chirurgischer Ausrichtung (Gynäkologie, Urologie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie) eine Befragung einweisender Ärzte mittels standardisiertem Erhebungsbogen und folgenden Ergebnissen durchgeführt:

– Die Rückmeldequote lag insgesamt bei 37,1 Prozent und liefert damit statistisch aussagefähige Ergebnisse.

– Die Hauptauswahlkriterien für die Einweisung in ein Krankenhaus sind aus Sicht der Befragten vor allem die hohe ärztliche Kompetenz, die positiven Erfahrungen in der bisherigen Zusammenarbeit, die gute ärztliche Versorgung, die angewandten Therapiemethoden und die gute partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Ärzten sowie die Freundlichkeit und respektvolle Behandlung der Patienten durch das Personal.

– Eine vergleichsweise geringe Bedeutung für die Einweisung haben hingegen die persönliche Verbundenheit, die Nähe zur Praxis beziehungsweise die gute Verkehrsanbindung und die Empfehlung von Kollegen sowie Fortbildungsangebote.

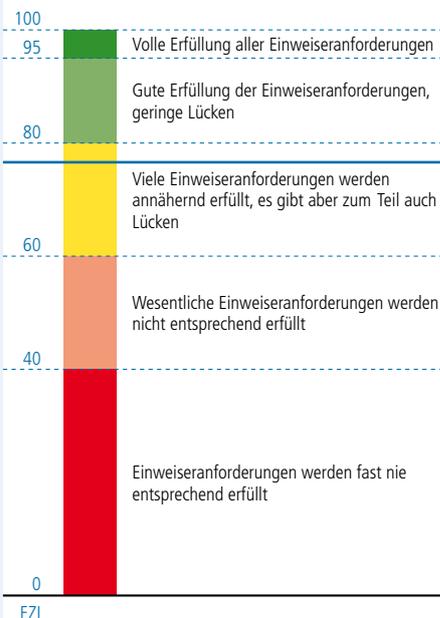
– Der Einweiser-Zufriedenheits-Index (EZI) liegt mit einem Wert von 76,6 in einem Bereich, in dem zwar viele Einweiseranforderungen erfüllt werden, zum Teil aber noch Verbesserungspotenziale zwischen Anspruch und Zufriedenheit der Einweiser bestehen; es handelt sich demzufolge um einen guten Anfangswert, der noch steigerungsfähig ist.

– Bezogen auf die einzelnen Themenkomplexe weisen die Fragen zu „Informationen“ und „Leistungen“ die höchsten Zufriedenheitswerte auf, dagegen zu „Beschwerden“ sowie zur „Zusammenarbeit/Kooperation/Kommunikation“ die niedrigsten.

– Aus Sicht der Befragten steht das Universitätsklinikum vor allem für eine hohe medizinische Kompetenz. Die Aussagen „hohe Patientenfreundlichkeit“ und „gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen“ werden von den Befragten deutlich weniger bestätigt.

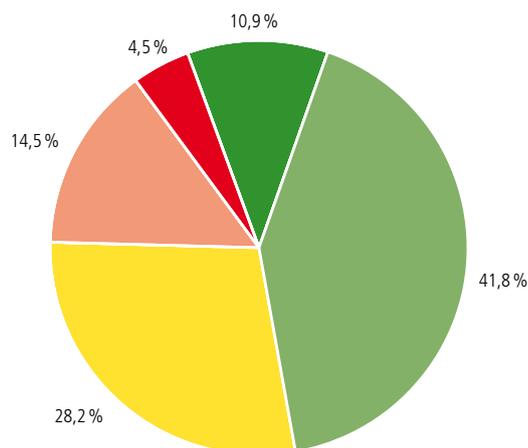
## Einweiser-Zufriedenheits-Index (EZI)

Ergebnis der Umfrage aus dem Jahr 2006



Gesamt-EZI für das Universitätsklinikum  $\bar{0}$  76,6

Die Befragten beurteilten das Klinikum wie folgt:



Diese Ergebnisse wurden mit den beteiligten Klinikdirektoren ausgewertet und im Rahmen einer Betriebsleitungssitzung wurden zudem Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. Diese betreffen insbesondere die verbindliche Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten als einen kritischen Erfolgsfaktor. Fest steht, dass Hochglanzbroschüren an dieser Stelle eher fehl am Platze sind und es vielmehr Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen eines verlässlichen Angebotes bedarf. Demzufolge wurden die an der Befragung teilnehmenden Ärzte in einem ersten Schritt über die Ergebnisse seitens des Klinikumsvorstandes informiert und konkrete Verbesserungsmaßnahmen angekündigt. Die Arbeitsgruppe Marketing im Universitätsklinikum erhielt damit den Auftrag, ein Konzept für eine verbesserte Zusammenarbeit mit den einweisenden niedergelassenen Kollegen zu entwickeln, und dies betrifft unter anderem eine kompakte und konkrete Darstellung von Informationen über die Kliniken, deren Ambulanzangebote, vor allem der konkreten Ansprechpartner und Kontaktadressen.

## Projekte des Qualitätsmanagements

Es gibt zahlreiche Projekte im Universitätsklinikum zur Verbesserung der Qualität. Jedes verdient es, im Rahmen des Jahresberichtes auch im Sinne einer Würdigung der Bemühungen der Mitarbeiter vor Ort zum Wohl des Patienten präsentiert zu werden. Leider muss an dieser Stelle eine Auswahl getroffen werden, und diese bezieht sich auf solche Projekte, die vor allem eine Relevanz für das gesamte Klinikum haben. So wurde im Jahr 2006 eine Initiative in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie zur sicheren Patientenidentifikation mittels eines „Patientenarmbändchens“ gestartet, das inzwischen Vorbildcharakter für das gesamte Klinikum gewonnen hat. Auf Initiative einer Mitarbeiterin aus dem Bereich der Pflege und mit maßgeblicher Unterstützung der verantwortlichen Leiterin des Pflegedienstes, Katrin Weigelt, wurde im Rahmen eines operativen Eingriffes dem Patienten ein Armbändchen angeboten, um seine Identifikation vor, während und nach der Operation sicherzustellen. Diese Maßnahme wurde sowohl von den Patienten als auch von den Mitarbeitern als sehr hilfreich und als Zeichen einer hohen Verantwortung gegenüber dem Patienten eingeschätzt. Inzwischen wird seitens des Klinikumsvorstandes überlegt, dieses Pilotprojekt einer konsequenten Patientensicherheit flächendeckend, das heißt für das gesamte Klinikum und für alle Patienten, einzuführen.

## Bewertung des Qualitätsmanagements

Bezüglich der Bewertung des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum gäbe es angesichts der zahlreichen Zertifizierungsverfahren viel zu berichten. So bildeten die Überwachungsaudits eine ausgesprochen hohe Qualität ab, die von den Auditoren entsprechend hoch bewertet wurden. Diese Audits erfolgten unter anderem in folgenden Einrichtungen: Universitäts KrebsCentrum (UCC), Regionales Brustzentrum Dresden (RBZ), Universitäts GefäßCentrum (UGC) und Zentralsterilisation. Herauszustellen ist die erfolgreiche Re-zertifizierung des Institutes für Pathologie ohne Abweichungen oder Hinweise, vielmehr mit der Erkenntnis, dass alle definierten Verantwortlichkeiten und Abläufe auf eine auf den Patienten ausgerichtete Diagnostik mit höchstem Qualitätsanspruch ausgerichtet und verwirklicht sind.

Eine andere Form, die eigenen Leistungen zu überprüfen, stellt das interne Auditsystem nach dem bewährten „Peer-Review-Verfahren“ (Fachkollege überprüft Fachkollege) dar. Dies wurde 2006 unter anderem bei einem freiwilligen Projekt aus dem Bereich der operativen Pflege etabliert. Nach vorher festgelegten Kriterien zur Anwendung von OP-Pflegestandards, Durchführung von Belehrungen und Dienstberatungen bis hin zur Dokumentation zum Beispiel von Chargen beziehungsweise Implantaten auditierten sich die OP-Fachbereichsleitungen der Pflege gegenseitig und „schlüpften“ einmal in die Rolle des Prüfers oder des Geprüften. Grundlage bildete eine vorhergehende zweitägige Schulung zum internen Auditor, an der alle teilgenommen hatten. Dieses Projekt hatte verschiedene Effekte. Es führte zu einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Mitarbeiter, die zum Teil über das Universitätsklinikum verteilt in verschiedenen Kliniken und OP-Bereichen arbeiten. Damit wurden Stärken und Verbesserungsbereiche identifiziert und in einem zweiten Schritt Maßnahmen zur Schaffung eines einheitlich hohen Niveaus in allen operativen Bereichen abgeleitet. Darüber hinaus ging die Prüfung vor Ort nicht spurlos an den anderen Mitarbeitern im OP – beispielsweise den Ärzten sowie den Klinikdirektoren – vorbei. Vielmehr bestand das eindeutige Interesse, im Vergleich mit den anderen mindestens ebenso gut abzuschneiden. Schließlich hat das Projekt zu zahlreichen Ideen geführt. So wurde beispielsweise klinikumsweit ein einheitlicher Standard zur „Zählkontrolle von Bauchtüchern, Streifen und Instrumenten“ erarbeitet, welcher der Betriebsleitung zum Beschluss vorgelegt wurde.

# Gremien

## 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

#### **Barbara Ludwig**

(bis 13.09.2006)

Staatsministerin für Wissenschaft  
und Kunst

#### **Dr. Eva-Maria Stange**

(seit 14.09.2006)

Staatsministerin für Wissenschaft  
und Kunst

#### **Dr. Horst Metz**

Staatsminister der Finanzen

#### **Helma Orosz**

Staatsministerin für Soziales

#### **Dr. Undine Krätzig**

kommissarische Kanzlerin der  
Technischen Universität Dresden

#### **Prof. Dr. Gerhard Ehninger**

(bis 03.09.2006)

Mitglied des Dekanatskollegiums –  
Medizinische Fakultät der TU Dresden

#### **Prof. Dr. Manfred Wirth**

(seit 04.09.2006)

Mitglied des Dekanatskollegiums –  
Medizinische Fakultät der TU Dresden

#### **Katrin Weigelt**

Vertreterin der Beschäftigten

#### **Dr. Eberhard Baumbauer**

Consultant in Pharmaceutical  
Research & Development

#### **Dr. Hagen Hultsch**

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**

Der Dekan der Medizinischen Fakultät  
nimmt 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 Zentralbereiches  
Qualitätsmanagement

#### **Andreas Honecker**

Leiter der Fakultätsverwaltung

## GEMEINSAME KONFERENZ

Nach dem sächsischen Hochschul-  
medizingesetz vom 06.05.1999  
können Entscheidungen zu Struktur-  
fragen, die zwischen dem Universitäts-  
klinikum und der Medizinischen  
Fakultät strittig sind, in einer gemein-  
samen Konferenz einer Lösung zuge-  
führt werden. Ihr gehören nachfol-  
gende Mitglieder an:

### Vorsitzender

#### **Prof. Dr. Achim Mehlhorn**

Ehrensator

der Technischen Universität Dresden

#### **Prof. Dr. D. Michael Albrecht**

Medizinischer Vorstand des UKD

#### **Wilfried E. B. Winzer**

Kaufmännischer Vorstand des UKD

#### **Prof. Dr. Heinz Reichmann**

Dekan der Medizinischen Fakultät

#### **Prof. Dr. Andreas Deußen**

Prodekan der Medizinischen Fakultät

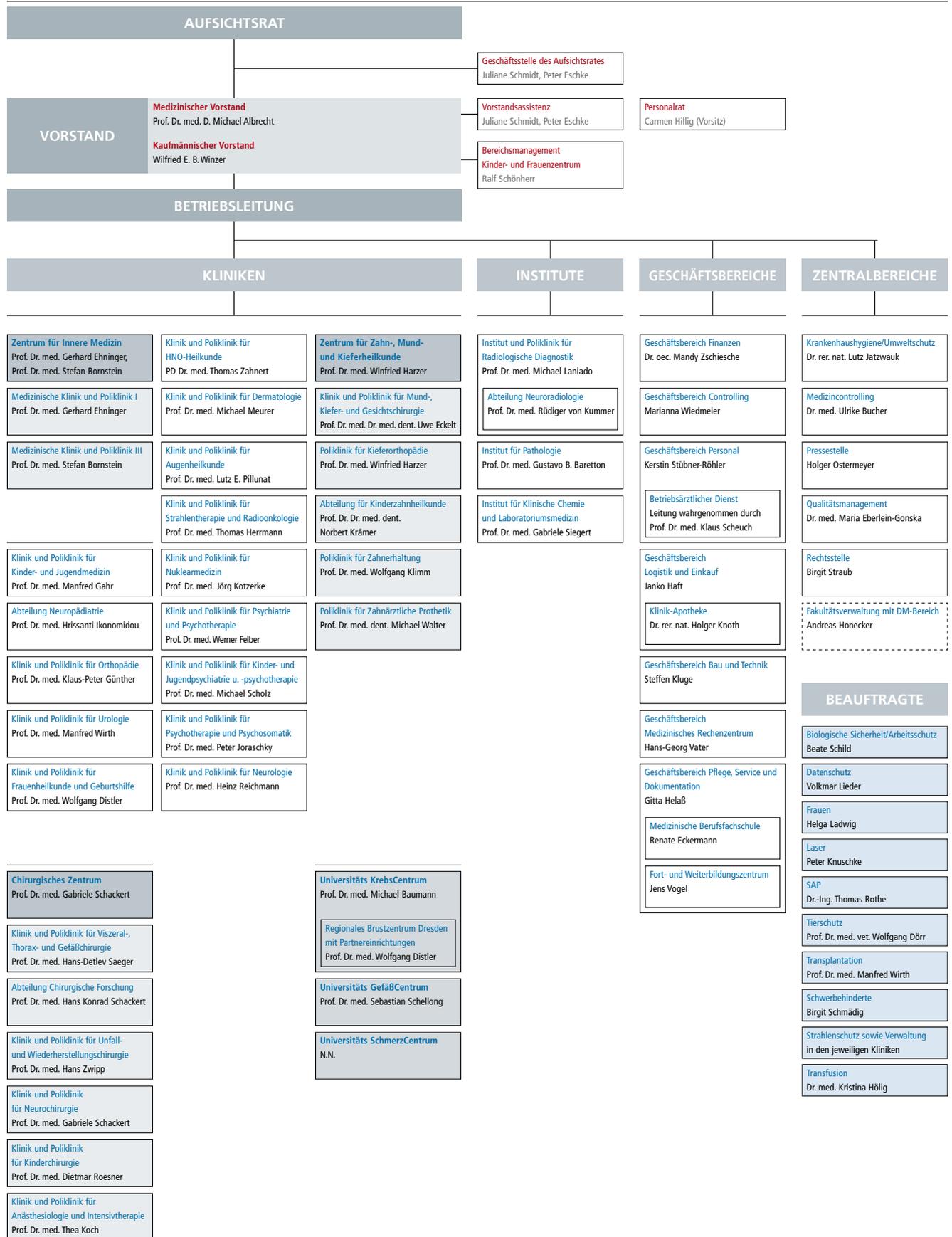
Die kommissarische Kanzlerin der  
Universität hat das Recht, an den  
Sitzungen teilzunehmen.

Alle Angaben beziehen sich auf das Kalenderjahr 2006.

# Organigramm

## STRUKTUR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS CARL GUSTAV CARUS

Stand 31. Dezember 2006







---

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

---

**Herausgeber**

**Vorstand des  
Universitätsklinikums**

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Telefon 0351 458-0  
[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

Kontakt: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Telefon 0351 458-4162  
[pressestelle@uniklinikum-dresden.de](mailto:pressestelle@uniklinikum-dresden.de)