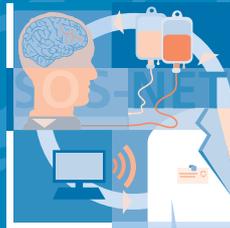


Erfolg durch Kooperation

JAHRESBERICHT 2007



Erfolg durch Kooperation
JAHRESBERICHT 2007

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Inhalt

Einführung	3
1 Interview mit dem Vorstand Leistungsexpansion im ambulanten und stationären Bereich sichert wirtschaftlichen Erfolg.	4
2 Innovatives Netzwerk für optimale Versorgungsqualität Erfolgreicher Start des Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrums.	10
3 Forschungsergebnisse wirksam werden lassen Sächsisches Präventionsprogramm gegen Diabetes Typ II ist Vorbild für EU-Programm.	16
4 Bessere Wege in der Schmerztherapie Neue Qualität in der Zusammenarbeit zwischen Klinikum und niedergelassenen Ärzten.	22
5 Gestaltungsspielräume erfolgreich nutzen Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum erweitert Leistungsspektrum.	28
6 Gelebte Interdisziplinarität in der Onkologie Bessere Heilungschancen durch optimierte Strukturen und innovative Krebstherapien.	34
7 Chancen für den wissenschaftlichen Nachwuchs Doktorandenprogramm der Fakultät fördert Kooperation der Forschungsgruppen.	40
Jahresrückblick	47
Zahlen und Fakten	55
Qualitätsbericht	67
Organigramm	78
Gremien	80

Erfolgsfaktor Kooperation – Chancen für weiteres Wachstum genutzt

Der auch 2007 vorangetriebene Wandel im deutschen Gesundheitswesen hat die Krankenhäuser einerseits vor neue Belastungsproben gestellt, ihnen aber andererseits auch neue Spielräume eröffnet. Die Zahlen dieses Geschäftsjahres zeigen, dass das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus seine Chancen konsequent genutzt hat. Vor allem die Zuwächse bei den Patientenzahlen im stationären wie ambulanten Bereich belegen den weiterhin erfolgreichen Kurs des Klinikums. Auch wenn sich diese Leistungen noch nicht in vollem Umfang in den Erlösen niederschlugen, trugen sie dennoch zur Kompensation der steigenden Kosten im Personalbereich wie auch der Mehrausgaben für Verbrauchsmaterialien, Energie und Mehrwertsteuer bei.

Ein wichtiges Erfolgsmoment dieses Wachstumskurses heißt Kooperation. Das gemeinsame Handeln hat dabei viele Facetten: Zuerst ist das kollegiale Miteinander im Universitätsklinikum zu nennen – Mitarbeiter, die über die Grenzen der Berufsgruppen und medizinischen Fächer hinweg zusammenarbeiten und damit einen entscheidenden Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg des Klinikums leisten. Wichtig sind zudem die Kooperationen zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsgrade. Wie das Beispiel der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten zeigt, lässt sich damit die Behandlungsqualität flächendeckend auf ein Spitzenniveau heben. Von gelebter Kooperation zeugt auch das Miteinander von Krankenhausärzten und ihren Partnern in den Praxen der Region. Der vorbehaltlose wie vertrauensvolle Austausch schafft neues Wissen – in der Krankenversorgung, aber auch in Forschung und Lehre. Deshalb wird der unbedingte Wille zur Kooperation ein wichtiger Baustein sein, um die Hochschulmedizin in Dresden weiter zu profilieren und zu einer festen Größe in Deutschland zu entwickeln.



278



1

„Mit dem Jahr 2007 können wir aus wirtschaftlicher Sicht ebenso zufrieden sein wie mit dem Umfang der erbrachten Leistungen.“

Erneut deutlich angestiegene Patientenzahlen in der stationären wie ambulanten Krankenversorgung trugen 2007 maßgeblich zur weiteren Stärkung der Marktposition des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus bei. Möglich wurde dieser Wachstumskurs vor allem durch effizienter gestaltete Strukturen und eine hoch motivierte Mitarbeiterschaft. Damit geht die langfristig angelegte Strategie des Klinikums auf, die Chancen des neuen Vergütungssystems zu nutzen und die Erlöse weiter zu steigern.

2007 war ein Jahr überproportionaler Kostensteigerungen – neben den Tarifabschlüssen waren dafür Anstiege bei der Umsatzsteuer und den Energiekosten verantwortlich. Wie war es dennoch möglich, ein positives Gesamtergebnis zu erzielen?

Prof. Michael Albrecht: Wie bereits in den Vorjahren ist es uns auch 2007 gelungen, zusätzliche Patienten zu gewinnen und so die Fallzahlen weiter deutlich zu steigern. Zudem ließ sich der durchschnittliche Schweregrad der behandelten Patienten durchgängig halten. Der Zuwachs an Patienten und damit die Summe der Bewertungsrelationen geht so auch mit einem Zuwachs an Erlös einher. Obwohl wir davon aufgrund des Erlösausgleichs lediglich 50 Prozent behalten durften, hat uns das in die Lage versetzt, die parallel dazu eingetretenen Kostensteigerungen zu kompensieren. Das Jahresergebnis des Klinikums ist damit unter dem Strich erneut positiv. Mit dem Jahr 2007 können wir also aus wirtschaftlicher Sicht ebenso zufrieden sein wie mit dem Umfang der erbrachten Leistungen. Hätten wir die Fallzahlen nicht

1



Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand, Prof. em. Peter Scriba, Vorsitzender des Aufsichtsrates, und Wilfried Winzer, Kaufmännischer Vorstand (von links nach rechts).

steigern können, dann wäre das Jahresergebnis zum ersten Mal seit 2002 negativ gewesen. Denn mit dem alten Budget wären die steigenden Kosten nicht mehr kompensierbar gewesen. Für die Zukunft heißt das: Wir müssen weiter auf die Leistungsexpansion setzen.

Wilfried Winzer: Hervorzuheben ist auch, dass uns der Wechsel von stationären zu ambulanten Leistungen überproportional gut gelungen ist. Die Erlöse aus dem ambulanten Bereich sind im Vergleich zum Vorjahr um 24 Prozent gestiegen. Das Gute daran: Der Wechsel stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich ließ sich kompensieren, weil die Stationen ihre Leistungen bei anderen Krankheitsbildern ausweiten konnten.

Reicht es aus, allein auf Wachstum zu setzen, um auch künftig wirtschaftlich auf Erfolgskurs zu bleiben?

Prof. Michael Albrecht: Klar ist: Das Klinikum kann nicht allein auf Erlöszuwachs und Expansion setzen. Wir müssen auch weiter an der Kostenstruktur arbeiten. Sie zu verändern heißt nicht, blind zu sparen. Wichtiger ist es, sich zu überlegen, wo Geld unnützlich ausgegeben wird. Das ist weitaus schwieriger, als die Budgets der Einheiten einfach pauschal zu kürzen. Wir haben im Klinikum eine Vielzahl langfristiger angelegter Projekte initiiert, um solche Einsparpotenziale und Synergieeffekte zu identifizieren. Ein Beispiel dafür sind die 2006 begonnenen Arbeiten am Betriebsorganisationskonzept für das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum, das perspektivisch im gesamten Klinikum eingeführt wird. Darüber hinaus haben wir an der Zentrumsstruktur weitergearbeitet, die nicht nur mehr

Erlöse bringen oder durch effizientere Strukturen Behandlungskosten senken soll, sondern die durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement auch den Marktauftritt verstärken kann.

Das Thema Prozessoptimierung ist in vielen Bereichen längst noch nicht ausgereizt: Wir reden derzeit über eine zentrale Bettenvergabe, über eine interdisziplinäre Nutzung ambulanter Ressourcen im Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum. Ein weiteres Thema ist ein zentralisiertes, nicht an Fachdisziplinen orientiertes Endoskopiezentrum. – Alles Felder mit großem Potenzial. Insofern sind wir auch ganz froh darüber, dass uns noch Spielräume bleiben.

Wilfried Winzer: Das Klinikum ist auch dabei – und das ist wirklich der klassische betriebswirtschaftliche Aspekt – Einspareffekte durch synergetische Nutzung von Ressourcen zu erschließen. Dazu setzen wir die bereits begonnene Strategie fort, massiv in die gesamte Bandbreite der Informationstechnologie zu investieren. Gute Beispiele sind die Modernisierung der Telefonie und ein neues Serversystem für die gesamte Alarm- und Notfallalarmierung. Auch sind die Weichen für den weiteren Ausbau des Krankenhausinformationssystems gestellt und die Grundsatzentscheidung für ein Radiologie-Informationssystem – das RIS – und das darauf aufbauende Archiv- und Kommunikationssystem ist gefallen. Mit dem RIS führen wir ein elektronisches „Order-Entry-System“ ein. Damit können sämtliche Nutzer ihre Anforderungen in einem sehr detailliert definierten Leistungsbaum elektronisch abwickeln. Auch die Befundung wird direkt in die elektronische Krankenakte eingefügt.

1

Nehmen wir einmal an, die Einsparpotenziale des Klinikums sind weitestgehend ausgeschöpft. Was gäbe es für weitere Ansätze, um wirtschaftlich erfolgreich zu bleiben?

Prof. Peter Scriba: Wenn die Potenziale wirklich ausgeschöpft sind, wäre eine fortschrittsorientierte Expansionspolitik vorstellbar: Es ließe sich darüber nachdenken, welche Funktionen und Leistungen in der Krankenversorgung dem Klinikum noch fehlen. In einem zweiten Schritt muss man sich überlegen, wie die erforderlichen Kapazitäten geschaffen werden können, um diese neuen Leistungen zu importieren. Denn neben dem eigentlichen Versorgungsauftrag gibt es Spielräume, Leistungsbereiche an verbündete Krankenhäuser weiterzureichen. Falls ein Austausch von Kapazitäten nicht realistisch ist, sind auch Investitionen für solche Aktivitäten denkbar, die über Gewinne finanziert werden. Auf Dauer müssen sich diese zusätzlichen Leistungen natürlich selbst tragen.

In welchem Rahmen wäre es denn für ein Krankenhaus der Maximalversorgung sinnvoll, Leistungen an andere Kliniken abzugeben?

Prof. Michael Albrecht: Wir haben uns bereits vor einiger Zeit für die Strategie entschieden, uns neben einer internen Hightechprofilierung in einem Netzwerk zu positionieren, das eine regionale Versorgungsaufgabe erfüllt. Das Klinikum setzt also nicht erst seit der Ausschreibung des Förderprogramms „Gesundheitsregionen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auf diese Strategie. Wir sind uns sicher, dass unser wirtschaftliches Überleben in fünf Jahren oder auch zehn Jahren sehr davon abhängen wird, inwieweit wir in einem solchen Netzwerk den Status einer gewissen Unabhängigkeit erreichen können. Damit wird das Klinikum auch Funktionen und Aufgaben übernehmen, die einem gesamten Netzwerk dienen. Wir haben bereits begonnen, diese Strategie äußerst erfolgreich umzusetzen, etwa im Schlaganfallnetzwerk SOS-NET.

Wilfried Winzer: Unabhängig von einer positiven Entscheidung in diesem Antragsverfahren zur Gesundheitsregion der Zukunft werden wir an unserer Strategie der Bildung von Netzwerken festhalten. Natürlich würde eine Millionenförderung diesem Vorhaben einen guten Schub geben. Aber wir werden vollkommen unabhängig von einer solchen Förderung unsere Rolle in dem Netzwerk noch viel stärker betonen. Denn wir sind der festen Auffassung, dass die drohende Rationierung von Leistungen im Gesundheitssystem sofort zu unterschiedlichen Behandlungsqualitäten in einer Region führt. Unsere Aufgabe in dem regionalen Netzwerk ist, das Qualitätsniveau der Patientenversorgung aktiv zu sichern.

Dies wollen wir nicht dem Bund, nicht dem Land und auch nicht den Kostenträgern überlassen. Zwar hat das Sozialministerium die Rechtsaufsicht über die Krankenversorgung. Aber wir denken, dass es besser ist, wenn die Akteure selbst die Initiative ergreifen. So lässt sich eine größtmögliche Praxisnähe sichern.

Prof. Michael Albrecht: Grundsätzlich gibt uns die Führungsrolle in einem Netzwerk auch die Möglichkeit, bedarfsgerecht Patienten an die richtige Stelle zu bringen – und die ist nicht immer das Klinikum selbst. Positiver Nebeneffekt ist eine gesicherte Zukunft für die Hochschulmedizin in Dresden. Das halten wir allemal für sicherer als eine Vereinnahmungs- und Anspruchsstrategie, wie sie von anderen Universitätsklinika verfolgt wird.

Verwässert die Teilhabe an einem Netzwerk nicht doch die eigenen Kompetenzen und schwächt damit die Marktposition?

1

Prof. Peter Scriba: Ich denke nicht. Das typische Beispiel ist die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten. Um bei den Betroffenen langfristige, gravierende Schäden zu verhindern – etwa halbseitige Lähmungen –, müssen auch kleinere und mittelgroße Krankenhäuser innerhalb von wenigen Stunden in der Lage sein, eine spezielle Therapie einzuleiten. Dazu braucht man vor allem erfahrene Ärzte. Das ist teuer und würde sich nicht rechnen, da diese Fälle viel zu selten sind. Damit bleibt nur die Möglichkeit, einen Spezialisten etwa aus dem Uniklinikum aus der Entfernung anzubieten, der den Ärzten vor Ort zur Hand geht – ihn quasi führt bei dem, was er tun soll.

Die Grundidee ist, dass man das Know-how aus dem Zentrum in die Peripherie bringt und auf diese Weise die Basis für eine Zusammenarbeit legt. Das strahlt dann natürlich auf andere Beispiele aus, wo ebenfalls größere Expertise vor Ort benötigt wird, um eine optimale Behandlungsqualität sicherzustellen. Die Frage, ob man durch die Einbindung peripherer Strukturen die Qualität möglicherweise verwässert, würde ich mit nein beantworten. Ganz im Gegenteil: Sie soll auf das vergleichbare Niveau gehoben werden. Und das Klinikum kann letzten Endes mit einer größeren Auslastung rechnen, weil man durch diese Kooperationen Einfluss darauf nehmen kann, welche Patienten in Dresden weiterbehandelt werden.

Gibt es weitere neue Aufgaben, die das Klinikum in Zukunft übernehmen könnte?

Prof. Peter Scriba: Ja. Unter anderem denke ich an die Prävention als vierte Säule unseres Gesundheitssystems. Wichtig sind dabei die Botschaften zur Früherkennung. Hier sollte sich das Klinikum die Themen aussuchen, die in einer Beziehung zum eigenen Leistungsangebot stehen. Beispiele wären die Vorsorge bei Brustkrebs bei Frauen oder Prostatakrebs bei Männern. Auch die Koloskopie als Vorsorgemaßnahme gegen Darmkrebs bei über 50-Jährigen wäre wichtig. Das sind alles präventive Maßnahmen, die zunächst Geld kosten, dann aber Leistungen für das Klinikum generieren.

Prof. Michael Albrecht: Wenn man über das Feld der Prävention redet, dann ist dafür ein Krankenhaus auf den ersten Blick nicht der richtige Ort. Denn hier geht es um Menschen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit später zu Patienten werden. Das heißt aber nicht, dass ein Universitätsklinikum bei der Prävention keine Rolle spielt. Unsere Aufgabe besteht darin, Präventionskonzepte zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu untersuchen. Beim Thema Diabetes sind wir seit langem führend: Neben den hier entwickelten Behandlungsrichtlinien koordiniert das Klinikum ein EU-weites Projekt zur wirksamen Früherkennung des Diabetesrisikos und entwickelt darauf aufbauend Präventionsmaßnahmen.

Nun gilt es, dieses Know-how auf weitere Bereiche auszudehnen. Etwa für andere Stoffwechselerkrankungen, die über eine lange Zeit zu schweren organischen Veränderungen führen. Am Ende werden diese Patienten mit teuren und massiven Therapien am Klinikum behandelt. Besser ist es deshalb, dieses Wissen in die Prävention einzubringen. Ein weiterer Bereich ist die Früherkennung von Tumoren. Unser Ansatzpunkt ist gerade hier der Netzwerkgedanke: Wenn es sinnvoll ist, dass Patienten regelmäßig an einem solchen Screeningverfahren teilnehmen, dann ist das Klinikum prädestiniert, ein solches Programm zu koordinieren und wissenschaftlich zu begleiten. Dazu gibt es Überlegungen, ein „Haus der



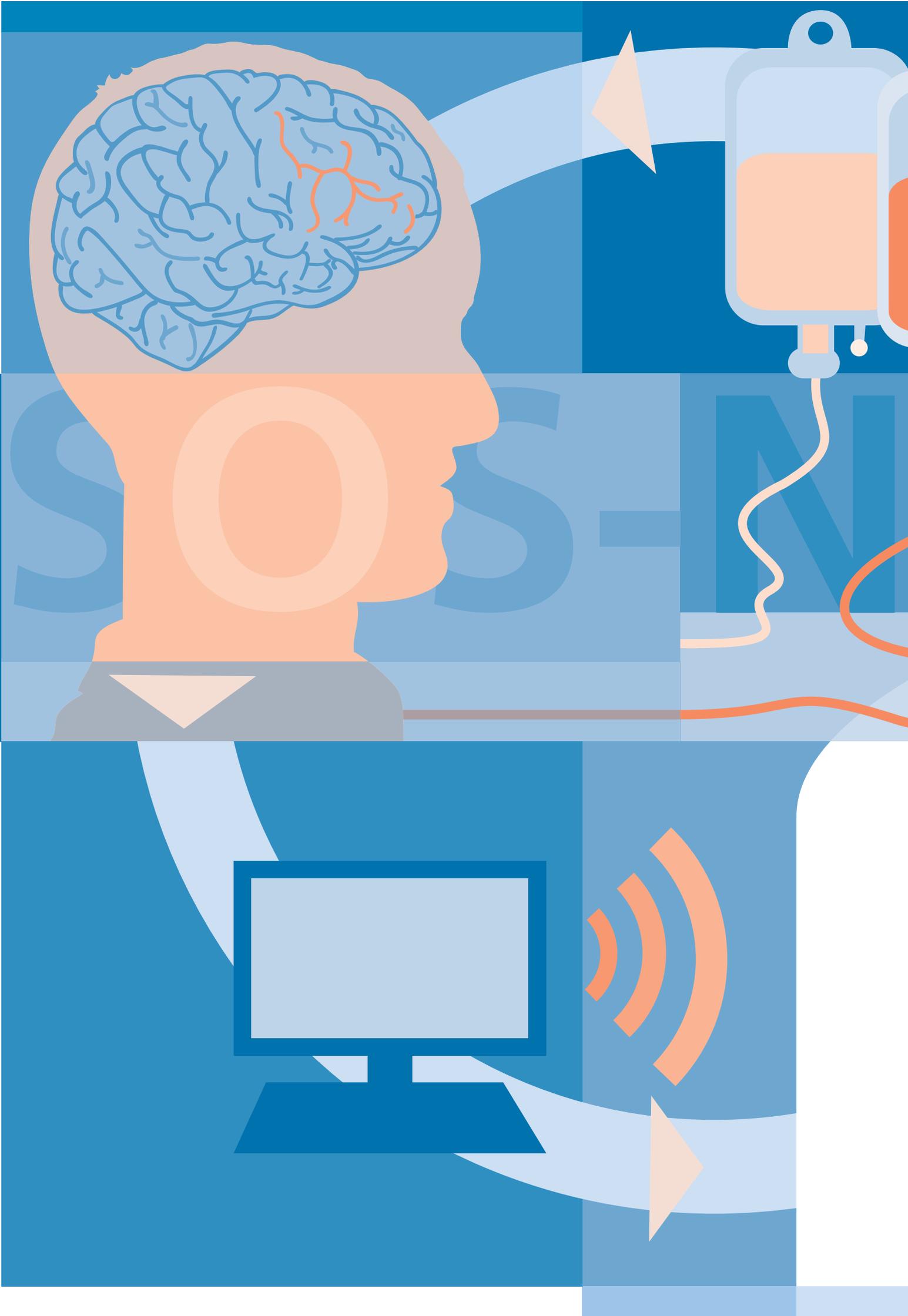
Gesundheitsversorgung“ aufzubauen, bei dem wir nicht alleiniger Träger sein müssen. Was zählt, ist die Zusammenarbeit mit vielen Institutionen: Kostenträgern, Sozialministerium, niedergelassenen Ärzten, Ärztekammern und auch Patientenvertretungen.

Wilfried Winzer: Und es ist auch klar, dass die wissenschaftliche Begleitung solcher Initiativen das Alleinstellungsmerkmal des Universitätsklinikums ist. Und nicht zuletzt bringen wir die dabei gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch in die Ausbildung der Studenten und Fachärzte ein.

Warum ist Dresden im Vergleich zu anderen deutschen Uniklinika eigentlich so erfolgreich?

Prof. Peter Scriba: Das ist keine Frage von privater, kommunaler oder staatlicher Trägerschaft. Was besonders für Dresden spricht ist einmal die Pionierstimmung, die durch die Neugründung vor 15 Jahren entstand. Es ist immer leichter, etwas neu aufzubauen als etwas Bestehendes neu in Gang zu bringen. Dazu kommt als wichtige Voraussetzung eine vernünftige Hochschulpolitik – und die gibt es in Sachsen. 1999 gab es hier ein ziemlich innovatives Medizingesetz. Eine weiteres Plus sind die Erfahrungen und die Kontinuität der Ministeriumsmitarbeiter. Dazu gesellt sich die weit überdurchschnittliche Kooperationsbereitschaft der unterschiedlichen Einrichtungen des Klinikums. Das zeichnet Dresden vor einer ganzen Reihe anderer Uniklinika aus.

Prof. Michael Albrecht: Ein weiterer Erfolgsfaktor ist der kommunikative Führungsstil im Klinikum. Die Offenheit und Transparenz ist etwas Besonderes. Um das zu erreichen, muss man ständig mit vielen Mitarbeitern reden. Nur so lässt sich ein Gefühl dafür bekommen, ob sie mit im Boot sind. Dabei denke ich, dass sie es mehrheitlich sind. Die Mitarbeiter haben unserer Meinung nach schon das Gefühl, dass sich Leistung lohnt, und dass sie auch anerkannt wird – auch wenn sich das nicht immer sofort in ihrer persönlichen Bezahlung niederschlagen kann. Was Mitarbeiter, die bereits zehn oder 15 Jahre im Klinikum sind, heute allgemein beobachten, ist ein weiterer Zuwachs an Motivation. Das wirkt auch nach außen: Ich kann mich gut an die Zeiten erinnern, in denen die Bevölkerung dem Universitätsklinikum mit sehr gemischten Gefühlen begegnete. Es galt als elitär, arrogant, serviceunfreundlich und nicht sonderlich kooperativ. Ich glaube, dass sich dieses Image in den letzten fünf bis acht Jahren positiv verändert hat. Wird jetzt über unser Klinikum gesprochen, dann ist dies von Sympathie, Anerkennung und Akzeptanz geprägt.



2

„Netzwerke tragen die Hochleistungsmedizin in die Region und sichern damit die Behandlungsqualität außerhalb der Ballungsräume.“

Lässt sich hoch spezialisierte Akutmedizin auch in ländlichen Regionen flächendeckend bereithalten? Das erfolgreiche Zusammenspiel des telemedizinischen Netzwerks „SOS-NET“ mit dem Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrum zeigt das große Potenzial, das in einer offenen und vorbehaltlosen Zusammenarbeit zwischen einem Krankenhaus der Maximalversorgung und den Kliniken anderer Versorgungsgrade liegt.





2

Das telemedizinische Netzwerk SOS-NET nutzt moderne Kommunikationstechnik, um Patienten mit akutem Schlaganfall optimal diagnostizieren zu können: Während Chefarzt Dr. Dirk Münch von den Weißeritztal-Kliniken den Patienten vor Ort untersucht (Bild Mitte), steht ihm Dr. Ulf Becker, Leiter des Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrums, zur Seite (Bild rechts).

Seit Sommer 2007 profitieren auch solche Schlaganfallpatienten vom Expertenwissen der Neurologen des Universitätsklinikums, die als Notfälle in die beiden Standorte der Weißeritztal-Kliniken in Dippoldiswalde und Freital eingeliefert werden. Beide Einrichtungen bilden zusammen mit dem Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrum (DUSC) die Keimzelle vom „Schlaganfallversorgung Ostsachsen Netzwerk“ (SOS-NET), das bis Mitte 2008 um drei Standorte gewachsen ist. Zwei weitere befinden sich im Aufbau. Insgesamt sollen rund 20 ostsächsische Krankenhäuser in diese Hightechinfrastruktur eingebunden werden. Ziel ist eine flächendeckende Versorgung, bei der die Fahrzeit vom Einsatzort zum nächsten Netzwerk-Krankenhaus 20 Minuten nicht übersteigt. Ermöglicht wird dies durch einen Millionenbetrag, den das Sächsische Staatsministerium für Soziales für die technische Ausstattung zur Verfügung stellt. Das SOS-NET ist das zweite telemedizinische Netzwerk dieser Art in Deutschland und das einzige in den neuen Bundesländern. Herzstück und Kompetenzträger des Netzwerks ist das eigens dafür gegründete DUSC. Die darin vertraglich fixierten Strukturen sind bundesweit einzigartig: Sie stellen die fachübergreifende Zusammenarbeit von Neurologen, Neuroradiologen und Neurochirurgen innerhalb des Universitätsklinikums sicher. Verträge zwischen den Leistungserbringern innerhalb des Klinikums sichern auch hier eine größtmögliche Verbindlichkeit.

Auch die Kooperation zwischen dem Klinikum und seinen Partnerkrankenhäusern des SOS-NET ist vertraglich geregelt. Sie beschränkt sich nicht darauf, dass Schlaganfallpatienten in der Akutversorgung durch einen Neurologen des Universitätsklinikums mit beurteilt werden – und das an sieben Tagen die Woche, 24 Stunden am Tag. Ebenso gehört die Schulung der Pflegekräfte und des Rettungsdienstes vor Ort zu den Leistungen wie die Etablierung eines Qualitätsmanagements in den Partnerkrankenhäusern.

Drei Stunden Zeit für die entscheidende Therapie

Bei einem Schlaganfall zählen Minuten: Werden Anzeichen eines akuten Verschlusses der Blutgefäße im Hirn nicht frühzeitig erkannt und fällt deshalb die Entscheidung für die erfolgversprechendste Therapie zu spät, verschlechtern sich die Chancen für den Patienten erheblich: Den Ärzten bleiben nur drei Stunden, um bleibende Schäden des Gehirns zu minimieren. In dieser Zeit müssen sie die blockierten Gefäße wieder öffnen. Ohne diese Therapien – in der Regel die Thrombolyse, eine medikamentöse Auflösung des Blutpfropfens – drohen beispielsweise dauerhafte Lähmungen oder ein gestörtes Sprachzentrum. Doch die Entscheidung für eine medikamentöse Auflösung des Blutgerinnsels kann in vielen Fällen nur ein auf Schlaganfälle spezialisierter Neurologe treffen. – Experten, die ein regionales Krankenhaus in der Regel nicht aufbieten kann. Für die verhältnismäßig geringe Zahl akuter Schlaganfälle wäre ein Einsatz solcher Spezialisten in einem regionalen Krankenhaus unwirtschaftlich.

Die durch den medizinischen Fortschritt gestiegenen Chancen, Schlaganfallpatienten vor Dauerschäden zu bewahren, führten in den vergangenen Jahren zu einer Unterversorgung im ländlichen Raum. Wer hingegen in Dresden oder der unmittelbaren Umgebung lebt, konnte innerhalb der Dreistundenfrist gut versorgt werden: In der sächsischen Landeshauptstadt haben sich in den vergangenen Jahren zwei so genannte Stroke-Units etabliert, eine davon am Uniklinikum im heutigen DUSC. Eine weitere dieser auf Schlaganfälle spezialisierten Intensivstationen hält 15 Kilometer weiter östlich eine Fachklinik vor.

Aufgrund der geringen Zahl an Stroke-Units gab es in der Vergangenheit immer wieder Fälle, in denen die dreistündige Frist zwischen erstem Notruf und der Untersuchung durch einen Spezialisten überschritten wurde. Unter anderem dann, wenn im ersten Krankenhaus zu viel Zeit bei Aufnahme, Diagnose und Weitertransport des Patienten in eine Stroke-Unit verstrichen ist.

Dieses Defizit lässt sich durch moderne Kommunikationstechnik ausgleichen: Per UMTS-Verbindung und zwei Kameras können die Ärzte in der Notaufnahme des regionalen Krankenhauses einen spezialisierten Neurologen unmittelbar in die Untersuchung des Patienten einbeziehen: Der Experte kann so mit dem Schlaganfallpatienten sprechen und beispielsweise dessen Pupillenstand oder Motorik beurteilen. Auf demselben elektronischen Weg kann der Neurologe auch auf die Bilder von Computer- oder Kernspintomographen zugreifen. Dies ist Grundlage dafür, gemeinsam mit dem behandelnden Arzt vor Ort weitere Untersuchungen festzulegen und sofort eine gezielte Therapie einzuleiten.

Wie ausgereift diese technische Infrastruktur ist, beweist seit 2003 das in Ostbayern etablierte Telemedizin-Netzwerk TEMPIS. Davon war Privatdozent Dr. Georg Gahn, damals Leiter der auf Schlaganfall spezialisierten Stroke-Unit der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums, nach einem ersten Besuch in der Münchener TEMPIS-Zentrale sofort überzeugt. Im Medizinischen Vorstand des Universitätsklinikums, Prof. Michael Albrecht, fand er schnell einen Verbündeten, mit dem er bei der sächsischen Landesregierung und den Krankenhäusern der Region für das Vorhaben eines eigenen telemedizinischen Netzwerks warb. Persönlich stellten sie das Konzept des SOS-NET und des Universitäts SchlaganfallCentrums vor. Letztlich mit großem Erfolg: Die Chancen der Telemedizin begeisterten viele der Krankenhausärzte sofort. Auch Dr. Dirk Münch, Chefarzt der Medizinischen Klinik II der Weißeritztal-Kliniken.

Netze für eine bessere Krankenversorgung

Bisher waren Krankenhäuser mit möglichst breitem Behandlungsspektrum ein wichtiges Prestigeobjekt für Bürgermeister und Landräte. Durch den medizinischen Fortschritt wird aber immer deutlicher, dass das Festhalten an einer Klinik alter Prägung die Krankenversorgung in der Region eher verschlechtert als verbessert.

Heute können kleine Häuser mit begrenzten finanziellen wie personellen Ressourcen viele Therapien nicht mehr anbieten. Bei planbaren und weniger dringlichen Behandlungen ist damit der Weg des Patienten in eine leistungsfähigere Klinik längst Alltag.

Am Beispiel eines akuten Schlaganfalls wird schnell klar, dass Patienten des ländlichen Raums regelmäßig später und oft auch auf einem fachlich geringeren Level behandelt werden als die, die in einer Großstadt leben. Es herrscht also eine klassische Unterversorgung, die zur elementaren Benachteiligung von Betroffenen führen kann. Ein falsch oder zu spät behandelter Schlaganfall kann aus einem leistungsfähigen Menschen einen schweren Pflegefall machen.

Die Umstrukturierung kleinerer Krankenhäuser kann dieser fatalen Entwicklung gegensteuern. Statt möglichst viele Fachgebiete zum Preis einer veralteten Ausstattung und einer minimalen Personaldecke vorzuhalten, sollten die geringen Ressourcen in ein Netzwerk eingebracht werden. Jeder Partner hat seine spezifischen Vorteile: Das Krankenhaus vor Ort profitiert von der Nähe zu den Patienten und dem Know-how einer assoziierten Klinik etwa der Maximalversorgung.

Das Beispiel des Schlaganfalls zeigt, dass es in einem solchen Netzwerk nur Gewinner gibt. Denn über die optimale Versorgung eines akuten Falls entscheidet nicht mehr der Ort, an dem der Patient sich gerade befindet. Jeder wird dort behandelt, wo die für ihn adäquate Infrastruktur zur Verfügung steht. Das zusätzlich nötige Spezialistenwissen dagegen lässt sich dank moderner Kommunikationstechnik in Live-Schaltungen an jeden Ort bringen.

Im Sinne von Patienten und deren Angehörigen lassen sich auf diese Weise so viele Betroffene durch die Krankenhäuser der Region wohnortnah versorgen. Anbieter der Hochleistungsmedizin wie das Universitätsklinikum können sich hingegen auf die zeitnahe Therapie besonders schwerer und komplizierter Fälle konzentrieren. Die Netzwerke tragen zudem maßgeblich dazu bei, auch in der Region eine hohe Qualität in der Krankenversorgung zu sichern und auszubauen.



2

Die intensive Schulung aller an der Behandlung und Pflege der Schlaganfallpatienten Beteiligten ist ein wichtiges Element des erfolgreichen Aufbaus des SOS-NET.

Zeitvorsprung durch optimierte Strukturen

Trotz der gut einjährigen, arbeitsintensiven Startphase des SOS-NET – das Netzwerk startete im Juli 2007 – haben sich Dr. Münchs Erwartungen bereits nach wenigen Monaten des Betriebs voll erfüllt. „Wir haben uns durch den Aufbau des Netzwerks weiterbewegt und unsere Fähigkeiten verbessert.“ Die Klinik hatte sich wie alle Partner des Netzwerks vertraglich verpflichtet, für die Behandlung der Schlaganfallpatienten aller Krankheitsphasen ein Qualitätsmanagement zu etablieren. Dazu wurde in den Weißeritztal-Kliniken eine Vielzahl an Abläufen auf den Prüfstand gestellt. Maßgeblich daran beteiligt waren die Spezialisten des DUSC, so auch dessen heutiger Leiter Dr. Ulf Becker. Grundlage war das eigene Qualitätsmanagement, das im Herbst 2007 nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR) sowie der Internationalen Qualitätsnorm DIN ISO 9000:2001 zertifiziert wurde. Die Dresdner berieten die Internisten der Weißeritztal-Kliniken, wie sie Abläufe verbessern und Fehlerquellen ausschließen können. Als Beispiel nennt Dr. Münch die Einbindung des Notarztsystems: Werden die Patienten rechtzeitig angekündigt, bleibt in der Teleportalklinik Dippoldiswalde genügend Zeit, um die diagnostischen Geräte wie den Computertomographen hochzufahren. So wurde im Rahmen des SOS-NET sichergestellt, dass die Geräte auch bei Notfällen am Wochenende und in der Nacht einsatzbereit sind, wenn der Patient in der Klinik eintrifft. So lässt sich wertvolle Zeit gewinnen, um rechtzeitig eine Diagnose zu stellen und daran anschließend mit der Therapie zu beginnen.

Die intensive Beschäftigung mit den Verfahrensweisen zur optimalen Behandlung von Schlaganfallpatienten schärfte zudem das Bewusstsein der Klinikmitarbeiter für diese Erkrankung, schätzt Chefarzt Dr. Münch ein. Die Möglichkeit, einen Fachkollegen des DUSC hinzuzuziehen, wurde von Anfang an intensiv genutzt und half allen Beteiligten bei Diagnose wie Therapieentscheidung. Allein von Juli bis Dezember 2007 konsultierten die Internisten der Weißeritztal-Kliniken in 80 Fällen Schlaganfallexperten des DUSC. Während sich die Ärzte in Krankenhäusern ähnlicher Größe nur in fünf Prozent der Akutfälle für eine Thrombolyse entscheiden, stieg diese Quote durch das SOS-NET auf rund ein Drittel. Die dem Netzwerk angeschlossenen Krankenhäuser erreichen damit die Versorgungsqualität von neurologisch geführten Stroke-Units.

Standorte des SOS-NET

Stand Mai 2008



Dr. Dirk Münch (Mitte) und Dr. Ulf Becker (rechts) untersuchen einen in Freital stationär versorgten Schlaganfallpatienten.

2

Erfolgsfaktoren sind vor allem gut geplante Abläufe und die unkomplizierte, partnerschaftliche Kommunikation zwischen den Ärzten der regionalen Krankenhäuser und den Dresdner Schlaganfallexperten. In einem weiteren Schritt arbeitet Dr. Münch nun daran, den Rettungsdienst vor Ort stärker in die Ziele des SOS-NET einzubinden. In Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des Landkreises werden die Rettungsassistenten für die Problematik des Schlaganfalls sensibilisiert. Zudem werden sie befähigt, den Patienten anhand von drei Merkmalen auf einen möglichen Schlaganfall zu untersuchen. Grundlage dafür ist ein Kriterienkatalog aus den USA – der Cincinnatti Prehospital Stroke Scale. Wenn die Assistenten dabei erste Anzeichen eines Schlaganfalls – Lähmungen der Extremitäten und der Mimik sowie Sprachstörungen – bereits vor Eintreffen des Notarztes sicher erkennen, könnten sie ob der hohen Dringlichkeit effizienter agieren. Das DUSC wird 2008 auch den Rettungsdienst der Landeshauptstadt Dresden nach diesen Kriterien schulen.

Allein eine optimale Notfallversorgung wird die Zahl der zu spät entdeckten und damit nicht mehr erfolgreich zu behandelnden Schlaganfälle aber nicht auf null bringen. „Wir sehen immer wieder Patienten, die sich trotz der Symptome erst einmal ins Bett legen und hoffen, dass es wieder vorbeigeht“, sagt Dr. Ulf Becker vom DUSC. Neben der Aufgabe, die notwendigen Strukturen in den Krankenhäusern zu schaffen, ist es ihm deshalb wichtig, dass jeder neue Partner im SOS-NET medienwirksam präsentiert wird. Die Öffentlichkeitsarbeit liegt auch Dr. Münch am Herzen: „Genauso entscheidend wie das Netzwerk selbst ist es, die Bevölkerung für die ersten Anzeichen eines Schlaganfalls zu sensibilisieren, damit die Betroffenen rechtzeitig ins Krankenhaus kommen.“

3,45

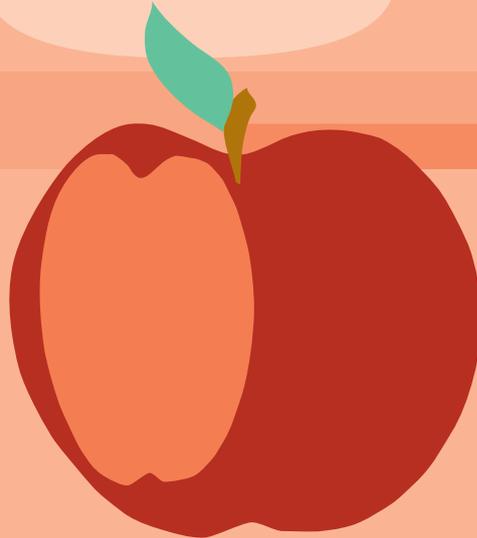


74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94

78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94



88990





3

Fünf oder mehr Jahre dauert es in der Regel, bis wissenschaftliche Erkenntnisse flächendeckend in die medizinische Versorgung Einzug halten. Im Fall des sächsischen Programms zur Prävention des Diabetes Typ II konnte diese Zeitspanne auf wenige Monate reduziert werden.

Basis des Erfolgs bildete die enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und Wissenschaftlern der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums und dem Sozialministerium des Freistaats. Auch die Europäische Union setzt großes Vertrauen ins Know-how der Dresdner Präventions-Experten: Sie erhielten den Auftrag, ein Projekt zu koordinieren, das europaweite Standards der Diabetesprävention entwickelt und etabliert.

Der Diabetes Typ II, der so genannte Alterszucker, hat sich zu einer der verbreitetsten Krankheiten in den Industrieländern entwickelt. Zwar ist das hohe Lebensalter ein entscheidender Faktor, doch immer mehr Menschen erhöhen ihr Diabetesrisiko durch falsche Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel. Prof. Stefan Bornstein, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Uniklinikums, geht davon aus, dass die Zahl der Diabetespatienten bis 2025 um rund 20 Prozent steigen wird. Sie adäquat zu versorgen, wird das deutsche Gesundheitswesen jährlich einen Milliardenbetrag kosten.

Bereits seit Anfang der 1980er Jahre erforschen Dresdner Wissenschaftler intensiv die Zusammenhänge zwischen dem Ausbruch des Diabetes Typ II und dem Zusammenwirken von genetischen Faktoren, Bewegungsmangel, Überernährung sowie soziokulturellen Faktoren. Gut zehn Jahre später entwickelte Prof. Bornstein an der Universität Leipzig erstmals ein elektronisches Informationssystem zum Diabetes

3



Universitätsklinikum und Sächsischem Sozialministerium gelang es, in wenigen Monaten ein flächendeckendes Diabetes-Präventionsprogramm zu etablieren. Daran beteiligt waren unter anderem Dr. Peter Schwarz von der Medizinischen Klinik III, Prof. Stefan Bornstein, Direktor der Medizinischen Klinik III, und Referatsleiter Jörg Pichler vom Sozialministerium (linkes Bild, v. l. n. r.).

und einen Diabetesrisikotest über das Internet, die beide mehrere Preise gewonnen haben. Erste in die medizinische Versorgung einfließende Erkenntnisse konzentrierten sich auf Behandlungsstandards bei bereits Erkrankten. „Wir wissen jedoch, dass sich der Ausbruch des Diabetes Typ II in mindestens 50 Prozent aller Fälle vermeiden lässt“, sagt Dr. Peter Schwarz. Der Arzt und Wissenschaftler der Medizinischen Klinik III prägte die Entwicklung der Präventionsprogramme in den letzten Jahren maßgeblich.

Ein wichtiger Grund für Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät, das Diabetesrisiko so früh wie möglich zu erkennen. Basis ist „FINDRISK“ (FINnish Diabetes Risk SCore), ein acht Punkte umfassender, allgemeinverständlicher Fragebogen, der am Public Health Institute in Helsinki entwickelt und in Dresden auf die hiesigen Gegebenheiten angepasst und auch evaluiert wurde. Aus den Antworten lassen sich erste Hinweise ableiten, eine Blutanalyse und ein Glukose-Toleranztest geben weitere Anhaltspunkte. Liegt ein entsprechendes Risiko vor, erhält der Betroffene damit die große Chance, gezielt gegenzusteuern und so den drohenden Diabetes zu vermeiden: Übergewicht reduzieren, sich ausgewogen ernähren und ausreichend bewegen heißen die Schlagworte.

Nahtloser Übergang von der Forschung in die Praxis

„Es ist das Verdienst des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät, dass die Forscher an diesem Punkt nicht einen Schlusstrich gezogen haben“, sagt Jörg Pichler vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales. Denn die eigentlichen wissenschaftlichen Aufgaben waren mit der erfolgreichen Erprobung des Fragebogens abgeschlossen. Der sich daran anknüpfenden Herausforderung hatte sich das Sozialministerium des Freistaates angenommen, indem es den Punkt „Diabetes früh erkennen“ 2006 zu einem der fünf Gesundheitsziele erklärte. Die Betroffenen können ein erhöhtes Diabetesrisiko nur durch einen umfassend geänderten Lebensstil minimieren. Aber aus eigener Kraft schaffen dies die wenigsten Menschen. Referatsleiter Pichler erhielt deshalb den Auftrag, entsprechende Maßnahmen zur intensiven Betreuung der Betroffenen auf den Weg zu bringen – zusammen mit dem Hinweis, dass Dr. Schwarz der geeignete Mann sei, ihn von medizinischer Seite zu unterstützen.

Das Ziel war sehr ehrgeizig: Die Maßnahmen zur Diabetesprävention sollten so schnell wie möglich in der Krankenversorgung etabliert werden. Wie die Erfahrungen zur Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) zur adäquaten Versorgung von chronisch Kranken – also auch Diabetikern – zeigen, dauert dies in der Regel fünf und mehr Jahre. Grund dafür sind unter anderem die komplexen Vorgaben der Sozialgesetzgebung. Sie bilden die Basis für die Vereinbarungen, die mit den Krankenkassen geschlossen werden müssen, damit die Kosten für Leistungen des Gesundheitswesens übernommen werden dürfen.

Gemeinsam schafften es der Mediziner Dr. Peter Schwarz und der Verwaltungsfachmann Jörg Pichler, die in Sachsen vertretenen Krankenkassen von dem Präventionsprogramm zu überzeugen, das sie mit weiteren Mitarbeitern von Sozialministerium und Uniklinikum in der Arbeitsgruppe „gesundheitsziele.sachsen“ entwickelt hatten. Das Programm, an dem alle Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen auf freiwilliger Basis teilnehmen können, besteht aus drei Elementen. Der Risiko-Erkennung durch den FINDRISK-Fragebogen und im Bedarfsfall weiterer ärztlicher Untersuchungen folgt ein zweistufiges Kursprogramm. Parallel zu einem intensiven, acht Stunden umfassenden Schulungsprogramm sowie einer Serie weiterer, in einem größeren Zeitraum abgehaltener Veranstaltungen werden die Teilnehmer telefonisch oder auf Wunsch auch per E-Mail betreut. Dritter Baustein des

FINDRISK – acht Fragen zum Diabetesrisiko

Der von den Wissenschaftlern der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums weiterentwickelte Fragebogen FINDRISK besteht aus acht Fragen, die das Diabetesrisiko bestimmen. Abgefragt werden: Alter, Diabetes in der Verwandtschaft, der Taillenumfang, körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten, Blutdruckanamnese, im Laufe des Lebens aufgetretene erhöhte Blutzuckerwerte und der Body-Mass-Index (BMI). Im Ergebnis dieses Tests können die Teilnehmer in drei Gruppen eingeteilt werden. Je nach erreichten Punktwerten gibt es kein Risiko für die Getesteten; eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes Typ II zu erkranken oder sie sind mit hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht erkannte Diabetiker.

Geänderter Lebensstil senkt Diabetesrisiko deutlich

Aus den bisherigen Studien lassen sich für die Diabetesprävention folgende Zielvorgaben für eine Lebensstil-Intervention ableiten:

- Gewichtsreduktion um 5 bis 7 Prozent,
- 150 Minuten körperliche Aktivität pro Woche,
- 15 Gramm faserhaltige Ballaststoffe/ 1000 kcal Nahrungsaufnahme,
- höchstens 30 Prozent der Kalorien in der täglichen Nahrung aus Fett,
- höchstens 10 Prozent gesättigter Fettsäuren-Anteil in der täglichen Nahrung.

Um das Diabetesrisiko deutlich zu senken, müssen Betroffene die Vorgaben von Gewichtsabnahme und gesteigerter körperlicher Aktivität gleichermaßen einhalten. Mit dem Erreichen jedes weiteren Zielwerts steigt der Präventionseffekt. Werden vier oder sogar alle fünf Zielvorgaben über die Studiendauer hinweg erreicht, ist eine fast 100-prozentige Vorbeugung von Diabetes möglich.

Programms ist eine auf jeden Teilnehmer individuell ausgerichtete, kontinuierliche Erfolgskontrolle. Dazu gehört auch ein Qualitätsmanagement, mit dem das Programm selbst wie auch die als Betreuer und Anleiter tätigen Personen überprüft und bewertet werden.

Um dieses ambitionierte Programm flächendeckend in Sachsen umsetzen zu können, entschied sich die Arbeitsgruppe dafür, in einem ersten Schritt gut 40 Präventionsmanager auszubilden, die vor Ort mit den als Risikopersonen identifizierten Menschen arbeiten. Das Schulungsprogramm wird von diesen Managern selbstständig und eigenverantwortlich durchgeführt und abgerechnet. Die kontinuierliche begleitende Betreuung einer Risikoperson via Telefon und Internet läuft über ein Jahr und liegt in der gemeinsamen Verantwortung der Präventionsmanager und einem zusätzlich eingeschalteten Institut.

Die Wissenschaftler um Prof. Bornstein und Dr. Schwarz hatten in wissenschaftlichen Tests zur Wirksamkeit des Interventionsprogramms herausgefunden, dass die Weiterbetreuung für den Erfolg entscheidend ist. Wie intensiv dabei die Kontakte zwischen Betreutem und Präventionsmanager sein müssen, ist sehr unterschiedlich. Deshalb können die Manager in dieser Frage sehr eigenverantwortlich arbeiten. Anreiz für eine gute wie effiziente Arbeit gibt dabei eine in Teilen leistungsabhängige Honorierung: Dazu werden jährlich Taillenumfang und Blutdruck der Risikopersonen gemessen. Anhand der Entwicklung dieser Daten wird dem Präventionsmanager ein Bonus ausgezahlt.

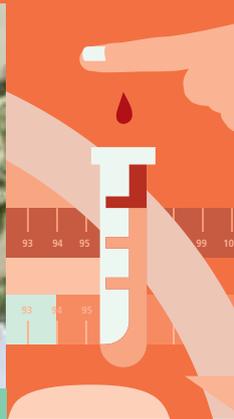
3

Europäisches Präventionsprogramm „IMAGE“ wird von Dresden aus koordiniert

Das von der EU-Kommission geförderte Präventionskonzept „IMAGE“ – „Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention“ nahm im Juli 2007 offiziell seine Arbeit auf. In dem mit mehreren Millionen Euro geförderten Projekt haben sich 38 Institutionen aus ganz Europa sowie Israel zusammengeschlossen, um die in Industrienationen zu beobachtende dramatische Zunahme des Diabetes mellitus zu bremsen. Initiiert und koordiniert wird das bis 2010 laufende Vorhaben von den Diabetesexperten der Medizinischen Klinik und Poliklinik III. An dem mehrstufigen Präventionskonzept arbeiten Wissenschaftler, Ärzte und Pädagogen. „IMAGE“ ist damit eines der größten Gesundheitsprojekte, das die europäische Kommission je gefördert hat.

„Obwohl es in verschiedenen europäischen Staaten bereits entsprechende Präventionsprogramme gibt, fehlt es bisher an EU-weiten Strategien. Deshalb will das IMAGE-Projekt länderübergreifende Standards für das Management dieser Programme entwickeln und wissenschaftlich überprüfen“, sagt Dr. Peter Schwarz. Der Diabetologe der Medizinischen Klinik III des Uniklinikums leitet das IMAGE-Projekt. Bereits seit zehn Jahren initiiert und begleitet er zahlreiche Forschungsprojekte zur Diabetes-Früherkennung und -prävention. Wesentliche Impulse für das IMAGE-Projekt gehen auch vom Sächsischen Präventionsprojekt aus, das in vielen Aspekten dem europäischen Schwesterprojekt voraus ist.

„Dass der Zuschlag für IMAGE nach Dresden ging, ist eine große Anerkennung für die hier seit vielen Jahren geleistete Arbeit mit Diabetespatienten, aber auch der damit verbundenen wissenschaftlichen Arbeiten“, betont Prof. Bornstein: „Ein wichtiger Teil unseres Erfolges ist die Grundlagenforschung.“ Mit Prof. Michele Solimena und Dr. Eckhard Lammert, die von den Eliteuniversitäten Yale und Harvard nach Dresden gekommen sind, entstand in den letzten Jahren ein weltweit führendes Wissenschaftlerteam. 2007 ist mit Prof. Ezio Bonifacio ein Experte auf dem Forschungsgebiet der Stammzellen- und Immuntherapie bei Diabetes dazugestoßen, der im Zentrum für Regenerative Therapien Dresden arbeitet.

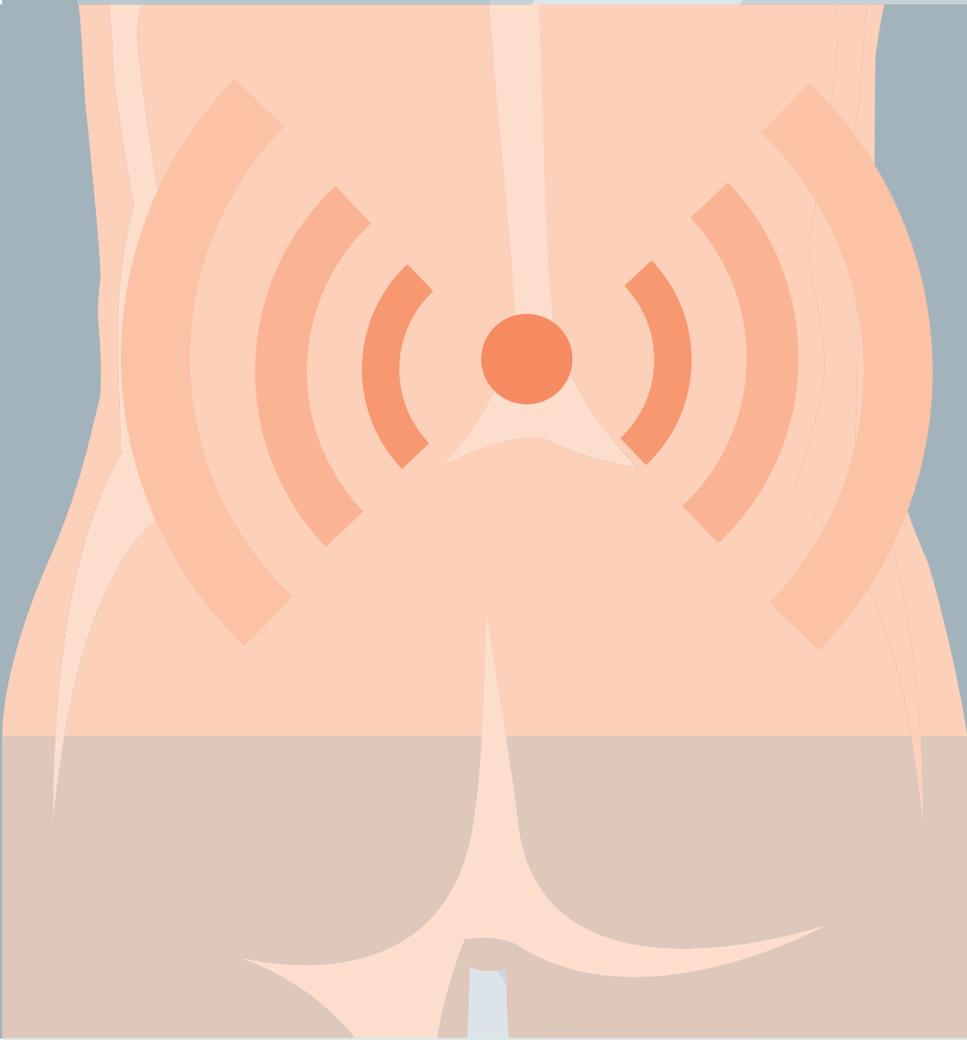
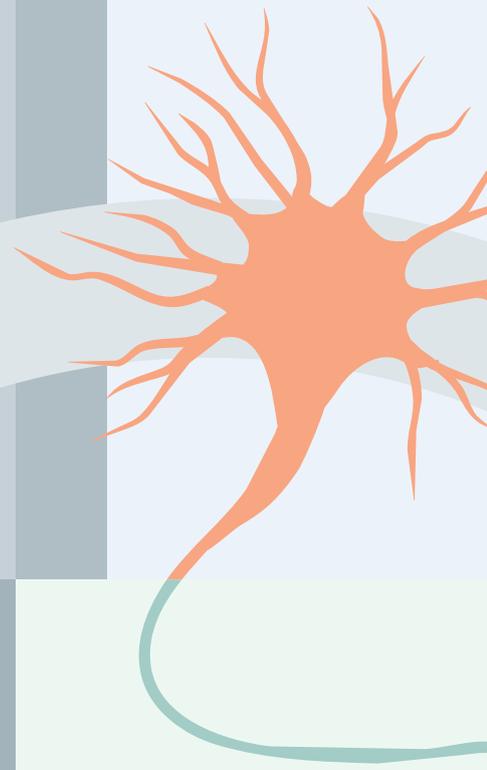
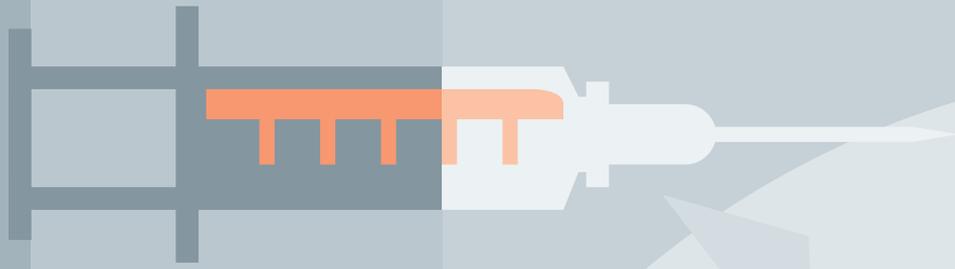


Zur optimalen Versorgung von Diabetespatienten gehört neben dem Einsatz modernster Behandlungsmethoden auch eine intensive Schulung der Betroffenen. Das Klinikum beschäftigt sich bereits seit vielen Jahren mit diesem Themenkreis und nutzt das dabei erworbene Know-how, um Behandlung wie auch Prävention dieser Volkskrankheit weiter zu verbessern.

3

DIABETESFORSCHUNG AN DER MEDIZINISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK III (AUSWAHL)

Projekt	Personal	Finanzierung
IMAGE-Projekt (EU)	2 Vollkräfte	1,2 Mio. EUR bis 2011
Qualitätskontrolle und -management für Interventionsprogramme	Vertrag mit den Krankenkassen	11,20 EUR/Pers./Jahr
Telemedizinisches Zentrum für den Diabetespatienten	1 Vollkraft	130.000 EUR bis 2009
Deutsche Diabetes-Stiftung: Wissenschaftliche Evaluation von Interventionsprogrammen	1 Vollkraft	230.000 EUR bis 2009
BMBF: Management von Präventionsangeboten für Unternehmen	1 Vollkraft	320.000 EUR bis 2008
Koordination des sächsischen Präventionsprogramms in der klinischen Versorgung	in Kooperation mit externen Partner	50.000 EUR pro Jahr
Klinische Studien Prof. Bornstein Koordination, Probenmanagement, Biobank	1 Vollkraft	900.000 EUR 2010
Genomweite genetische Typisierung von 6.000 Dresdner Patienten	0,3 Vollkraft	100.000 EUR bis 2013
Kooperation mit der Industrie zur Targetsuche und Anwendungsbeobachtung	2 Vollkräfte	550.000 EUR bis 2010



Sensibilitätsprofil

The illustration on the left side of the page features a stylized neuron with a dark grey cell body and numerous branching dendrites. Below it, a profile of a human head is shown in a light orange color. In the foreground, a dark grey silhouette of a person stands holding a white rectangular object, possibly a tablet or a piece of paper. The background consists of various geometric shapes and colors, including light blue, grey, and green, creating a modern, abstract aesthetic.

4

Die engen Kontakte zwischen niedergelassenen Ärzten und ihren Fachkollegen des Universitäts SchmerzCentrums stellen eine neue Qualität in der Zusammenarbeit zwischen dem Universitätsklinikum als Krankenhaus der Maximalversorgung und dem ambulanten Sektor dar.

Ein Element dieser Kooperation ist die monatliche Schmerzkonferenz, an der auch Experten anderer Fachrichtungen des Klinikums teilnehmen. In diesem interdisziplinären Rahmen werden Patienten aus den Praxen und dem SchmerzCentrum vorgestellt, weitere Therapieoptionen diskutiert und Behandlungsstrategien festgelegt. In der tagesklinischen, stationären und seit 2007 auch in der ambulanten Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen geht das Klinikum neue Wege der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Dazu wurden mit den gesetzlichen Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen.

Jeden zweiten Donnerstag im Monat versammelt sich in den Räumen des Universitäts SchmerzCentrums (USC) eine Fachkompetenz, die in Sachsen einmalig sein dürfte: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten diskutieren gemeinsam mit den Anästhesisten, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychosomatikern, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten des Universitätsklinikums. Bei Bedarf werden auch Experten aus weiteren Fachgebieten hinzugezogen. Vorderstes Ziel der interdisziplinären Schmerzkonzferenz ist nicht die Rekrutierung von Patienten für das USC. Vielmehr geht es um den fachlichen Austausch, der allen Beteiligten hilft, ihren Erfahrungshorizont zu erweitern und selbst gestellte Diagnosen oder eingeschlagene Therapiewege auf den Prüfstand zu stellen. Da Ärzte, die an der Schmerztherapievereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen, eine regelmäßige Teilnahme an dieser Form von Konferenzen nachweisen müssen, ist dieses Angebot des Klinikums zudem ein wichtiger Service für die niedergelassenen Fachkollegen.

4



Niedergelassene Ärzte, aber auch Experten des Universitätsklinikums treffen sich zur monatlich stattfindenden Schmerzkonzferenz des Universitäts SchmerzCentrums. Zu den regelmäßigen Teilnehmern gehört Dr. Frank Eisenkrätzer aus Radebeul (Foto rechts), der die Konferenz nutzt, um seinen Fachkollegen Patienten aus seiner Praxis vorzustellen.

Psychotherapie sichert nachhaltigen Behandlungserfolg

Dr. Frank Eisenkrätzer, niedergelassener Schmerztherapeut aus Radebeul, gehört zu den regelmäßigen Teilnehmern der Konferenz im USC. „Inhalte und Form der Veranstaltung kommen meiner Denkweise sehr nahe“, sagt der Allgemeinmediziner und Schmerztherapeut. Bei chronischen Schmerzen gehören für ihn psychotherapeutische Aspekte ganz selbstverständlich in ein erfolgversprechendes Behandlungskonzept. Dies deckt sich mit den Erfahrungen und den therapeutischen Ansätzen des Universitäts SchmerzCentrums. So spielen psycho- und verhaltenstherapeutische Ansätze vor allem in den tagesklinischen und stationären Therapien, aber auch in der rein ambulanten Betreuung eine wichtige Rolle.

Die Chance, in der Schmerzkonzferenz den Fachkollegen eigene Patienten vorzustellen, nutzt Dr. Eisenkrätzer regelmäßig. Dabei ist ihm nicht nur wichtig, dass in diesem Rahmen Aspekte diskutiert werden, die er in der weiteren Behandlung berücksichtigen kann. In schwierigen Fällen kann die Veranstaltung selbst Teil der Therapie sein: „Wenn ein ganzes Gremium dem Patienten sagt, dass es bei seiner Erkrankung eine psychische Komponente gibt, dann kann ich damit in der weiteren Behandlung besser argumentieren“, so Dr. Eisenkrätzer. Denn nicht wenige Schmerzpatienten haben Schwierigkeiten damit, eine psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung zu akzeptieren. Weniger Widerstände gibt es, wenn er Betroffenen vorschlägt, ihre Krankengeschichte dem Expertengremium zu erzählen: „Viele sehen dies als Aufwertung ihrer Person und Krankengeschichte.“ – Nicht selten haben sie bereits eine Odyssee durch mehrere Arztpraxen und auch Kliniken hinter sich, ohne dass ihnen geholfen werden konnte. Manchmal hilft dem niedergelassenen Schmerztherapeuten bereits das Vorbereitungsgespräch zur Konferenz: In diesem Rahmen offenba-

ren Patienten dann unbekannte Aspekte ihrer Krankheitsgeschichte oder Befindlichkeiten, die dem Arzt helfen, die Diagnose zu präzisieren.

Multimodale Therapie in der Tagesklinik

Nicht in allen Fällen reicht eine rein ambulante Therapie aus, um erfolgreich gegen chronische Schmerzen anzugehen. In diesem Fall haben Ärzte die Möglichkeit, ihre Patienten zu einer tagesklinischen oder stationären Behandlung an das USC zu überweisen. In der Tagesklinik absolvieren die Betroffenen über vier Wochen ein komplexes multimodales Programm. Neben der Konditionierung des Körpers durch Physiotherapie und Sport nehmen die Patienten psycho- und verhaltenstherapeutische Sitzungen wahr, lernen Entspannungsverfahren und absolvieren Ergotherapie, Arbeitsplatz- und Fertigkeitentraining. Im Rahmen dieses Programms beraten Ärzte die Teilnehmer und suchen nach Wegen, die medikamentöse Schmerztherapie zu optimieren. Drei Monate nach dieser Behandlung kommen die Patienten eine weitere Woche in die Tagesklinik, an die sich über einen längeren Zeitraum noch mehrere telefonische Beratungsgespräche anknüpfen. Finanziert wird diese multimodale, interdisziplinäre Therapie der Tagesklinik über einen 2005 geschlossenen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV). In diesem Rahmen absolvierten 2007 insgesamt 115 Patienten diese Behandlung (2006: 114 Patienten). Der Anteil der stark chronifizierten Schmerzpatienten liegt bei annähernd 50 Prozent – dies ist ein Indikator dafür, dass bei den Patienten oftmals hoch komplexe Schmerzkrankungen vorliegen.

Um Rückenschmerzpatienten so frühzeitig wie möglich in die wirksamste Therapieform zu vermitteln, schlossen das Universitätsklinikum, die AOK Sachsen und die Ersatzkassenverbände in Sachsen (VdAK/AEV) 2007 einen weiteren IV-Vertrag ab. Hinter dem Titel „Schmerz-FREI leben“ verbirgt sich eine klar strukturierte, an enge Zeitvorgaben gekoppelte Behandlungsstrategie. Die so organisierte integrierte Versorgung soll verhindern, dass die Beschwerden chronisch werden können. Die Initiatoren erhoffen sich davon, Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.



PD Dr. Rainer Sabatowski übernimmt Leitung des Universitäts SchmerzCentrums

Privatdozent Dr. Rainer Sabatowski wechselte am 1. Februar 2007 von der Universitätsklinik zu Köln nach Dresden an das Universitäts SchmerzCentrum (USC). Der Facharzt für Anästhesiologie hatte an der dortigen Klinik bis zu seinem Wechsel nach Dresden die Schmerzzambulanz geleitet und den Akutschmerzdienst aufgebaut. In den vergangenen Jahren qualifizierte sich Dr. Sabatowski in den Bereichen Spezielle Schmerztherapie, Psychosomatische Grundversorgung und Palliativmedizin. Darüber hinaus engagiert er sich in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten – speziell auf dem Gebiet der Schmerztherapie. Dieses Thema ist auch einer der Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit, welche zudem die Palliativmedizin, Fragen zur Fahrsicherheit unter einer Schmerztherapie, die Versorgungsforschung, den Einsatz von Opioiden bei Tumor- und Nicht-Tumorschmerzen, aber auch die Geschichte der Schmerztherapie umfasst.



4

Mit insgesamt 13 unterschiedlichen Tests diagnostizieren die Ärzte des Universitäts SchmerzCentrums (USC) „unspezifische“ Nervenschmerzen. Dieses Verfahren der Quantitativen Sensorischen Testung wurde 2007 von PD Dr. Rainer Sabatowski (Fotos) am USC Dresden eingeführt.

Um dieses Ziel zu erreichen, schließt der IV-Vertrag besonders die Hausärzte ein, die damit erste Ansprechpartner für die Patienten bleiben. Die Ärzte vor Ort haben die Möglichkeit, Betroffene für die integrierte Versorgung vorzuschlagen. Die wichtigsten Aufnahmekriterien: Schmerzen, die keiner unmittelbar spezifischen Behandlung – etwa einer Operation – bedürfen, sowie die Bereitschaft der Patienten zu einer aktiven Therapie. Dazu gehört auch die Umstellung auf einen „rückengerechten Lebensstil“. In einer ersten, dreimonatigen Behandlungsphase bleibt der Haus- oder Facharzt für die Schmerzpatienten zuständig. Erst wenn sich keine Besserung einstellt, wird der Betroffene im Rahmen der integrierten Versorgung an einen auf die Schmerztherapie spezialisierten Facharzt überwiesen.

Als Lotse koordiniert das Zentrum in diesem Programm nicht nur die Überweisungen an die externen Partner, sondern rechnet mit den Kostenträgern auch alle Therapien ab. Erst wenn auch die Behandlung im Rahmen der ambulanten schmerztherapeutischen Betreuung durch niedergelassene Schmerztherapeuten keine nachhaltigen Erfolge zeigt, übernimmt das USC den Patienten, um ihn tagesklinisch oder stationär zu versorgen. „Der Vertrag zur integrierten ambulanten Versorgung baut auf die Erfahrungen auf, die wir in den vergangenen Jahren bei der tagesklinischen Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen gesammelt haben. Dieses Know-how wird damit auch in der ambulanten Versorgung verfügbar“, sagt USC-Leiter Dr. Rainer Sabatowski zu dieser speziellen Form des IV-Vertrags, der in Sachsen erstmals geschlossen wurde.

Studenten werden für Diagnose und Therapie chronischer Schmerzen sensibilisiert

In einer Langzeitstudie haben die USC-Ärzte damit begonnen, den Behandlungserfolg bei den in der Tagesklinik multimodal behandelten Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wissenschaftlich zu überprüfen. Die Daten von 106 zwischen 2006 und 2007 therapierten Personen zeigen, dass die Betroffenen ihre Schmerzen auch sechs Monate nach dem Tagesklinik-Aufenthalt in einer deutlich geringeren Intensität wahrnehmen als vorher. Die Studie konnte zudem Erfolge bei der Therapie von psychischen Nebenerkrankungen insbesondere bei Angststörungen feststellen. Ziel weiterer vom USC initiierten Forschungen ist es, den über ein Jahr hinausgehenden Behandlungserfolg zu überprüfen und darauf aufbauend die tagesklinische Therapiestrategie weiter zu optimieren.



Zur Behandlung chronischer Schmerzen hat sich ein multimodal ausgerichtetes Therapiekonzept bewährt. Patienten der Tagesklinik erhalten neben individueller Physiotherapie unter anderem Psycho- und Verhaltenstherapie, lernen Entspannungsverfahren und absolvieren Ergotherapien sowie verschiedene Trainings.

Um künftig Patienten mit chronischen Schmerzen besser versorgen zu können, müssen angehende Ärzte gezielt auf die Diagnose und Therapie dieses Krankheitsbildes vorbereitet werden. Deshalb haben Assistenzärzte die Möglichkeit, einen Teil ihrer Ausbildung auch am Universitäts SchmerzCentrum zu absolvieren. Zudem haben die Experten des Zentrums in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus das Wahlpflichtfach Schmerztherapie entwickelt. Studenten lernen innerhalb eines Semesters die verschiedenen Formen – etwa Tumorschmerz, Rückenschmerz, neuropathischer Schmerz oder Kopfschmerz – ebenso kennen wie darauf ausgerichtete multimodale Therapiestrategien. Darüber hinaus besteht ein Ausbildungsziel darin, die Studierenden für das Thema Schmerz und seine Auswirkungen auf die Lebensqualität zu sensibilisieren.

Die intensiven Kontakte zu niedergelassenen Ärzten werden zudem durch das Engagement des USC für die von der Sächsischen Landesärztekammer veranstalteten Kurse zur speziellen Schmerztherapie vertieft. Dr. Sabatowski engagiert sich als wissenschaftlicher Leiter für die Veranstaltungsreihe und gibt sein Wissen zudem als Referent weiter – ebenso wie weitere Mitarbeiter des Zentrums.

Neues Diagnoseverfahren bei Nervenschmerzen

Mit der Quantitativen Sensorischen Testung (QST) führt das Universitäts SchmerzCentrum ein neues Diagnoseverfahren für Nervenschmerzen – Neuropathien – ein. Mit dem neuen Verfahren sind die Experten „unspezifischen“ Nervenschmerzen auf der Spur. Da der Schmerz selbst nur auf geschädigte Nervenzellen hinweist, bieten die Ärzte insgesamt 13 aufeinander abgestimmte Tests auf: Unter anderem mit Nadeln, Wattestäbchen, Stimmgabeln und einem Thermotester prüfen sie verschiedene Hautpunkte auf Über- oder Unempfindlichkeit des Patienten, indem sie äußere Reize wie Kälte, Druck, Hitze oder Vibration anwenden. So entsteht schließlich ein komplexes Sensibilitätsprofil, das anzeigt, ob eine Empfindlichkeit normal ist oder nicht. Die Ergebnisse helfen, den Schmerz genau einzugrenzen. Neuropathien können ganz unterschiedliche Ursachen haben – beispielsweise Diabetes, Gürtelrose oder eine Chemotherapie. Die Ergebnisse der QST sollen den Experten helfen, die für die Patienten jeweils passenden Medikamente auszuwählen.





5

Mit dem Medizinischen Versorgungszentrum erweiterte das Universitätsklinikum sein Spektrum ambulanter Versorgung um eine Einrichtung, die unter Patienten wie Mitarbeitern einen guten Ruf genießt.

Die Ärzte des 2005 gegründeten Versorgungszentrums schätzen vor allem die Zusammenarbeit untereinander sowie die schnellen, unkomplizierten Kontakte zu den Experten des Klinikums. Die effizienten Strukturen und die moderne Ausstattung sind weitere Stärken der Einrichtung. In der tagtäglichen Kooperation von Zentrum und Universitätsklinikum liegt zudem ein großes Potenzial, die Abläufe zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern und dieses Know-how auf die Zusammenarbeit mit weiteren Praxen zu übertragen.

Dr. Peter Heinz hat noch einen guten Draht zur Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums. Dabei geht es ihm nicht um Sentimentalitäten aus den 14 Jahren der Mitarbeit in dieser Klinik, von der Nähe profitiert der Chirurg nicht allein: Auch sein neuer Arbeitgeber, die „Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden GmbH“ (MVZ), und die Klinik selbst ziehen Vorteile aus dieser Konstellation. So nimmt Dr. Heinz beispielsweise weiterhin an den Fortbildungsveranstaltungen der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie teil, übernimmt Klinikdienste und operiert dort die komplizierteren Fälle, die stationär zu versorgen sind. Obgleich dieses Engagement auf 25 Prozent seiner Arbeitszeit begrenzt ist, hält der 42-Jährige so den stetigen Kontakt zum stationären Bereich.

5



Die Praxen des Medizinischen Versorgungszentrums am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden sind seit 2007 zentral im Haus 6 untergebracht (Foto links). Zu dem mittlerweile zehnköpfigen Ärzteteam gehört der Chirurg Dr. Peter Heinz (Foto Mitte), der von der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an das Versorgungszentrum wechselte.

Auch die Patienten ziehen daraus ihren Nutzen: „Wir übertragen die hohen fachlichen Standards der Klinik auf die Chirurgische Praxis des MVZ“, umreißt Dr. Heinz das Ziel. Angesichts der großen Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Betrieb ist das eine große Herausforderung. Zwar seien die in der Praxis vorgenommenen Behandlungen meist nicht so komplex und aufwendig wie die stationären – dennoch sei die Arbeit im Versorgungszentrum noch intensiver: Im MVZ sieht ein Chirurg an einem Tag deutlich mehr Fälle als in der Klinik. Der gute Ruf, den sich das Versorgungszentrum in den vergangenen drei Jahren erarbeitet hat, spiegelt sich in einem steigenden Zulauf an Patienten wider, durch den das MVZ mittlerweile seine aktuellen Kapazitätsgrenzen erreicht.

Motivierte Mitarbeiter durch flache Hierarchien und eigene Entscheidungsspielräume

Einen Grund für diesen Erfolg sieht Mitgeschäftsführerin Juliane Schmidt in der hohen Motivation der Mitarbeiter: „Sie merken, dass sich engagiertes Arbeiten lohnt.“ Aus der Perspektive von Dr. Peter Heinz wird das besonders deutlich. Er schätzt die größeren Entscheidungsspielräume, die er im MVZ hat. Denn im Gegensatz zur Klinik spielen Hierarchien in dem verhältnismäßig kleinen Team von derzeit zehn Ärzten und einer effizient gestalteten Geschäftsführung keine Rolle: „Wir können die Aufgaben sehr gut auf mehrere Schultern verteilen und uns aufeinander verlassen“, berichtet der Unfallchirurg. Auch sei es in diesem Rahmen eher möglich, Einfluss auf die Strukturen und Abläufe zu nehmen.

Das Beispiel eines kleinen Eingriffs belegt die hohe Taktzahl in der Chirurgischen Praxis des MVZ. Das Entfernen eines Drahtes, mit dem eine Fraktur der Mittelhand eines Patienten operativ versorgt wurde, dauert eine Dreiviertelstunde – von der Anmeldung bis zum abschließenden Arztgespräch. Neben Dr. Heinz sind daran zwei Arzthelferinnen beteiligt. Der Patient durchläuft der Reihe nach Anmeldung, Eingriff, Röntgen und Arztgespräch – Stationen, die auch räumlich hintereinander angeordnet sind. Zwischendurch nimmt er immer wieder Platz auf dem langen und hellen Flur und geht dann eine Tür weiter.

„Durch die Nähe des MVZs zum Klinikum sind die Wege hier deutlich kürzer – auch bei den Entscheidungen, die man nicht alleine treffen kann“, zieht der Chirurg den Vergleich zu anderen niedergelassenen Kollegen. Trotz der Eigenständigkeit des Medizinischen Versorgungszentrums nutzen vor allem die ärztlichen Mitarbeiter ihre vielfältigen Verbindungen zum Klinikum. Das Beispiel der Unfallchirurgie zeigt besonders gut die enge Kooperation mit dem Universitätsklinikum. Dr. Heinz kann seine Patienten aus der Praxis auch dann selbst operieren, wenn sie für einen größeren Eingriff in die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie überwiesen werden. Dazu wurde ein wöchentlicher OP-Tag angesetzt. Die Weitergabe von Patienten funktioniert auch in der anderen Richtung: Häufig übernimmt das MVZ etwa die Nachsorge von Patienten, die zur Notfallversorgung ins Klinikum gekommen waren. Dadurch lassen sich die unterschiedlichen Kapazitäten der Kliniken im stationären und ambulanten Bereich effizienter auslasten. Das bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass die Ärzte des Versorgungszentrums ihre Patienten durchaus an externe Praxen und Kliniken überweisen. Ihre Stellung als Kassenärzte nutzen die MVZ-Mitarbeiter vor allem bei Engpässen im Klinikum oder bei ganz speziellen Behandlungsmethoden, auf die sich ein niedergelassener Kollege aus der Region spezialisiert hat.

Die unmittelbare Nähe zum Universitätsklinikum, aus dessen Reihen die meisten MVZ-Ärzte rekrutiert wurden, bleibt dennoch eine entscheidende Größe: „Ich muss nur vier Ziffern wählen, um den jeweiligen Experten an den Hörer zu bekommen“, berichtet Dr. Heinz, der ebenfalls von den weiter gepflegten Kontakten profitiert. Der unkomplizierte kollegiale Austausch hilft perspektivisch dabei, den langfristigen Erfolg von Therapien im Blick zu behalten und darüber in der Klinik zu berichten. Diese Form der Qualitätssicherung ist bei der im deutschen Gesundheitssystem verankerten Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung außerhalb solcher spezieller Strukturen in der Regel kaum möglich.

Traditionelle Chinesische Medizin ergänzt das Behandlungsspektrum

Um der zunehmenden Nachfrage nach alternativen Heilverfahren besser gerecht zu werden, haben das Medizinische Versorgungszentrum und die Dresden International University (DIU) im Juli 2007 einen Kooperationsvertrag geschlossen. Dieser erweitert das Behandlungsangebot durch einen von der DIU gestellten Arztsitz für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM). Der neue Bereich steht seit Vertragsschluss nicht nur den Patienten des Medizinischen Versorgungszentrums offen: Jeder, der an speziellen Krankheitssymptomen leidet, kann die ergänzenden Behandlungsangebote nutzen. Mit dem Angebot im MVZ des Uniklinikums, das überwiegend die chinesische Akupunktur sowie Moxa- und Schröpftherapien umfasst, setzt die Dresden International University den seit 2003 begonnenen Weg auf dem Gebiet der TCM fort und erweitert qualitativ ihr bisheriges Netzwerk.



Die Arbeit im Medizinischen Versorgungszentrum ist von flachen Hierarchien geprägt. Mitarbeiter haben so die Gelegenheit, die Arbeitsabläufe mitzugestalten. Zum Alltag der chirurgischen Praxis gehört dabei auch die Nachsorge von operierten Patienten – etwa die Entfernung eines Drahtes nach geheiltem Mittelhandbruch.

Das gute Zusammenspiel funktioniert aber auch zwischen den unterschiedlichen Praxen des Medizinischen Versorgungszentrums, die seit dem Frühjahr 2007 in den drei komplett renovierten Etagen von Haus 6 untergebracht sind. So suchen die Chirurgen den fachlichen Rat der Hausärztin, um im Vorfeld eines Eingriffs Nebenerkrankungen abzuklären. Oder in der Hausarztpraxis stellt sich ein Patient vor, der sich möglicherweise in einer akuten Psychose befindet. In solchen Situationen kann die behandelnde Ärztin die in der obersten Etage praktizierende Psychotherapeutin und Psychiaterin Dr. Kristin Schierz konsultieren, oder sie lässt den Patienten auf dem kurzen Dienstweg zur umfassenden Diagnose und Therapie vormerken.

Leistungsspektrum seit 2005 kontinuierlich erweitert

Seit seiner Gründung im Juni 2005 ist das MVZ des Universitätsklinikums kontinuierlich gewachsen. Am Anfang standen zwei hausärztlich tätige Fachärztinnen für Allgemeinmedizin beziehungsweise Innere Medizin sowie ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin, der gleichzeitig die ärztliche Leitung des Versorgungszentrums übernahm. Zwölf Monate später wuchs das Medizinische Versorgungszentrum um zwei chirurgische Arztstühle – ein Wachstumskurs, der sich auch 2007 fortsetzte: Im April nahm eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin ihre Arbeit auf; im Oktober kam eine Praxis für Psychotherapie hinzu. Um das Leistungsspektrum der Labormedizin zu erweitern, gehört seit April 2007 außerdem eine Fachärztin für Mikrobiologie zum MVZ-Team. Einen Monat später nahm eine Fachärztin für Anästhesiologie ihre Arbeit auf, um im Rahmen einer Teilzeitstelle die Chirurgische Praxis zu unterstützen.

Parallel zur kontinuierlichen Erweiterung der Arztstellen stieg auch die Zahl der jährlich behandelten Patienten: Waren es 2006 noch knapp 11.000, zählte das MVZ 2007 bereits mehr als das Doppelte. Hinzu kommt ein relativ stabiler Umfang an labormedizinischen Leistungen, die bei rund 11.000 Scheinen pro Quartal liegen. Obgleich sich das Versorgungszentrum in den beiden vergangenen Jahren erst in der Aufbauphase befand, weisen die Bilanzen Überschüsse im fünfstelligen Bereich aus. Auch diese Zahlen spiegeln den Wachstumskurs wider, der mit der Patienten- und Mitarbeiterzahl korrespondiert.

Die engen Kontakte untereinander und zum Klinikum lassen den Status der MVZ-Ärzte unberührt: Sie praktizieren auf einem Kassenarztsitz und sind Teil der niedergelassenen Ärzteschaft. Nach anfänglicher Skepsis der Kollegen in den Praxen sind die Ärzte des Versorgungszentrums mittlerweile zu gefragten Gesprächspartnern geworden. In der Botschafterrolle sensibilisieren sie die Klinikumsärzte für die Bedürfnisse niedergelassener Kollegen.



Selbstständige Arbeit in einem multiprofessionellen Team

„Das MVZ bietet mir als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie die Möglichkeit, innerhalb eines multiprofessionellen Teams als ärztliche Psychotherapeutin selbstständig zu arbeiten. Große Vorteile sind dabei der unkomplizierte fachliche Austausch sowie die Kooperationsmöglichkeiten mit den anderen Fachbereichen. Durch die Bindungen zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums ist außerdem ein schneller Informationsfluss gewährleistet, um Patienten gemeinsam zu behandeln oder um sich über neue Forschungsergebnisse und Therapiemethoden auszutauschen.“

Dr. Kristin Schierz
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

5

Hausärztetag schlägt Brücken zum Klinikum

Das Wissen der MVZ-Ärzte floss auch in die Organisation des vom Universitätsklinikum am 17. November 2007 veranstalteten 1. Hausärztetags ein. Im Mittelpunkt der halbtägigen Veranstaltung standen Vorträge und Gespräche zu den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Behandlung. Mit dieser Initiative leistete das Universitätsklinikum einen Beitrag zur besseren Kommunikation zwischen niedergelassenen Allgemeinmedizinern sowie Internisten und ihren Kollegen im Krankenhaus. Ein Ziel dieser und weiterer Veranstaltungen ist es, Diagnose, Therapie und Nachsorge besser miteinander zu verzahnen und dabei Qualitätsstandards zu setzen und zu überprüfen.

Am Beispiel hoch spezialisierter Angebote der medizinischen Maximalversorgung wurde in Vorträgen und Gesprächsrunden das Miteinander zwischen niedergelassenem Arzt und Klinik illustriert. Im Mittelpunkt standen dabei die Abläufe in den unterschiedlichen Universitätszentren sowie spezielle Formen operativer Eingriffe – beispielsweise die interventionelle Radiologie – oder komplexe Therapiestrategien etwa bei Rheuma, Osteoporose oder der Parkinson'schen Krankheit.

Die Arbeit im MVZ schafft neue Perspektiven

„Die Mitarbeit im Medizinischen Versorgungszentrum habe ich von Anfang an als Chance gesehen, mich in meinem Beruf weiterentwickeln zu können. In dieser noch neuen Organisationsform liegen aber auch neue Perspektiven für das Fach Laboratoriumsmedizin. Dazu gehört beispielsweise der Ausbau von Kooperationen mit Laboratorien im niedergelassenen Bereich.“

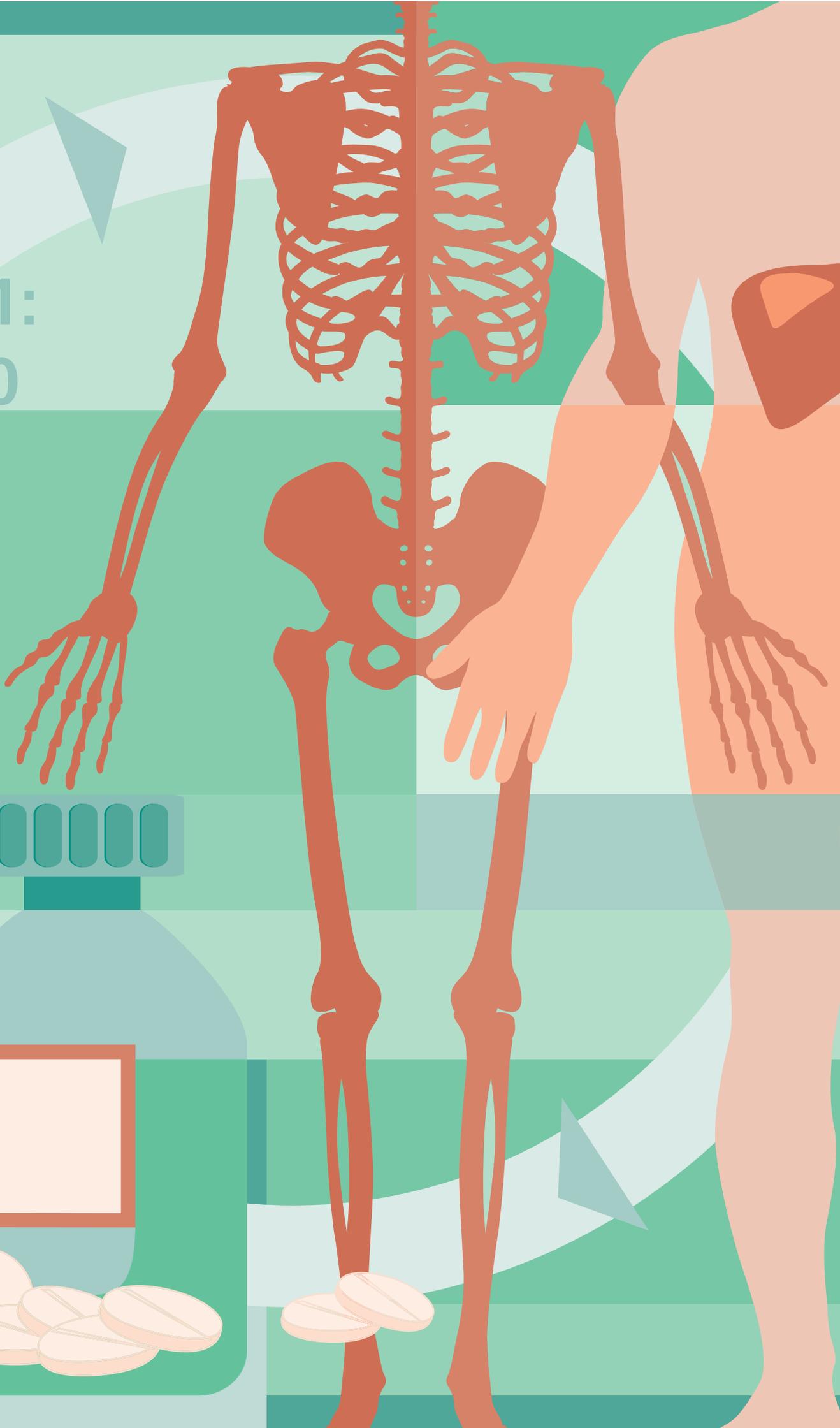
Dr. Oliver Tiebel
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Zufriedene Mitarbeiter durch gut organisierte Arbeitsabläufe

„Ich habe mich für die Mitarbeit im Medizinischen Versorgungszentrum entschieden, um Strukturen mitzugestalten, in denen ich gemeinsam mit meinen Kollegen meine Fähigkeiten und fachlichen Kenntnisse effektiv für unsere Patienten einsetzen kann. Gleichzeitig war ein reibungsloser Arbeitsablauf zur hohen Mitarbeiterzufriedenheit mein Ziel. Dankbare Patienten, die sowohl von unserer Professionalität als auch von unserer harmonischen und individuellen Betreuung profitieren, sind unser Lohn.“

Dr. Cornelia Oelsner
Fachärztin für Anästhesiologie

DIN
EN
ISO
9001:
2000



6

Dank der Fortschritte in der Krebsforschung haben sich die Heilungschancen bei vielen Tumorerkrankungen deutlich verbessert. Damit der einzelne Patient bestmöglich davon profitieren kann, ist ein enges patientenorientiertes Zusammenspiel hoch spezialisierter Fachärzte unterschiedlicher medizinischer Disziplinen unabdingbar.

Das Universitätsklinikum schuf mit dem Universitäts KrebsCentrum Dresden die Strukturen, die eine optimale, multidisziplinäre Krebstherapie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleisten. Diese Aufbauarbeit honorierte die Deutsche Krebsgesellschaft 2007 mit der Auszeichnung „Onkologisches Spitzenzentrum“, die insgesamt nur fünf Einrichtungen in Deutschland erhielten.

Patient:

Adresse:

Beschwerden:

Laborwerte:

Diagnose:

Therapie:

Für Helmuth Wicha war die Diagnose ein schwerer Schlag: Gut eineinhalb Jahre nach seiner Darmkrebsoperation fanden die Ärzte Metastasen in der Leber. Aufgrund der Zahl und Lage sowie seiner Leberwerte kam eine operative Entfernung nicht in Frage, urteilte das Tumorboard des Universitäts KrebsCentrums Dresden (UCC), an das der Freiburger von seinem Hausarzt damals überwiesen worden war. Als Entscheidungsgrundlage dienten auch Aufnahmen des PET-CTs. Dieses moderne Bildgebungsverfahren kann nicht nur die Lage von Tumoren abbilden, sondern macht auch deren Stoffwechsel sichtbar. Die hochmoderne Untersuchung des ganzen Körpers ergab, dass sich außerhalb der Leber keine weiteren Metastasen gebildet hatten. Das Tumorboard, ein regelmäßig tagendes Expertengremium, dem unter anderem Chirurgen, internistische Onkologen, Strahlentherapeuten und Radiologen angehören, einigte sich schnell auf eine Therapiestrategie: In einem ersten Schritt sollte der besonders von Metastasen betroffene rechte Leberlappen von der Blutzufuhr abgeschnitten werden, um die Tumore zu verkleinern.

6



Patienten des Universitäts KrebsCentrums profitieren von einem interdisziplinär eng abgestimmten Therapieablauf. Die vom onkologischen Internisten Dr. Gunnar Folprecht (Foto links) begleitete Chemotherapie ist für Helmuth Wicha (Fotos Mitte und rechts) der Schlussstein einer mehrmonatigen Behandlung, an der unter anderem Chirurgen, Internisten und Radiologen beteiligt waren.

Möglich ist dies dank einer ganz besonderen Eigenschaft der Leber: Sie ist das einzige innere Organ, das sich immer wieder erneuern kann. Durch die verringerte Durchblutung des einen Leberlappens vergrößert sich der linke Teil des Organs und übernimmt dessen lebenswichtige Funktion der Blutreinigung. Um den Blutfluss entsprechend zu steuern, blockierten die Radiologen die zum rechten Leberlappen führende Pfortader. Für diesen Embolisation genannten Eingriff nutzen sie einen durch die Blutgefäße geschobenen Katheter. Sein Ziel: so nahe wie möglich an die Leber heranzukommen. Dieser hoch spezialisierte Eingriff fand bereits zwei Tage nach der Entscheidung des Tumorboards statt.

Sechs Wochen nach der Embolisation begann für Helmuth Wicha zudem eine Chemotherapie. Er stimmte dem Vorschlag der UCC-Ärzte zu, im Rahmen der Therapie an einer Studie teilzunehmen. Hierbei soll die Wirksamkeit einer Kombination zweier Medikament überprüft werden. „Ich habe sofort ja gesagt – auch um künftigen Patienten zu helfen, denn für mich ist die Teilnahme an einer solchen Studie etwas wie eine Organspende“, erzählt der 61-Jährige. Nach Abschluss der sechswöchigen Chemotherapie beschloss das UCC-Tumorboard, dass im Januar 2008 ein Großteil des rechten Leberlappens entfernt werden konnte.

Trotz der erfolgreichen zweigleisigen Therapiestrategie war es für Helmuth Wicha ein sehr schwerer Eingriff, dem ein mehrtägiger Aufenthalt auf der Intensivstation folgte. Nach mehreren Wochen in einer Rehaklinik begann Anfang April die letzte Behandlungsphase. Über eineinhalb Monate erhielt der Freiburger nochmals dieselbe Chemotherapie wie im Herbst 2007 – wiederum als Studienteilnehmer. Mit der wissenschaftlich begleiteten Gabe einer Kombination hoch wirksamer Krebsmedikamente soll „das Risiko wieder aufflammender Metastasen weiter reduziert werden“, sagt Dr. Gunnar Folprecht, der

den Patienten während der Chemotherapie betreute. Der Internist der Medizinischen Klinik und Poliklinik I koordiniert die Studie in Dresden, in die bundesweit 111 Patienten eingeschlossen wurden. Vorteil für Helmuth Wicha ist nicht nur, dass er als einer von nur wenigen Tumorpatienten in Deutschland von einem innovativen Behandlungskonzept profitiert, sondern im Rahmen der Studie zusätzlich untersucht wird.

Comprehensive Cancer Center als Referenzmodell bei der Versorgung von Tumorpatienten

Krebserkrankungen sind in allen Industrienationen die zweithäufigste Todesursache. Die in den vergangenen Jahrzehnten vorangetriebene Erforschung der fast immer lebensbedrohlichen Krankheit führte bei Diagnostik, Behandlung und Nachsorge der Patienten zu wichtigen Innovationen. Viele Tumoren, insbesondere in fortgeschrittenen Stadien, werden heute durch eine Kombination unterschiedlicher Therapiemethoden, wie Operation, Bestrahlung und systemische Therapie behandelt. Dies hat die Heilungschancen gegenüber den Einzeltherapien deutlich erhöht, ebenso die funktionellen Ergebnisse und damit die Lebensqualität der Patienten verbessert. Für eine optimale multidisziplinäre Therapie ist ein enges, patientenorientiertes Zusammenspiel hoch spezialisierter Fachärzte unterschiedlicher medizinischer Disziplinen unbedingte Voraussetzung.

Referenzmodell für eine diesen Kriterien gerecht werdende Versorgungsstruktur sind so genannte Comprehensive Cancer Center. In den USA und in einigen europäischen Ländern haben sich führende Krebskliniken entsprechend organisiert. Um auch in Deutschland die Zahl dieser Einrichtungen zu erhöhen, hat die Deutsche Krebshilfe das Förderungsschwerpunktprogramm „Onkologische Spitzenzentren“ ausgeschrieben. Mit jährlich einer Million Euro pro gefördertes Zentrum sollen die dort aufgebauten Strukturen optimiert und weiterentwickelt werden. Das Universitäts KrebsCentrum konnte das international besetzte Expertengremium bereits in der ersten Ausschreibungsrunde überzeugen und erhielt als eine von bundesweit vier Einrichtungen die Auszeichnung „Onkologisches Spitzenzentrum“.

Wesentliche Stärken des UCC sind die Einbeziehung sämtlicher onkologischer Disziplinen und die Verbindung modernster Krankenversorgung mit Krebsforschung und Ausbildung. In mehrmals wöchentlich stattfindenden Konferenzen zu den verschiedenen Krebsarten – den so genannten Tumorboards – wird der individuelle

Regionaler Krebsplan als Rahmen einer optimierten Behandlung

Zweifelsohne lassen sich nicht sämtliche krebserkrankten Patienten in dem Comprehensive Cancer Center der jeweiligen Region diagnostizieren und behandeln. Ein modernes, effizientes und kostenbewusstes Versorgungssystem hat vielmehr sicherzustellen, dass jedem Patienten möglichst heimatnah und stufenweise die optimale Diagnostik und Therapie angeboten wird. Dies kann nur durch geeignete Netzwerke der Comprehensive Cancer Center mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren regionalen Partnern gelingen.

Aber auch damit ist das erhebliche, medizinische, psychologische und sozioökonomische Problem der Krebserkrankungen noch keineswegs gelöst. Zusätzlich ist auf vielen Ebenen eine wissenschaftlich fundierte Aufklärungsarbeit und Beratung notwendig. Darüber hinaus gilt es, die Akzeptanz von Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen, um Tumore in gut heilbaren Stadien erkennen zu können. Auch hier müssen wissenschaftlich konzipierte Programme zusammen mit politischen Entscheidungsträgern und den Kostenträgern des Gesundheitswesens aufgelegt werden. Genauso unstrittig ist, dass Patientenselbsthilfeorganisationen wichtige Funktionen in der Beratung und Krankheitsverarbeitung für Patienten und ihre Angehörigen haben. Weitere Felder sind eine auszubauende soziale und berufliche Wiedereingliederung oder die psychologische Verarbeitung der Erkrankung und schließlich auch die Interaktion mit der Industrie, um neue Forschungsergebnisse für Patienten schnell nutzbar zu machen.

Diese Beispiele belegen, dass nur ein über das engere Gesundheitswesen hinausgehender „Krebsplan“ eine umfassende Vernetzung zum Wohl der Patienten erreichen kann. Wie in vielen EU-Ländern ist zurzeit auch in Deutschland ein komplexer „nationaler Krebsplan“ in Arbeit. Die Administration eines solchen Plans wird typischerweise zentral gesteuert. In kleineren Ländern wie Dänemark, Irland oder Slowenien könnte dies gut funktionieren. In größeren Staaten wie Deutschland hingegen könnte eine zentrale Verwaltung zu unflexibel sein, um Prävention, Versorgung und Nachbetreuung im Bereich der Onkologie bedarfsgerecht und effizient zu steuern.

Deshalb sollte der nationale Plan lediglich den Rahmen für „regionale Krebspläne“ bilden. Damit ließen sich beispielsweise im Freistaat Sachsen oder in einer Region wie Ostsachsen die relevanten Bedürfnisse vor Ort sehr viel genauer erfassen. Dies birgt die Chance, schneller, effizienter sowie ökonomischer auf diesen Bedarf zu reagieren. Es ist daher äußerst vielversprechend, gemeinsam mit dem Sozialministerium und allen relevanten Partnern den Grundstock eines regionalen Krebsplanes auszuarbeiten, der schrittweise zu erweitern und zu verbessern wäre.



Das Tumorboard ist das Herzstück des Universitäts KrebsCentrums: In diesem Rahmen beurteilen die Spezialisten der unterschiedlichen Fächer die Befunde und legen für jeden Patienten die Behandlungsstrategie fest.

Therapieplan für jeden einzelnen Krebspatienten abgestimmt. Daran beteiligen sich jeweils alle Spezialisten der zur Behandlung notwendigen Disziplinen.

Im Rahmen des UCC werden zudem hoch spezialisierte diagnostische und therapeutische Methoden angeboten, die aufgrund ihrer hohen Kosten und der notwendigen spezialisierten Expertise nur an wenigen Orten vorgehalten werden können und somit der gesamten Region dienen müssen. Hierzu gehören unter anderem ein PET-CT – die Kombination aus Protonen-Emissions-Tomographen und Computer-Tomographen –, das nicht nur in der Krankenversorgung genutzt wird, sondern vorrangig der Grundlagenforschung dient.

Das nach dem Grundkonzept eines Comprehensive Cancer Centers (CCC) strukturierte UCC stellt sicher, dass unnötige Zeitverzögerungen für die Patienten ebenso vermieden werden wie Doppeluntersuchungen. Deshalb steht dem Krebspatienten ein fester Ansprechpartner in einer fachübergreifenden Krebsambulanz zur Seite, der für ihn die Diagnostik und Behandlung koordiniert sowie die Übergänge zwischen ambulanter Versorgung durch den einweisenden Arzt oder Hausarzt und der stationären Behandlung in den verschiedenen Kliniken des Universitätsklinikums abstimmt. In einem CCC sind viele Spezialisten nicht nur als erfahrene Ärzte tätig, sondern darüber hinaus als Hochschullehrer und Krebsforscher. Damit ist sichergestellt, dass der modernste Wissensstand bei jedem Schritt von der Diagnostik bis zur Behandlung berücksichtigt wird.

Zentrenspezifisches Qualitätsmanagement

Ein wesentliches Kennzeichen interdisziplinärer medizinischer Zentren wie das Universitäts KrebsCentrum Dresden ist die große Zahl von Schnittstellen zu internen und externen Partnern. Diese Übergänge bergen ein erhebliches Risiko von Kommunikationsfehlern, Verzögerungen und anderen qualitätsmindernden Problemen. Darüber hinaus sind die Verantwortlichkeiten in solchen Zentren nicht so eindeutig definiert, wie das in traditionellen Strukturen des Gesundheitswesens üblich ist. Dies kann nicht nur Arbeitsabläufe behindern, sondern birgt auch juristische Risiken. Dem lässt sich nur durch ein geeignetes Qualitätsmanagement (QM) mit verbindlicher und transparenter Festlegung von Verantwortlichkeiten sowie Arbeitsabläufen gegensteuern. Das UCC hat sich dabei für ein Qualitätsmanagementsystem nach der DIN EN ISO 9001:2000 entschieden und durchlief bereits 2004 die Erstzertifizierung ebenso erfolgreich wie die folgenden Rezertifizierungen. Neben der Definition von Strukturen und Prozessen erlaubt dieses System den Aufbau eines QM für die Ergebnisqualität.



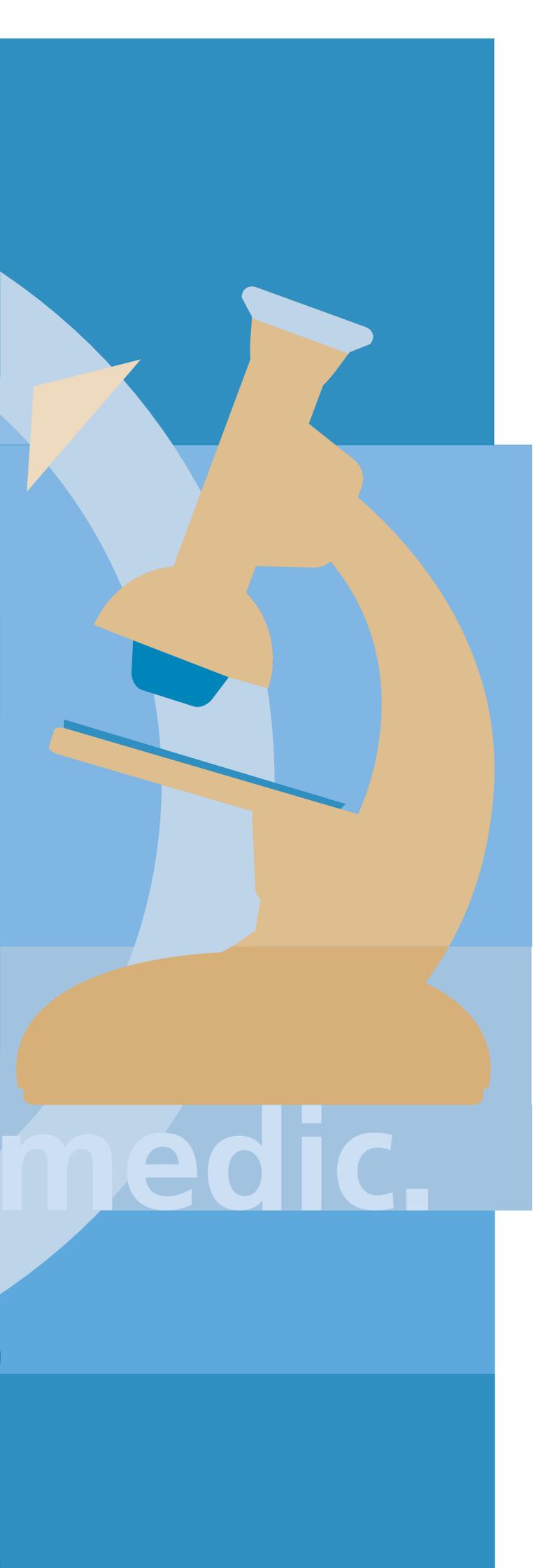
Die Überprüfung des Behandlungserfolgs stellt für Krebszentren eine besondere Herausforderung dar. Kernproblem ist dabei der lange Zeitraum, in dem sich die Therapieergebnisse erst feststellen lassen. Verschärft wird dies durch die Struktur des deutschen Gesundheitswesens, das dem behandelnden Krankenhausarzt in der Regel nicht die Möglichkeit einräumt, seine Patienten im Nachgang der Therapie langfristig und regelmäßig zu untersuchen. Gleichzeitig ist ein flächendeckendes Meldewesen für Nachuntersuchungen in Deutschland bislang nicht etabliert. Daher kommt neben dem weiteren Aufbau einer verbesserten Nachsorgedokumentation vor allem der Messung der Prozessqualität in Krebszentren besondere Bedeutung zu.

Kerninstrument im UCC ist dabei der so genannte horizontale Audit, mit dem sehr gute Erfahrungen gesammelt wurden. Für diese Audits werden einzelne Behandlungsfälle nach Abschluss der verschiedenen Therapieschritte zufällig ausgewählt und in speziellen Tumorboards in Anwesenheit aller an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen erneut diskutiert. Dies ermöglicht dem Zentrum die Kontrolle darüber, ob die Empfehlungen der Boards klinisch korrekt umgesetzt wurden. Auch lassen sich so Verbesserungspotenziale bei den therapiebegleitenden Strukturen und Prozessen identifizieren. Darüber hinaus spielen die Ergebnisse horizontaler Audits eine wichtige Rolle bei den Forschungsaktivitäten eines Comprehensive Cancer Centers: Sie liefern unter anderem wichtige Anstöße für weitere Ansätze in der wissenschaftlichen Arbeit.



Dr. rer.

7



Mit einem thematisch stark fokussierten Doktorandenprogramm fördert die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus den wissenschaftlichen Nachwuchs und setzt gleichzeitig auf eine engere Verzahnung der Forschungsgruppen. Die fächerübergreifende Betreuung der Promovierenden stärkt die Kooperationen unter den Wissenschaftlern weiter und legt damit den Grundstein für neue Vorhaben.

Die Fakultät initiierte das PhD-Programm „Metabolismus und Endothel“ mit dem Ziel, den zu dieser Thematik aufgebauten Forschungsschwerpunkt zu stärken. Die Projekte der Nachwuchsforscher stärken die Strukturen, die seit 1999 durch die Berufung international namhafter Wissenschaftler etabliert wurden. Die Anschubfinanzierung für das PhD-Programm übernahm das Bundesministerium für Bildung und Forschung.



7

Mit der Optischen Kohärenz-Tomographie steht der Nachwuchsforscherin Anne Klotzsche-von Ameln ein innovatives Untersuchungsverfahren zur Verfügung, das sich zurzeit noch in der Entwicklung befindet. Damit ist es möglich, am lebenden Organismus Zell- und Gewebestrukturen zu untersuchen.

Wenn ein Pathologe das ungestüme Wachstum von Tumoren untersuchen will, steht ihm mit einem histologischen Präparat nur ein Schnappschuss zur Verfügung. Geht es aber um Fragen der Tumordurchblutung, bleibt diese Untersuchungstechnik den Forschern einige Antworten schuldig. Die aber sind für die Nachwuchswissenschaftlerin Anne Klotzsche-von Ameln entscheidend: Sie beschäftigt sich mit der Neubildung von Blutgefäßen – der Angiogenese. Diese Prozesse spielen beispielsweise eine wichtige Rolle beim Wachstum von Tumoren, die sie im Rahmen ihrer Promotionsarbeit an Mäusen beobachtet.

Um diese Prozesse in vivo verfolgen zu können, verlässt die 26-jährige Biotechnologin ihr Labor im Institut für Pathologie und nutzt das Know-how von Prof. Edmund Koch aus dem Arbeitsbereich „Klinisches Sensoring und Monitoring“. Der Physiker entwickelte in den vergangenen Jahren die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT), die Ärzten und Wissenschaftlern neue Perspektiven eröffnet. Dabei ermöglicht das infrarote Probenlicht einen Blick in die Zell- und Gewebestrukturen der obersten Hautschichten oder von anderen Organen, ohne diese dabei zu verletzen.

Anne Klotzsche-von Ameln nutzt bei der Untersuchung der Mäuse neben dem Wissen des Forscherteams von Prof. Koch Erfahrungen anderer Forschergruppen, die die OCT für ihre Untersuchungen bereits eingesetzt haben. Solche Querverbindungen helfen, die eigenen Experimente schneller zum Erfolg zu führen. Der unkomplizierte Aufbau interdisziplinärer Kontakte ist ein wichtiger Effekt des Doktorandenprogramms der Medizinischen Fakultät, in das auch die Nachwuchswissenschaftlerin aufgenommen wurde. Wie alle der 15 bisher ausgewählten Teilnehmer hatte sie zuvor ein aufwendiges Bewerbungsverfahren absolviert.

Dieses vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Doktorandenprogramm hat die Fakultät aufgelegt, um den Forschungsschwerpunkt „Mechanismen der Zelldegeneration und -regeneration als Grundlage diagnostischer und therapeutischer Strategien“ weiter zu profilieren. Seit 2001 hat die Fakultät vier neue Professuren mit diesem Schwerpunkt erfolgreich etabliert. In einem zweiten Schritt werden nun die in diesen Strukturen aufgebauten Forschungsgruppen gestärkt. Das hierzu erstmals 2006 aufgelegte und 2007 um neue Teilnehmer erweiterte Doktorandenprogramm legt den Fokus auf den Bereich „Stoffwechsel und Endothel“.



Gefäße ermöglichen ungestümes Tumorwachstum

Wenn Anne Klotzsche-von Ameln das Wachstum von Blutgefäßen beobachtet, dann spielt das so genannte „Endothel“ eine wichtige Rolle: Diese langgestreckten Zellen kleiden die Venen und Arterien von innen aus und sind für das Wachstum neuer Blutbahnen verantwortlich, ohne die sich der Körper etwa nach Verletzungen nicht regenerieren könnte. Doch wie das Beispiel des Osteosarkoms – eine Form des Knochenkrebses – zeigt, hat die Angiogenese nicht nur gute Seiten. Dieses Sarkom gehört zu den aggressiv wachsenden Tumorarten: Etwa bei Mäusen vergrößert sich der in seinem Ursprung mikroskopisch kleine Zellverbund innerhalb von wenigen Tagen auf einen Durchmesser von einem halben Zentimeter. Möglich ist dieses ungestüme Wachstum nur, wenn der bösartige Tumor mit dem Blutkreislauf verbunden ist.

Um diese Anbindung des Tumors an den Kreislauf geht es der Nachwuchswissenschaftlerin: Im Rahmen des Doktorandenprogramms erforscht sie die Rolle von Faktoren, die die Blutgefäße zum Wachstum in Richtung Tumor animieren. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht der „Hypoxie induzierbare Faktor“ (HIF): Er signalisiert dem umgebenden Gewebe Sauerstoffmangel und fördert so das Aussprosseln der Gefäße in Richtung Tumor. Die Biotechnologin sucht nach Wegen, das HIF bei Sauerstoffmangel auszuschalten. Hierzu hat sie den Fokus auf Prolyl-Hydroxylasen (PHD) gelegt, welche die Aktivität des Hypoxie induzierbaren Faktors steuern. Solange in den Tumorzellen Sauerstoffmangel herrscht, treten diese PHD nicht in Erscheinung, so dass das HIF seine Signale ungehindert an die Gefäße senden kann. Erst wenn der Mangel behoben ist, bremst die Prolyl-Hydroxylase die Aktivitäten des HIF.

Exzellenz braucht Netzwerke

Mit seinem Doktorandenprogramm geht die Medizinische Fakultät neue Wege: Ein klar eingegrenztes Themenfeld und eine fächerübergreifende Betreuung sind die Kernelemente des Programms. Damit fördert die Fakultät den wissenschaftlichen Nachwuchs erstmals direkt und nicht über die Einrichtungen der Fakultät. Prodekan Prof. Andreas Deußen erläutert die strategischen Ziele des Vorhabens.

Warum hat die Fakultät diesen neuen Weg eingeschlagen? Wir wollen sicherstellen, dass die Mittel aus dem NBL-Programm in Netzwerke fließen und nicht an einzelne Institute. Wir orientieren uns dabei am Gedanken der Exzellenzförderung: Wissenschaftliche Spitzenleistungen leben davon, verschiedene Fachgebiete miteinander zu verknüpfen. Die Betreuung der Doktoranden durch zwei Experten unterschiedlicher Gebiete sichert diese gewünschte Transdisziplinarität.

Derzeit ist das Doktorandenprogramm thematisch sehr stark eingegrenzt. Ist es vorstellbar, weitere Programme zu anderen Themenfeldern zu initiieren? Ich kann mir gut vorstellen, ein solches Doktorandenprogramm an größere Projekte, etwa an einen Sonderforschungsbereich oder eine Forschergruppe, zu koppeln. Dies erhöht die Chancen auf erfolgreiche Folgeanträge.

Wie nehmen die jungen Wissenschaftler dieses Programm an? Sehr gut. Auf unsere Ausschreibungen melden sich deutlich mehr Bewerber, als wir fördern können. Zusätzlich zu diesen Doktoranden haben wir es Studenten ermöglicht, sich in das Programm zu integrieren. Damit steigt für alle Beteiligten die Intensität der Ausbildung und der Zusammenarbeit.



7

Die Biotechnologin Anne Klotzsche-von Ameln nutzte die vielfältigen Möglichkeiten des PhD-Programms der Fakultät, um ihren wissenschaftlichen Horizont zu erweitern. Betreut wurde sie von Prof. Georg Breier (Foto rechts), Leiter des Forschungsbereichs am Institut für Pathologie.

Forscher entschlüsseln Wachstumssignale der Krebszellen

Das Forscherteam von Prof. Georg Breier vom Institut für Pathologie untersucht die Mechanismen, wie Krebszellen das Wachstum von Blutgefäßen anregen. Dieser Angiogenese genannte Prozess spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung solider Tumore und deren Metastasierung. Bereits in den 1990er Jahren hatten Forscher die Grundlagen für die Entwicklung eines Darmkrebsmedikaments geschaffen, das die an die Gefäße ausgesandten Wachstumssignale unterbindet. Jedoch ist dieses 2004 erstmals in den USA zugelassene Medikament nicht bei allen Krebsformen anwendbar. Auch sprechen nicht alle Patienten auf diese Behandlung an. Die neunköpfige Forschergruppe um Prof. Breier sucht deshalb nach weiteren Signalwegen der Tumorangiogenese. Ziel ist, diese Wege zu blockieren und so das Krebswachstum zu hemmen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Vorgängen, die durch Sauerstoffmangel im Tumor, der so genannten Hypoxie, ausgelöst werden. Prof. Georg Breier hat seit Oktober 2003 die Professur für Endothelzellbiologie und -pathologie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus inne. Für die Forschungen zur Tumorangiogenese stehen ihm jährlich rund 400.000 Euro zur Verfügung, die überwiegend Drittmittelgeber bereitstellen. Prof. Breier ist unter anderem Mitglied des PhD-Programms „Metabolismus und Endothel“, des Sonderforschungsbereichs „Von Zellen zu Geweben“ (SFB 655) sowie des „Center for Regenerative Therapies Dresden“ (CRTD).

Bisher sind diese an Zellkulturen gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Entstehung von Tumoren noch nicht experimentell überprüft worden. Dies steht im Mittelpunkt der dreijährigen Forschungsarbeit von Anne Klotzsche-von Ameln, die sie 2009 mit einer Promotion zum Dr. rer. medic. abschließen will. Um die Wirkungsweise der PHD zu überprüfen, hat sie Mäuse gezüchtet, die dieses Enzym in deutlich geringeren Mengen bilden. In einer abschließenden Versuchsreihe geht es nun um den Vergleich, wie sich das Osteosarkom in einer solchen „Knock-out-Maus“ und einem genetisch unveränderten Artgenossen entwickelt. Um den erwarteten Unterschied bei der Entwicklung dieses Tumors an einem lebenden Organismus zu beobachten, bietet sich die OCT-Methode an.

Betreuer-Tandem für optimalen Wissenstransfer

Weil tierexperimentelle Verfahren für die Biotechnologin Neuland waren, konnte sie sich dieses Wissen im Rahmen des Doktorandenprogramms erschließen: Das notwendige Rüstzeug für die Forschungsarbeit wird in wöchentlichen Seminaren sowie in mehreren Laboreinführungskursen vermittelt. Darüber hinaus stellen die Teilnehmer den aktuellen Stand ihres Projekts jährlich in Vorträgen zur Diskussion. Neben diesen Veranstaltungen sorgt die intensive Betreuung der Promovierenden für einen umfassenden Wissenstransfer: Jedem Nachwuchsforscher stehen jeweils zwei Betreuer zur Seite, wobei die Tandems aus einem klinisch und einem experimentell tätigen Wissenschaftler bestehen. „Damit stellen wir sicher, dass auch beim



Der regelmäßige Informationsaustausch unter den Teilnehmern des PhD-Programms ist ein wesentliches Element, um interdisziplinäre Ansätze in den Forschungsprojekten zu fördern.

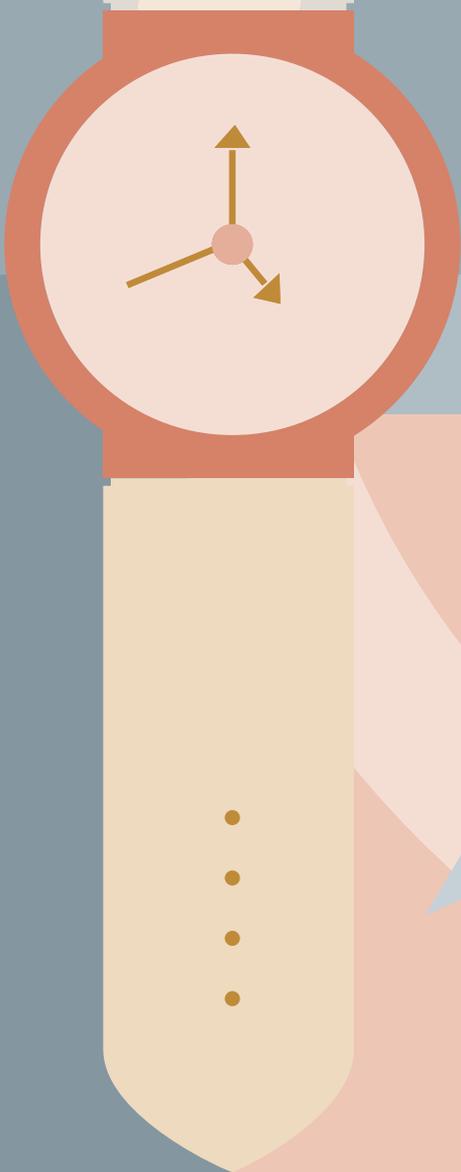
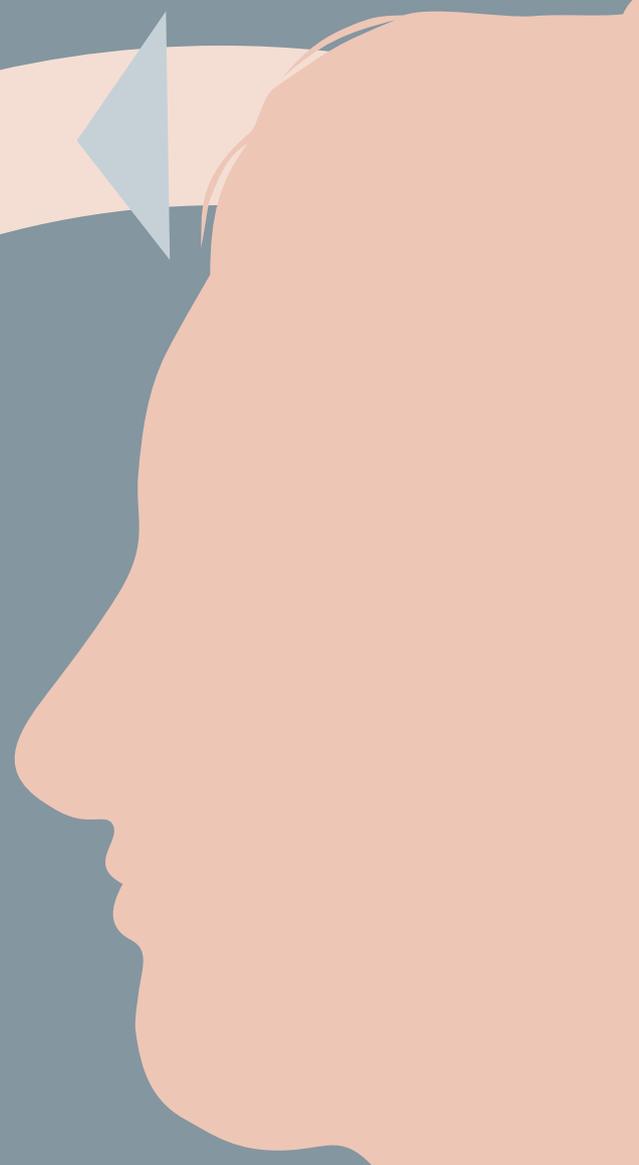
7

Doktorandenprogramm der modernste Stand der experimentellen Technik eingesetzt wird“, sagt Prof. Andreas Deußen, der das Programm als Prodekan der Medizinischen Fakultät verantwortet.

Für die Teilnehmer ist aber auch der regelmäßige Austausch untereinander wichtig: „Für mich ist es sehr interessant, dass die anderen – etwa Mediziner – mein Vorhaben aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten“, sagt Anne Klotzsche-von Ameln. Aus diesem alltäglichen Erfahrungsaustausch entwickeln sich regelmäßig neue Ansätze für die eigene Arbeit. „Die Interaktion mit den anderen Teilnehmern des Programms erleichtert den Doktoranden den Zugang zu weiteren Methoden und Facilities. Die Hemmschwelle, Mitarbeiter aus anderen Arbeitsgruppen anzusprechen, ist bei ihnen deutlich geringer als bei anderen Doktoranden“, erläutert Prof. Georg Breier, Leiter des Forschungsbereichs am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums. Als einer der Betreuer von Anne Klotzsche-von Ameln schätzt er den positiven Effekt des Doktorandenprogramms sehr hoch ein: „Sie konnte in diesem Rahmen ihren wissenschaftlichen Horizont enorm erweitern“, so der Angiogeneseforscher. Durch ihren zweiten Betreuer, den Kardiologen Prof. Rüdiger Braun-Dullaeus, konnte sie die Verbindungen ins Herzzentrum Dresden nutzen und gewann dabei Einblicke in die Arterioskleroseforschung.

Prodekan Prof. Deußen ist davon überzeugt, dass der thematische Fokus des Doktorandenprogramms wissenschaftlichen Nachwuchs ausbildet, dem im Nachgang ein breites Fächerspektrum offensteht: „Das Endothel ist ein klassisches Querschnittsthema – schließlich zieht sich das Gefäßsystem durch alle Organe. Wer darüber Bescheid weiß, kann in vielen Fächern tätig sein.“ Der Bedarf an solchen Experten ist zudem groß: Das Endothel ist Ort für viele Schädigungen des Organismus – zum Beispiel der Arteriosklerose und ihrer Folgeerkrankungen. Andererseits spielt dieser Zelltyp eine entscheidende Rolle bei der Gefäßneubildung.

Doch auch der unmittelbare Nutzen des Programms für die Fakultät ist unübersehbar: Durch die Betreuung der Promovierenden haben sich nach Ansicht von Prof. Breier Gemeinsamkeiten unter den Wissenschaftlern stärker herauskristallisiert. Unter den einzelnen Arbeitsgruppen wird nun inhaltlich intensiver diskutiert und abgestimmt. Damit wachsen die Chancen, neue, erfolgversprechende Projekte zu entwerfen und dafür Drittmittel einzuwerben.



Jahresrückblick

Innovative Therapien, neu berufene Experten für ein erweitertes Behandlungsspektrum, Auszeichnungen für Mitarbeiter und Einrichtungen des Universitätsklinikums, innovative Verträge zur gemeinsamen Behandlung von Patienten, Baumaßnahmen und nicht zuletzt eine Reihe kultureller und sportlicher Ereignisse haben 2007 die Entwicklung des Klinikums geprägt.

JANUAR

1. Januar

Prof. Michael Bauer übernahm die Leitung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Der auch in Biologie promovierte Arzt und Wissenschaftler setzt in der Krankenversorgung vor allem auf die frühzeitige Erkennung und Therapie psychischer Erkrankungen. Hierzu forciert der 49-Jährige den Ausbau von Spezialambulanzen, beispielsweise für Patienten mit bipolaren sowie Demenz- und Suchterkrankungen. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit ist die Frage nach den biologischen Ursachen psychischer Erkrankungen.

Prof. Martin Aringer wechselte aus Wien an die Medizinische Poliklinik und Klinik III. Der Spezialist für rheumatische Erkrankungen wird vor allem Patienten behandeln, die unter den Autoimmunerkrankungen Lupus erythematoses und chronischer Polyarthritis leiden. Bei letzterem Krankheitsbild beteiligt sich Prof. Aringer an Forschungen zu einem Behandlungskonzept, das Erfahrungen zu einer frühen Diagnose und Therapie sammelt und auswertet.



9. Januar

Mit der neuesten Gerätegeneration so genannter Greenlight-Laser setzt die Klinik und Poliklinik für Urologie seit Jahresbeginn ein sehr schonendes Verfahren zur operativen Verkleinerung der Prostata ein. Die besondere Wellenlänge des Lasers und dessen hohe Intensität sorgen dafür, dass das Gewebe nahezu rückstandsfrei verdampft. Vorteil der Behandlung mit dem neuen Greenlight-Laser ist eine noch geringere Belastung der Patienten. Damit können nun auch Personen mit schweren Begleiterkrankungen operiert werden.

1. Februar

Die Klinik und Poliklinik für Neurologie eröffnet ein Multiple-Sklerose-Zentrum und erweitert damit die Kapazitäten der ambulanten Betreuung von Patienten, die unter dieser unheilbaren Erkrankung des Nervensystems leiden. Die aus der MS-Ambulanz der Klinik hervorgegangene und von Dr. Tjalf Ziemssen geleitete Einrichtung erhielt anlässlich ihrer Eröffnung das Zertifikat „Anerkanntes MS-Zentrum“ der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, das damit zum zweiten Mal in Sachsen vergeben wurde.

Privatdozent Dr. Rainer Sabatowski übernahm die Leitung des Universitäts SchmerzCentrums. Der Facharzt für Anästhesiologie hatte bis dahin die Schmerzambulanz der Universitätsklinik zu Köln geleitet und dort den Akutschmerzdienst aufgebaut. Dr. Sabatowski hat sich vor allem in den Bereichen Spezielle Schmerztherapie, Psychosomatische Grundversorgung und Palliativmedizin qualifiziert. Darüber hinaus engagiert er sich in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten – speziell auf dem Gebiet der Schmerztherapie.



28. Februar

Der erste Jahrgang der im Universitätsklinikum ausgebildeten Operationstechnischen Assistenten (OTA) beendete die Ausbildung. 16 junge Leute absolvierten die neue, über drei Jahre gehende Berufsausbildung, die sie auf den verantwortungsvollen Einsatz unter anderem in Operationssälen vorbereitete. Sechs der Assistenten übernahm das Klinikum, das diese Ausbildung ab Herbst 2007 erneut anbot.

21. Februar

Prof. Gabriele Siegert, Direktorin des Institutes für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, eröffnete die 51. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e. V. (GTH) in Dresden. Als Tagungspräsidentin organisierte sie die dreitägige Veranstaltung, an der 1.300 Ärzte und Wissenschaftler teilnahmen. Im Mittelpunkt standen innovative Medikamente und Behandlungsstrategien gegen die Thrombose-Neigung von Patienten. Für Konzept und Organisation der Tagung erhielt sie im November den „dresden congress award“.

MÄRZ

7. März

Klinikum, AOK und Ersatzkassen schlossen einen Vertrag zur Integrierten Versorgung von Schmerzpatienten. Eine mehrstufige Behandlungsstrategie öffnet damit Patienten den Weg zu einer frühzeitigen und wirksamen Behandlung von Schmerzen. Dieser wegweisende Vertrag war der erste seiner Art in Sachsen. Ziel der zügigen, transparenten und nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen strukturierten Behandlung ist es, vor allem Rückenschmerz-Patienten zu helfen: Ihre Lebensqualität soll so verbessert werden, dass auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sinken.

13. März

Dr. Andreas Hermann von der Klinik und Poliklinik für Neurologie wurde in Ulm auf der 5. Parkinsontag der Deutschen Parkinson Gesellschaft gleich für zwei Forschungsprojekte ausgezeichnet. Im Zentrum der preisgekrönten Projekte des 28-Jährigen Nachwuchsforschers steht die Rolle von Stammzellen bei der Entstehung und Therapie des Morbus Parkinson.



UCC – Universitäts KrebsCentrum

APRIL

3. April

Zum vierten Mal fand das von Medizinstudenten organisierte „Dresdner Teddykrankenhaus“ im Universitätsklinikum statt. Mehr als 1.000 Dresdner Kindergartenkinder hatten dabei die Möglichkeit, ihre Kuscheltiere untersuchen und behandeln zu lassen.



23. März

Das Universitäts KrebsCentrum des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus erhält bis 2009 drei Millionen Euro aus dem Förderschwerpunktprogramm „Onkologische Spitzenzentren“ der Deutschen Krebshilfe. Damit kann das Zentrum seine bereits vor vier Jahren aufgenommene Arbeit einer optimierten Versorgung von Krebspatienten weiter ausbauen und enger mit der Krebsforschung verzahnen. Die Fördergelder gehen an die vier bundesweit führenden Einrichtungen, die bereits einen hohen Standard bei der Behandlung Tumorkrankter erreicht haben.

26. März

Die Leiterin des Zentralbereichs Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum, Dr. Maria Eberlein-Gonska, übernahm den Vorsitz der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG). Sie wurde auf der Mitgliederversammlung der Gesellschaft in Essen gewählt.

MAI

2. Mai

Prof. Lorenz Hofbauer nahm seine Arbeit an der Medizinischen Poliklinik und Klinik III des Universitätsklinikums auf. Besonderer Schwerpunkt der ärztlichen und wissenschaftlichen Arbeit des Endokrinologen sind verbesserte Therapien der Osteoporose. Weitere Behandlungsschwerpunkte des 38-Jährigen sind Erkrankungen der Schilddrüse, der Nebenniere und der Hypophyse.

4. Mai

Um gebrochene Wirbel wieder zu stabilisieren und damit verbundene starke Rückenschmerzen zu lindern oder ganz auszuschalten, bietet das Institut für Radiologische Diagnostik ein neues Verfahren an. Bei der CT-Kyphoplastie wird in den zusammengebrochenen Wirbel ein spezieller Knochenzement injiziert, nachdem der Wirbelkörper über einen Ballon aufgerichtet wurde. Während der Behandlung liegt der Patient in einem Computertomographen, der es den Ärzten ermöglicht, die Gabe des Zements sehr genau zu steuern. Der Erfolg des minimalinvasiven Verfahrens ist groß: Bei vier von fünf Patienten verringern sich die Rückenschmerzen deutlich oder verschwinden ganz.

JUNI

15. Juni

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus präsentierte ihre Leistungsbilanz „Publikationen, Drittmittel, Lehre 2006“. Darin vermeldete sie einen fünfprozentigen Anstieg der 2006 erworbenen Drittmittel im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Externe Geldgeber finanzierten Forschungsprojekte mit zusätzlich 20,5 Millionen Euro. Damit setzte sich das seit sechs Jahren anhaltende Wachstum dieser Finanzierungsquelle fort.



11. Mai

Mit einem Bildungs-Kolloquium wurde das aufwendig sanierte Gebäude der Medizinischen Berufsfachschule des Universitätsklinikums eingeweiht. Damit die Unterrichtsräume die aktuellen Anforderungen erfüllen, investierte das Klinikum knapp eine Million Euro. Als einer der größten Ausbildungsbetriebe in Sachsen bereiten sich in der Medizinischen Berufsfachschule rund 500 Schülerinnen und Schüler der verschiedenen Jahrgänge auf ihre Tätigkeit im Gesundheitswesen vor. Zudem beherbergt das Gebäude das klinikums-eigene Zentrum für Fort- und Weiterbildung, in dem sich jährlich mehrere hundert Teilnehmer aus dem Uniklinikum selbst sowie anderen Gesundheitseinrichtungen qualifizieren.

1. Juni

Prof. Wolfgang Enghardt vom Zentrum für Innovationskompetenz OncoRay erhielt den IBA-Europhysics Prize 2007 für seine physikalischen Arbeiten zur Verbesserung der Ionentherapie. Diese innovative Form der Strahlentherapie mit Partikeln (schweren Ionen und Protonen) ist eine der vielversprechendsten Neuerungen der Krebsbehandlung für die kommenden Jahrzehnte. Hochpräzise, besonders wirksame Strahlen werden exakt in den Tumor geleitet und zerstören diesen vollständig, schonen dabei aber das umliegende gesunde Gewebe optimal.

Mit der Einführung des DVB-Firmentickets können die Mitarbeiter des Universitätsklinikums den öffentlichen Nahverkehr zu einem vergünstigten Tarif nutzen. Möglich wird dies auch durch einen Arbeitgeberzuschuss von bis zu 17 Prozent.

28. Juni

Mit dem Auftritt der Modern Soul Band setzte das Klinikum seine Veranstaltungsreihe „Konzert im Klinikum“ fort. Die Ende der 60er Jahre gegründete Band spielte im Foyer des Medizinisch-Theoretischen Zentrums.



28. Juni

Auf einem Kinderfest im Kinder-Frauzentrum wurden die schönsten Bilder ausgezeichnet, die mehr als 60 Kindertagesstätten, Schulen und Vereine zum Wettbewerb „malt den schönsten Bauzaun Dresdens“ eingereicht hatten. Die Resonanz des vom Klinikum initiierten Wettbewerbs war überwältigend: Mehr als 250 großformatige Bilder erreichten das Klinikum. Um den vielen schönen Arbeiten der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, hob die Jury spontan die Zahl der zu vergebenden Auszeichnungen an: 27 Einrichtungen konnten sich so über Geld- oder Sachpreise freuen.

26. Juni

Der Vorstand des Universitätsklinikums und die Geschäftsführung des Klinikums Riesa-Großenhain gGmbH unterzeichneten einen Rahmenvertrag, in dem sie eine strategische Allianz beider Einrichtungen vereinbarten. Die intensivere Zusammenarbeit soll die Qualität der medizinischen Versorgung nachhaltig sichern und trägt gleichzeitig den wirtschaftlichen Gegebenheiten im Gesundheitswesen Rechnung. Im Rahmen der strategischen Allianz wurden am selben Tag zwei Kooperationsverträge mit dem Ziel unterzeichnet, künftig Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Brustkrebs- und Schlaganfallpatienten in interdisziplinären, institutionsübergreifenden Strukturen abzusichern.

3. Juli

Als erste medizinische Einrichtung in Deutschland erhält das Universitätsklinikum den „Dräger Safety Star“. Diese von der Dräger Safety AG vergebene Auszeichnung bestätigt dem Klinikum „ein außergewöhnlich hohes Sicherheitsniveau bei der Abwehr betrieblicher Gefahren“. Hierzu etablierte das Krankenhaus in den vergangenen Jahren ein Krisenmanagement, das von Sicherheitsexperten im Rahmen eines Audits überprüft wurde. Der „Safety Star“ wurde dem Universitätsklinikum am 3. Juli in einer Feierstunde überreicht.

4. Juli

Das „Medizinische Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus GmbH“ (MVZ) weihte im ersten Stockwerk von Haus 6 insgesamt 16 Behandlungs- und Funktionsräume ein. Mit dem bereits 2006 gestarteten chirurgischen Bereich und einer im Oktober 2007 eröffneten psychotherapeutischen Praxis ist das Gebäude damit komplett ausgelastet. Bereits im April nahm eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin ihre Arbeit auf. Zudem kooperierte das Versorgungszentrum ab Juli mit der Dresden International University (DIU), um Patienten ergänzende Therapien der Traditionellen Chinesischen Medizin anbieten zu können. Insgesamt wuchs die Belegschaft des MVZ damit auf 37 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – darunter zehn Fachärzte und eine Weiterbildungsassistentin.



17. Juli

Vertreter der Staatsregierung, des Staatsbetriebes SIB und des Klinikums feierten mit den Bauleuten das Richtfest für die neue Patientenküche. Durch die neue Hightechküche verbessert sich die Speisenversorgung für die Patienten und Mitarbeiter des gesamten Klinikums. Insgesamt investieren Freistaat und Bund 9,3 Millionen Euro in den Neubau. Hinzu kommen weitere 1,7 Millionen Euro für die bewegliche Ausstattung des Küchengebäudes.

AUGUST

1. August

Mit dem Projekt „siROX: Advanced siRNA Technologies“ gehörten die Dresdner Wissenschaftler um Dr. Jacques Rohayem vom Dresdner Institut für Virologie der Medizinischen Fakultät als einziges ostdeutsches Team zu den sieben Siegern des Wettbewerbs „Go-Bio“. Mit rund 1,3 Millionen Euro unterstützt das Bundesforschungsministerium das Vorhaben, technologische Grundlagen dafür zu schaffen, künftig Ribonukleinsäure-Moleküle in industriellem Maßstab zu vermehren. Perspektivisch sollen diese Moleküle unerwünschtes Zellwachstum – beispielsweise bei Tumoren – wirksam blockieren.

23. August

Diabetesexperten der Medizinischen Klinik und Poliklinik III erhielten den Zuschlag, ein EU-weites Präventionsprojekt gegen die Zunahme von Diabetes Typ II zu koordinieren. Um das Projekt mit 38 Institutionen aus ganz Europa sowie Israel erfolgreich umsetzen zu können, stellt die EU-Kommission bis 2010 drei Millionen Euro zur Verfügung. Das von Dresden initiierte und koordinierte Präventionskonzept trägt den Titel „IMAGE“ – Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention.



3. August

Gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und dem Universitätsklinikum Leipzig hat das Dresdner Universitätsklinikum die „DSO-G – Gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation“ von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) übernommen. Das Unternehmen firmiert ab sofort unter dem Namen „Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH“. Damit konnte das bundesweite Netzwerk zur Koordination der Gewebespende, das die DSO-G geschaffen hatte, in gemeinnütziger Trägerschaft weitergeführt werden.

4. August

Der Parkhauslauf im Universitätsklinikum fand zum dritten Mal statt. Auf der Marathon-Distanz sowie über die 5-, 10- und 21-Kilometer-Strecke stellten sich über 50 Leichtathleten der sportlichen Herausforderung der besonderen Art. Wie bereits in den Vorjahren kamen die Einnahmen des Laufs der Krebsforschung am Klinikum zugute.

29. August

Um krebserkrankten Kindern und Jugendlichen Mut zu machen und auf die schwierige Situation während und nach der Therapie hinzuweisen, besuchte eine Gruppe ehemaliger Krebspatienten das Klinikum. Die 35 Teilnehmer der „Regenbogenfahrt 2007“ wurden von Prof. Manfred Gahr, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, sowie Prof. Meinolf Suttrop, Leiter des Bereichs Hämatologie/Onkologie, empfangen.

SEPTEMBER

2. September

148 junge Leute starteten ihre Ausbildung am Klinikum. Neben den 115 Schülerinnen und Schülern der Medizinischen Berufsfachschule begannen 33 weitere Jugendliche ihre Ausbildung in den Berufsbildern Zahnmedizinische und Medizinische Fachangestellte, pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte sowie Bürokaufleute. Weiterhin startete zum Monatsbeginn ein neuer Ausbildungsjahrgang für Operationstechnische Assistenten, in dem sich innerhalb von drei Jahren zehn Personen für den Einsatz im OP qualifizieren.

8. September

Neurologen des Uniklinikums organisierten den 3. Huntington-Weltkongress, der insgesamt 500 Ärzte und Wissenschaftler sowie Vertreter von Selbsthilfeorganisationen nach Dresden führte. Vom 8. bis 11. September diskutierten sie im Kongresszentrum unter anderem über die Behandlungs- und Pflegestandards dieser unheilbaren Degeneration des Nervensystems.

OKTOBER

1. Oktober

Dierk Müller nahm seine Tätigkeit als neuer Leiter des Medizinischen Rechenzentrums auf. Er löste den in Ruhestand gehenden Hans-Georg Vater ab. Der zum Oktober ans Klinikum gewechselte Diplom-Informatiker leitete zuvor das Rechenzentrum eines großen Dortmunder Krankenhauses. Hauptaufgabe der kommenden Jahre ist für Dierk Müller der Aufbau eines klinikumsübergreifenden Auftrags- und Befundkommunikationssystems, in dem alle patientenbezogenen Informationen zusammenlaufen und dezentral – auch von regionalen Kooperationspartnern oder niedergelassenen Ärzten – abgerufen werden können.



25. September

Das Klinikum unterstützte den bundesweiten „Tag der Zahngesundheit“. Zur wohl größten Zahnputz-Aktion Deutschlands kamen rund 1.000 Personen zum Dresdner Postplatz, um sich unter fachkundiger Anleitung von Prof. Norbert Krämer, Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde der Poliklinik für Kieferorthopädie, drei Minuten lang nach der richtigen Technik die Zähne zu putzen.

31. Oktober

Zeitgleich mit dem gesetzlich vorgegebenen Abgabetermin veröffentlicht das Klinikum seinen Qualitätsbericht 2006 auf der Website. Auf rund 200 Seiten sind die Daten zu den Ergebnissen, Leistungen und der Ausstattung des Klinikums dokumentiert. Der erstmals geforderte Vergleich der Behandlungsqualität bestätigt zudem die Strategie des Klinikums, Prozesse und Strukturen so zu optimieren, dass die Patienten eine bestmögliche Behandlung erfahren: In allen 27 Qualitätskennzahlen beziehungsweise -indikatoren liegen die Werte im geforderten Referenzbereich.

5. September

Das telemedizinische Netzwerk „SOS-NET“ und das Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrum (DUSC) stellen sich erstmals der Öffentlichkeit vor: Damit können Patienten nach einem Schlaganfall auch dann von einem speziell ausgebildeten Neurologen versorgt werden, wenn sie nicht in einer Stroke-Unit liegen. Dank SOS-NET sind die Spezialisten des DUSC jederzeit mit den angeschlossenen Akutkliniken der Region verbunden. Unterstützt von den Ärzten vor Ort können die Dresdner Neurologen Patienten untersuchen und sich aktuelle Tomographiebilder ansehen. Es ist das zweite telemedizinische Netzwerk dieser Art in Deutschland und das einzige in den neuen Bundesländern.

NOVEMBER

17. November

Das Klinikum veranstaltete den 1. Hausärztetag für niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten. Im Mittelpunkt der Veranstaltung im Kinder-Frauzentrum standen Vorträge und Gespräche zu den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Behandlung. Mit dieser Initiative möchte das Universitätsklinikum einen Beitrag zu einer besseren Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und ihren Kollegen im Krankenhaus leisten.

DEZEMBER

4. Dezember

Der Vorstand des Universitätsklinikums und Vertreter der Gewerkschaft Verdi unterzeichneten einen Haustarifvertrag für das nichtärztliche Personal. Durch die Laufzeit bis einschließlich November 2012 und entsprechende Einkommenssteigerungen bietet das Vertragswerk beiden Seiten eine große Zukunftssicherheit. Es trat rückwirkend zum 1. Juni in Kraft.



28. November

Erstmals nach 1990 wurden in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb eines Jahres wieder mehr als 1.500 Kinder geboren. Diese historische Marke erreichte an diesem Tag der Neugeborene Raffael Csik, Sohn des langjährigen Abwehrspielers von Dynamo Dresden, Levente Csik, und seiner Frau Ana. Der Medizinische Vorstand des Universitätsklinikums, Prof. Michael Albrecht, beglückwünschte die Eltern persönlich mit einem Blumenstrauß. 2007 kamen insgesamt 1.640 Mädchen und Jungen im Klinikum zur Welt.

13. Dezember

Das Klinikum präsentierte ein E-Learning-Programm zum Training optimaler Handhygiene. Das vom Hygieneexperten PD Dr. Lutz Jatzwauk entwickelte Programm unterstützt die am Vortag von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gestartete „Aktion saubere Hände“. Das Anliegen dieser Initiative erfüllt das Klinikum bereits seit längerem mit Leben. Neben dem Lernprogramm gehören dazu verbesserte Rahmenbedingungen in Form von 500 zusätzlich angebrachten Spendern für Handdesinfektionsmittel.

7. Dezember

Mit Werken von Angela Hampel setzte das Klinikum seine Reihe anspruchsvoller Ausstellungen fort. Im 1. Obergeschoss des Verwaltungsgebäudes waren für vier Monate Zeichnungen, Grafiken und Gemälde zu sehen, deren Symbolik die Phantasie des Betrachters immer wieder herausforderte. Angela Hampel gehört zu den Mitbegründern der Dresdner Sezession 89 und setzt sich vor allem mit matriarchalischen Riten und mythologischen Figuren auseinander.

Positiver Trend der Vorjahre setzte sich 2007 fort

Mit einem sehr guten Gesamtergebnis von 5,3 Mio. Euro konnte das Universitätsklinikum Dresden das Geschäftsjahr 2007 abschließen. Basis dieses Erfolgs sind die Leistungszuwächse in der Krankenversorgung sowie ein hoch effizient gestalteter Krankenhausbetrieb. Um hier weitere Potenziale zu erschließen, investiert das Klinikum in den Aufbau und die Modernisierung der Informationstechnologie.

Eine moderne Infrastruktur im Bereich der Datenverarbeitung ist die Grundlage dafür, Patientendaten schnell und effizient zu erfassen, sie zu verarbeiten, zu speichern und im Klinikum flächendeckend bereitzustellen. Nach der erfolgreichen Einführung des Klinik-Informationssystems ORBIS stellte das Universitätsklinikum 2007 unter anderem die Weichen für die digitale Verarbeitung aller Daten aus der Radiologie. Um die hoch komplexen Aufnahmen in die elektronische Patientenakte integrieren zu können – etwa Bilder des digitalen Projektionsröntgens oder unterschiedlicher Tomographen – mussten die Kapazitäten der Datenleitungen deutlich erhöht werden. Dazu ließ das Klinikum das Hintergrund-Netzwerk (Backbone Core) auf eine Übertragungskapazität von zehn Megabit pro Sekunde erweitern. Diese Infrastruktur schafft die Voraussetzungen für den Start des Radiologie-Informationssystems (RIS) sowie eines Bildarchivierungs- und Kommunikationssystems (PACS – Picture Archiving and Communication System). Diese moderne Datenverarbeitung verbessert nicht nur die Verfügbarkeit der Patientendaten. Sie ist auch der Schlüssel dafür, die Kapazitäten der diagnostischen Bereiche gleichmäßiger auszulasten: Mit dem 2008 gestarteten RIS können die Ärzte der unterschiedlichen Kliniken radiologische Untersuchungen elektronisch und detailliert anmelden.

Ein weiteres gutes Beispiel für Investitionen in die Informationstechnologie ist die umfangreiche Modernisierung der Telekommunikation. Hierzu gehören die Installation einer neuen digitalen Telefonanlage und die Ablösung des bisherigen unidirektionalen Rufsystems durch DECT-Mobiltelefone. Im Rahmen dieser neuen Infrastruktur konnte zudem ein neues Serversystem für die gesamte Alarm- und Notfallalarmierung installiert werden.

Der Jahresabschluss des Universitätsklinikums für das Geschäftsjahr 2007 wurde mit großem Engagement aller beteiligten Mitarbeiter zum 31. Dezember 2007 erstellt und termingerecht im Februar 2008 zur Hauptprüfung an die Wirtschaftsprüfer übergeben. Wie geplant konnte die Jahresabschlussprüfung Ende März 2008 beendet und der Jahresabschlussbericht dem Aufsichtsrat in seiner Sitzung am 6. Juni 2008 präsentiert werden.

Ausgewählte Positionen der Gewinn- und Verlustrechnung		zum 31.12.2007
		TEUR
Erträge		278.844
davon Erlöse aus Krankenhausleistungen		208.434
Erlöse aus ambulanten Leistungen		27.848
Sonstige Erlöse/Erträge		42.562
Aufwand		271.718
davon Personalaufwand		155.361
Sachaufwand		110.401
Sonstiger Aufwand		5.956
Betriebsergebnis vor investitionsbedingten Effekten		7.126
investitionsbedingte Effekte, Finanzergebnis, Steuern		1.785
Gesamtergebnis		5.341

Gesamtergebnis

Auch im Geschäftsjahr 2007 konnte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus den Jahresabschluss frühzeitig erstellen und das Geschäftsjahr mit einem Überschuss in Höhe von 5,3 Mio. Euro abschließen. Gegenüber dem Vorjahr konnte das Betriebsergebnis vor investitionsbedingten Effekten um 3,4 Mio. Euro auf 7,1 Mio. Euro gesteigert werden.

Erträge

Der laufende Geschäftsbetrieb des Universitätsklinikums ist durch eine weitere Zunahme der Erlöse gegenüber dem Vorjahr – aus Krankenhausleistungen um 11,9 Mio. Euro sowie aus ambulanten Leistungen um 5,4 Mio. Euro – geprägt. Die Erhöhung der Erlöse aus Krankenhausleistungen ist auf Mehrleistungen infolge von Fallzahl-Steigerungen zurückzuführen.

Der verringerte Landeszuschuss für Forschung und Lehre im Universitätsklinikum – die Jahressumme sank von rund 10,9 Mio. Euro (2006) auf 5,8 Mio. Euro (2007) – konnte durch die erwirtschafteten Mehrerlöse kompensiert werden.

Aufwand

Die Personalaufwendungen erreichten insgesamt 155,4 Mio. Euro, wobei sich der laufende Personalaufwand gegenüber dem Vorjahr um 7,1 Mio. Euro erhöhte. Maßgeblich sind dabei die Kostensteigerungen infolge der neuen Tarifabschlüsse für das ärztliche Personal (seit 1. Januar 2007) sowie für das nichtärztliche Personal (seit 1. Juni 2007).

Der Sachaufwand erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um ca. 13,1 Mio. Euro korrespondierend zur Leistungssteigerung und betrifft hauptsächlich den medizinischen Bedarf. Durch die Neugestaltung von Verträgen konnten im Bereich des Wirtschaftsbedarfes Einsparungen erzielt werden. Dem stehen erhöhte Aufwendungen für Energie und die Erhöhung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes auf 19 Prozent zum 1. Januar 2007 gegenüber.

Aktiva

Anlagevermögen

Das Anlagevermögen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um insgesamt ca. 12,8 Mio. Euro. Die wesentlichen Anlagenzugänge betreffen das Diagnostisch-Internistisch-Neurologische Zentrum (DINZ).

Umlaufvermögen

Das Umlaufvermögen erhöhte sich ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr (+22,0 Mio. Euro). Unter anderem ist dies auf die erbrachten Mehrleistungen und die daraus resultierende Rechnungslegung im ambulanten und stationären Bereich zurückzuführen, die zum Stichtag zu einer Erhöhung des Bestandes an Forderungen aus Lieferungen und Leistungen führten. Durch die Umsetzung des kontinuierlichen monatlichen Berichtswesens zum Forderungsbestand und die konsequente Weiterführung der intensiven Forderungsbeitreibung konnten die überfälligen Forderungen auf dem Vorjahresniveau gehalten werden.

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

Die Rückstellungen setzen sich aus der Steuerrückstellung in Höhe von 4,7 Mio. Euro und sonstigen Rückstellungen zusammen. Unter den sonstigen Rückstellungen nehmen mit 46,2 Mio. Euro 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 19 Mio. Euro enthalten. Weitere Rückstellungen wurden unter anderem für Erlösrisiken, Instandhaltung sowie ausstehende Eingangsrechnungen für das Jahr 2007 gebildet.

Verbindlichkeiten

Die Gesamtverbindlichkeiten sind im Berichtszeitraum gestiegen.

Bilanz		zum 31.12.2007
		TEUR
AKTIVA		
A. Anlagevermögen		418.567
B. Umlaufvermögen		164.374
C. Rechnungsabgrenzungsposten		53
Summe Aktiva		582.994
PASSIVA		
A. Eigenkapital		59.632
B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		411.639
C. Rückstellungen		72.171
D. Verbindlichkeiten		39.551
E. Rechnungsabgrenzungsposten		1
Summe Passiva		582.994

Zahlen und
Fakten

DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Krankenhausleistungen im KHEntgG- und BpflV-Bereich

Vollstationärer Bereich			2006	2007
KH EntgG-Bereich	Planbetten	Anzahl	1.072	1.072
	Fälle Katalog DRG	Anzahl	45.540	47.973
	Durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index)		1,297	1,294
	Summe der Bewertungsrelationen (Case Mix)		59.085	62.077
	Fallbezogene Entgelte ¹	Anzahl	366	367
	Berechnungstage	Anzahl	320.341	330.703
	Ø Verweildauer	Tage	6,98	6,84
BpflV-Bereich	Planbetten (lt. KH-Plan)	Anzahl	140	140
	Berechnungstage inkl. Urlaubsantrittstage	Anzahl	43.766	46.043
	Berechnungstage ohne Urlaubsantrittstage	Anzahl		43.992
	Urlaubsantrittstage	Anzahl		2.051
	Fälle	Anzahl	1.456	1.567
	Ø Verweildauer	Tage	30,07	28,08 ²
Integrierte Versorgung	Planbetten	Anzahl	8	8
	Berechnungstage	Anzahl	1.338	1.504
	Fälle	Anzahl	122	137
UKD insgesamt	Planbetten (lt. KH-Plan)	Anzahl	1.220	1.220
	Berechnungstage inkl. Urlaubsantrittstage	Anzahl	365.445	378.250
	Berechnungstage ohne Urlaubsantrittstage			376.199
	Urlaubsantrittstage			2.051
	Fälle	Anzahl	47.484	50.044
	Ø Verweildauer	Tage	7,70	7,56³
Tagesklinischer Bereich				
KH EntgG-Bereich	Plätze	Anzahl	46	46
	Berechnungstage	Anzahl	8.476	8.924
	Fälle	Anzahl	4.989	5.476
	Ø Verweildauer	Tage	1,7	1,63
BpflV-Bereich	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	70 ⁴	70 ⁴
	Berechnungstage	Anzahl	15.725	17.172
	Fälle	Anzahl	1.031	1.289
	Ø Verweildauer	Tage	15,25	13,32
Integrierte Versorgung	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	14	14
	Berechnungstage	Anzahl	1.567	1.553
	Fälle	Anzahl	136	126
UKD insgesamt	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	130	130
	Berechnungstage	Anzahl	25.768	27.649
	Fälle	Anzahl	6.156	6.891
	Ø Verweildauer	Tage	4,19	4,01

Zahlen und
Fakten

DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Ausgewählte Leistungen der ambulanten Einrichtungen

Ambulanter Bereich		2006	2007
Ambulante Fälle Pauschale (KK) ⁵	Anzahl	143.143	169.730
Einzelermächtigungen	Anzahl	5.015	6.737
Institutermächtigungen (KVS)	Anzahl	7.144	6.563
Notfälle außerhalb der Sprechzeit (KVS)	Anzahl	14.953	17.189
Zytologie (KVS)	Anzahl	7.509	7.849
Ambulante Operationen	Anzahl	5.724	6.081
Ambulante Fälle – ZMK (KZVS)	Anzahl	26.895	26.977

Mitarbeiter

		2006	2007
Vollkräfte (Jahresdurchschnitt) ⁶	VK	3.564,9	3.655,4
Schüler der Medizinischen Berufsfachschule	Anzahl	457	469
darunter Physiotherapeuten	Anzahl	107	107
Sonstige Auszubildende	Anzahl	76	70

Studenten

Zahlen zum Stichtag 01.12.2007 (WS 2007/08)

	Studierende gesamt		Medizin		Zahn- medizin		Gesundheits- wissen- schaften Public Health		Medical Radiation Sciences	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Studierende	2.190	2.163	1.798	1.789	322	313	63	55	7	6
davon:										
Studienanfänger	326	321	238	240	61	75	27			6
Absolventen	255	140	208	105	41	33	6	2		

¹ Entspr. Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2007).

² Bezogen auf Berechnungstage ohne Urlaubsantrittstage.

³ bezogen auf Berechnungstage mit Urlaubsantrittstagen.

⁴ Inkl. 5 Plätze Schmerztherapie außerhalb IV-Vertrag.

⁵ Die Abrechnung erfolgt lt. Hochschulambulanzvertrag § 117 SGB V.

⁶ Ø Vollkräfte in den Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden tätig (inkl. durch die MF gestellten Personals).

BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

KK: Krankenkassen

KVS: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

KZVS: Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

ZMK: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

VK: Vollkräfte

MF: Medizinische Fakultät

Zahlen und
Fakten

STATIONÄRE LEISTUNG

Fachabteilung	Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad d. aufgest. Betten	
	2006	2007	2006	2007
Anästhesiologie	13	13	95,7	95,7
Augenheilkunde	43	43	87,0	86,5
Dermatologie	42	42	88,0	89,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	77	76	76,4	83,4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	41	41	83,0	84,3
Intensivabteilung Chirurgische Kliniken	22	22	93,4	92,1
Intensivabteilung Medizinische Kliniken	12	12	93,9	89,4
Kinderchirurgie	31	31	69,6	70,2
Kinder- und Jugendmedizin	102	101	79,5	85,0
Neuropädiatrie	10	10	95,2	106,7
Zentrum für Innere Medizin	12	12	82,0	86,7
Medizinische Klinik I	98	98	89,8	94,1
Medizinische Klinik III inkl. UGC	65	65	103,5	107,6
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23	23	94,6	95,2
Neurochirurgie	44	44	93,5	94,3
Neurologie	59	57	86,8	85,8
Nuklearmedizin	18	18	71,6	68,7
Orthopädie	76	77	75,4	77,9
Strahlentherapie u. Radioonkologie	28	28	92,4	94,6
Universitäts PalliativCare		10		63,3
Urologie	66	66	92,3	96,4
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	61	64	94,6	88,2
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie inkl. UGC	92	90	74,7	83,5
UKD (Entgeltbereich)	1.034	1.043	84,8	86,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30	30	81,3	81,3
Psychotherapie und Psychosomatik	32	32	90,5	90,0
Psychiatrie und Psychotherapie	80	78	83,2	86,5
UKD (Bundespfllegesatzbereich)	142	140	84,4	86,1
Integrierte Versorgung				
USC Schmerzzentrum	8	8	45,8	51,5
UKD Gesamt	1.184	1.191	84,5	86,5
Geburten in der Frauenklinik				

¹ Ohne Fälle außerhalb Budget.

² Ohne Urlaubsantrittstage.

Zahlen und
Fakten

Belegte Betten		Behandlungstage		Fachabteilungsfälle (inkl. interne Verlegungen)		Verweildauer	
2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
12	12	4.540	4.539	955,5	929,0	4,75	4,89
37	37	13.745	13.579	5.234,0	5.451,5	2,63	2,49
37	38	10.475	10.541	2.093,5	2.197,0	5,00	4,80
59	63	21.473	23.186	3.334,0	3.597,0	6,44	6,45
34	35	12.419	12.621	3.021,5	3.143,5	4,11	4,01
21	20	7.497	7.399	1.337,5	1.521,0	5,61	4,86
11	11	4.113	3.917	733,0	836,5	5,61	4,68
22	22	7.903	7.943	1.612,5	1.654,0	4,90	4,80
81	86	29.559	31.323	4.293,0	4.275,5	6,89	7,33
10	11	3.476	3.895	983,0	1.053,5	3,54	3,70
10	10	3.590	3.796	3.381,5	3.582,5	1,06	1,06
88	92	32.248	33.655	2.944,5	3.027,5	10,95	11,12
67	70	24.567	25.592	2.398,0	2.575,0	10,24	9,94
22	22	7.883	7.991	1.094,5	1.222,0	7,20	6,54
41	41	15.022	15.137	1.575,0	1.565,5	9,54	9,67
51	49	18.548	17.840	2.838,5	2.810,5	6,53	6,35
13	12	4.704	4.512	1.504,0	1.569,5	3,13	2,87
57	60	20.966	21.884	2.513,0	2.627,0	8,34	8,33
26	26	9.445	9.664	602,0	576,0	15,69	16,78
	6		424		44,0		9,64
61	64	22.176	23.223	4.148,5	4.620,5	5,35	5,03
58	56	20.954	20.608	3.010,5	3.032,5	6,96	6,80
68	75	25.038	27.434	3.594,5	3.519,0	6,97	7,80
885	920	320.341	330.703	45.906,0¹	48.340,0	6,98	6,84
24	24	8.899	8.899	220,0	251,5	40,45	35,38
29	29	10.575	10.510	251,0	254,0	42,13	41,38
67	67	24.292	24.583	984,5	1.061,0	24,67	23,17
120	121	43.766²	43.992	1.455,5	1.566,5	30,07	28,08
4	4	1.338	1.504	122,0	137,0	10,97	10,98
1.009	1.044	365.445²	376.199	47.483,5¹	50.043,5	7,70	7,52
		4.198	4.377	1.459,0	1.658,0		

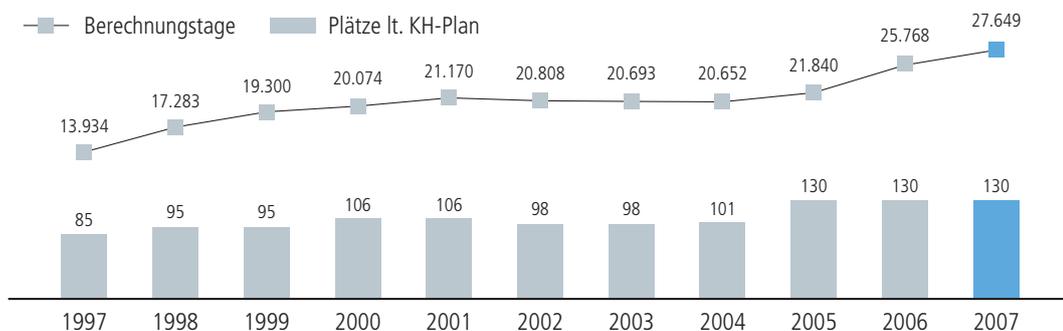
Zahlen und
Fakten

TAGESKLINIKEN

Fachabteilung	Plätze lt. KH-Plan		Behandlungstage		Fälle		Verweildauer	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Dermatologie	4	4	265	466	252,0	438,0	1,05	1,06
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5	5	1.398	1.317	298,0	259,0	4,69	5,08
Urologie	7	7	627	434	409,0	317,0	1,53	1,37
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	3	518	492	374,0	224,0	1,39	2,20
Kinderchirurgie	2	2	302	269	236,0	211,0	1,28	1,27
Kinder- und Jugendmedizin	6	6	1.040	1.106	889,0	901,0	1,17	1,23
Neurologie ab 01.06.2006			72	139	53,0	83,0	1,36	1,67
Medizinische Klinik und Poliklinik I	13	13	2.976	3.301	2.233,0	2.803,0	1,33	1,18
Medizinische Klinik und Poliklinik III - STW	4	4	1.078	1.094	162,0	174,0	6,65	6,29
Strahlentherapie und Radioonkologie	2	2	200	306	83,0	66,0	2,41	4,64
FA-SUMME	46	46	8.476	8.924	4.989,0	5.476,0	1,70	1,63
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	20	3.594	4.381	225,0	267,5	15,97	16,38
Psychotherapie und Psychosomatik	20	20	4.968	5.602	475,0	633,5	10,46	8,84
Psychiatrie und Psychotherapie	25	25	5.948	6.013	238,0	289,0	24,99	20,81
USC-TK2	5	5	1.215	1.176	93,0	99,0	13,06	11,88
FA-SUMME	70	70	15.725	17.172	1.031,0	1.289,0	15,25	13,32
Integrierte Versorgung								
Schmerzzentrum	14	14	1.567	1.553	136,0	126,0	11,52	12,33
UKD gesamt	130	130	25.768	27.649	6.156,0	6.891,0	4,19	4,01

Zahlen und
Fakten

Entwicklung



TOP 10 DRG-FÄLLE

DRG	Partition	DRG - TEXT	Fälle	Ø VwD
C64Z	M	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	2.458	1,6
K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	1.134	2,7
P67D	M	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag	1.009	3,6
C08B	O	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	826	1,6
B80Z	M	Andere Kopfverletzungen	793	2,0
O60D	M	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	779	3,4
L20Z	O	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	614	4,1
D06C	O	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre	550	4,5
M60B	M	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC	517	2,0
I47B	O	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	472	8,7

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	
	2006	2007
Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7.030	6.713
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Chirurgischer Notdienst Ambulanz 30a	995	917
Poliklinik für Zahnerhaltung	5.751	5.740
Bereich Parodontologie	3.930	4.194
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik	6.016	6.566
Poliklinik für Kieferorthopädie	4.264	4.220
Abteilung Kinderzahnheilkunde	3.463	3.456
Zahnärztlich behandelte Patienten	26.895	26.977
davon zahnärztliche Notfälle außerhalb der Sprechzeit	6.768	7.006

MDC-FÄLLE

MDC	MDC - TEXT	Behandlungsfälle	
		2006	2007
	Prä-MDC	975	995
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	5.409	5.397
02	Krankheiten und Störungen des Auges	5.303	5.518
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	3.751	3.918
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1.689	1.729
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1.620	1.818
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	3.327	3.561
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	931	996
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	5.591	5.671
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	2.650	2.678
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.293	2.294
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2.501	2.861
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	1.777	2.001
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	884	858
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2.064	2.269
15	Neugeborene	1.638	1.833
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	450	478
17	Hämatologische und solide Neubildungen	958	1.113
18A	HIV	17	18
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	395	406
19	Psychische Krankheiten und Störungen	223	191
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	209	255
21A	Polytrauma	105	101
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	569	674
22	Verbrennungen	45	67
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	656	635

FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Leistungen des Fort- und Weiterbildungszentrums								
	Ausbildung Operations- technische Assistenten		Innerbetriebliche Fortbildungen		Berufliche Fachweiterbildungen			
	2006	2007	2006	2007	2006	2007		
Ausbildungsgänge	1	1	Veranstaltungen	99	109	Fachweiterbildungen	16	18
Auszubildende	16	16	Teilnehmer/-innen	1.805	2.109	Teilnehmer/-innen	407	382
davon: intern	11	9	davon: intern	1.418	1.689	davon: intern	164	94
extern	5	7	extern	387	420	extern	243	288

Gesundheit ist keine Ware

Ein wichtiges Ziel des Qualitätsmanagements am Universitätsklinikum ist es, gegenüber den Patienten Vertrauen und Verbindlichkeit zu schaffen. Dazu bedarf es einer Vielzahl an Aktivitäten, Maßnahmen und Projekten, die nachweislich die Qualität und Sicherheit der Behandlung garantieren.

Es entspricht einem aktuellen Trend, die Qualität von Krankenhäusern nicht nur in den Jahresberichten der einzelnen Krankenhäuser zu veröffentlichen, sondern diese auch durch die verschiedensten Medien öffentlichkeitswirksam zu verbreiten. Dem Patienten wird glaubhaft gemacht, die Qualität eines Krankenhauses könnte wie in einem Test der „Stiftung Warentest“ ablesbar sein. Dass dies tatsächlich nicht der Fall ist, bestätigen zahlreiche Fragen sowohl seitens der Patientinnen und Patienten als auch der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gesundheit ist eben keine Ware und „Qualitätsmanagement“, so der Medizinische Vorstand des Universitätsklinikums, Prof. Michael Albrecht, „schafft den wahrhaften Brückenschlag ins Marketing nur durch Vertrauen und Verbindlichkeit sowie eine gute Kommunikation am rechten Ort und zur rechten Zeit.“

Der vorliegende Qualitätsbericht hat deshalb ein klar formuliertes Ziel: Den Leserinnen und Lesern soll deutlich und anschaulich gemacht werden, wie sich das Großunternehmen „Universitätsklinikum Dresden“ im Jahr 2007 für die Qualität und Sicherheit seiner Patientinnen und Patienten eingesetzt hat. Hierfür gibt es zahlreiche Aktivitäten, Maßnahmen und Projekte, so dass im Rahmen dieses Qualitätsberichtes nur eine Auswahl getroffen werden konnte, die beispielhaft für das hohe Engagement unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steht.

Um den Wiedererkennungswert zu erleichtern und die Beständigkeit der Qualitätsbemühung im Universitätsklinikum zu veranschaulichen, übernimmt der vorliegende Qualitätsbericht die Gliederungspunkte der vergangenen Jahre im Sinne eines roten Fadens.

Qualitätspolitik

Bereits seit dem Jahr 2002 verfügt das Universitätsklinikum gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät über ein Leitbild, das im Jahr 2006 an die stetige Entwicklung der drei Säulen von Krankenversorgung, Forschung und Lehre angepasst wurde. Es entstand ein kurzer, überschaubarer Text über die wesentlichen gemeinsamen Ziele, die es in den einzelnen Kliniken, Zentren, Instituten und Verwaltungsbereichen zu übersetzen gilt:

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 hoch qualifizierten, engagierten Mitarbeitern und einer hervorragenden Ausstattung erreicht.

Qualitätsziele

Jährlich werden im Universitätsklinikum die Ziele des Vorjahres hinsichtlich der Zielerreichung überprüft und kritisch reflektiert. Diese Analyse bildet die Grundlage zur Erarbeitung eines neuen Jahresplanes, der vom Klinikumsvorstand im Beisein des Dekans der Medizinischen Fakultät beschlossen wird. Der Qualitätsentwicklungsplan ist mehr als ein Maßnahmenkatalog; er konkretisiert vielmehr die Qualitätspolitik des Universitätsklinikums in verschiedene Maßnahmen beziehungsweise Projekte als expliziter Auftrag an die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement und deren Mitarbeiter.

Der Qualitätsentwicklungsplan 2007

1. Entwicklung einer Betriebsorganisation im DINZ auf der Grundlage vorher modellierter und abgestimmter Sollprozesse. Dies geschieht durch eine vom Vorstand beauftragte Arbeitsgruppe unter Koordination/Moderation der Leiterin QM.
2. Zertifizierungsbereiche und Konsequenzen aus laufenden Verfahren:
 - Zertifizierung der Klinikapotheke des UKD von der Sächsischen Landesapothekerkammer
 - Zertifizierung des Dresdener Universitäts SchlaganfallCentrums (DUSC) nach der DIN EN ISO 9001:2000
 - Zertifizierung des Prostatakarzinomzentrums nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft
3. Konsequente Weiterentwicklung der Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den verschiedenen Systemen (BQS, KISS, IQIP).
4. Etablierung eines Einweisermarketings auf der Grundlage der Einweiserbefragungen 2006.
5. Umsetzung der Anforderungen an die externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V, insbesondere hinsichtlich der neuen Anforderungen zum Modul Dekubitus.
6. Weiterentwicklungen des Risikomanagements im UKD, vor allem bezüglich der inzwischen bundesweiten Empfehlung zur Patientenidentifikation und Seitenverwechslung.
7. Fristgerechte Erstellung des Qualitätsberichtes § 137 SGB V, mit gegebenenfalls Erstellung einer öffentlichkeitswirksamen Broschüre.

Aufbau des einrichtungsinternen 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 wurde an dem Grundkonzept der Mitentscheidung und zugleich Mitverantwortung der Leiterin des Qualitätsmanagements als stimmberechtigtes Mitglied in der Betriebsleitung nichts verändert. Dieses Gremium aus Klinikumsvorstand, einem Vertreter der Klinikdirektoren, der Leiterin des Geschäftsbereiches Personal und einem Vertreter der Medizinischen Fakultät hat im Jahr 2007 zahlreiche Beschlüsse zu qualitätsrelevanten Fragen, Projekten und Aktivitäten getroffen. Eine Besonderheit stellt dabei die konstruktiv-kritische Diskussion und abschließende Freigabe der Pflegestandards durch die Betriebsleitung im Universitätsklinikum dar. Diese werden eben nicht rein der Pflege zugeordnet, sondern in den Kontext der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit gestellt. Als Beispiel ist im Folgenden der Pflegestandard zur Dekubitusprophylaxe (Grad 2) dargestellt, ein Arbeitsergebnis verschiedener Berufsgruppen und Fachdisziplinen.

Behandlungsstandard Dekubitus Grad 2	
DekBeh.Grad2 Februar 2008 Universitätsklinikum Dresden	
Gültigkeitsbereich <ul style="list-style-type: none"> • gesamter stationärer und operativer Bereich am UKD 	Verantwortlichkeit <ul style="list-style-type: none"> • Behandelnder Arzt → Verordnung und Durchführung • KS/KPF, Gesundheits- und Krankenpflegerin KPH, Hebammen → Durchführung
Problem Es existiert ein oberflächlicher Druckschaden (Epidermis), der sich klinisch als Blase oder flaches Geschwür darstellen kann.	
Ziel <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung einer Infektion • Wiederherstellung einer intakten Hautoberfläche 	
Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Die Maßnahmen unterscheiden sich nach dem jeweilig vorliegenden Wundbefund. • Generell gilt die Anwendung der unter „Behandlungsrichtlinie Dekubitus Grad 1“ beschriebenen Maßnahmen • Die Dokumentation der Wunde erfolgt mittels Beschreibung und Foto der Wunde mit Namen des Patienten, Größe (Größenvergleiche) • Dokumentation 	
Zustand der Wunde und durchzuführende Maßnahmen <p>1. Intakte Blase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die eigene Haut ist der beste Schutz. Zur Entlastung der Blase ist eine Blasendächeröffnung vorzunehmen. • Nach einer Desinfektion des Hautareals wird die Blase mit einer sterilen Kanüle abpunktiert • Die Punktionseffizienz ist mit einer sterilen Kompresse aufzufangen. • Anschließend ist ein steriler Verband anzulegen. <p>2. Defekte Blase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautdesinfektion • Bei einer großen, bereits zerstörten Blase muss eine Abtragung durch den behandelnden Arzt erfolgen → Information → Wundabstrich anregen (ggf. Wundversorgung „infizierte Wunden“ beachten) • Hautdesinfektion • Anlegen eines sterilen Verbandes. 	Materialien <ul style="list-style-type: none"> > Hautdesinfektionsmittel > Sterile Kanüle > Sterile Kompressen > Cleo-Tüll + Sterile Kompressen > Hautdesinfektionsmittel: Octenisept® > Sterile Instrumente zum Abtragen der Blase > Abstrichbesteck mit Transportmedium > sterile Kompressen > Hydrokolloide Wundverbände
<small>Erstellt mit AG-Platzstandard 07 2007 Geprüft von Bereich QM, Klinik OERL Freigabe durch die Betriebsleitung am: 01.02.2008 Wundschwerem Nov. 2007 Universitätsklinikum Dresden Unterschrift Prof. Dr. Albrecht</small>	
	

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 Qualitätsentwicklungsplans und auch eigener Themen statt, die als Empfehlung für den Vorstand beziehungsweise für die Betriebsleitung aufbereitet werden. Der Steuerkreis wurde im Jahr 2000 gegründet und zeichnet sich sowohl durch die Kontinuität der monatlich stattfindenden Sitzungen als auch durch die Kontinuität der Besetzung durch die verschiedenen Berufsgruppen, Fachgebiete und Hierarchieebenen aus. Dies belegt die Stabilität des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum, denn das Schicksal einer universitären Einrichtung ist der beständige Wechsel von hoch qualifiziertem Personal in entsprechend verantwortungsvolle Positionen.

Liste Steuerkreisteilnehmer		Stand 31. Dezember 2007
Dr. med. Jörg Gastmeier	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	
Dr. med. Cornelia Haag	Medizinische Klinik und Poliklinik I	
Dr. med. Marco Hensel	Klinik und Poliklinik für Orthopädie	
Dr. med. Sven Oehlschläger	Klinik und Poliklinik für Urologie	
Dr. med. Angela Möllemann	Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	
Prof. Dr. med. Martin Pette	Klinik und Poliklinik für Neurologie	
PD Dr. Kerstin Weidner	Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik	
Gitta Helaß	Pflege, Service, Dokumentation	
Meike Jäger	Pflegedienstleitung (Orthopädie, UWC)	
Kerstin Stübner-Röhler	Personal	
PD Dr. rer. nat. Lutz Jatzwauk	Krankenhaushygiene	
Dr. rer. nat. Holger Knoth	Klinikapotheke	
Dierk Müller	Medizinisches Rechenzentrum	
Dr. oec. Mandy Zschiesche	Finanzen	
Dr. med. Anke Graupner	Medizinische Fakultät	
Moderatorin:		
Dr. med. Maria Eberlein-Gonska	Qualitätsmanagement	

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 gemessen an der Größe des Universitätsklinikums eine kleine, zentrale Einheit, die die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen im Klinikum in ihrem eigenen Arbeitsumfeld primär bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung unterstützt. Grundprinzip ist dabei die Stärkung der Eigenverantwortung! Gleichwohl hat der Vorstand im Jahr 2007 die Notwendigkeit erkannt, den Bereich um zwei weitere Mitarbeiter aus dem Pflegebereich zu unterstützen. Hierdurch soll das sich stetig in den Kliniken, Zentren, Instituten und Verwaltungsbereichen weiterentwickelnde Qualitätsmanagementsystem noch mehr Unterstützung erhalten. Die inhaltliche Arbeit des Zentralbereiches Qualitätsmanagement mit seinen acht Mitarbeitern, einem Trainee und einer ärztlichen Rotationsstelle gliedert sich demzufolge in folgende Themenbereiche, die miteinander verzahnt sind und sich gegenseitig verstärken beziehungsweise beeinflussen.

Indikatoren	QM-Systeme und -Verfahren	Risikomanagement/Patientensicherheit	Kundenorientierung	Aktuelle Projekte
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intern: <ul style="list-style-type: none"> · Dekubitus · Mitarbeiter- und Patientenbefragung ■ Extern: <ul style="list-style-type: none"> · BQS · IQIP · KISS 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zertifizierungen <ul style="list-style-type: none"> · DIN EN ISO 9001:2000 · KTQ · DKG ■ Standards ■ Betriebsorganisation ■ Peer Review ■ Interner Auditor 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientenidentifikation ■ Vermeidung von Seitenverwechslungen ■ Sturzprophylaxe ■ CIRS 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Service ■ Beschwerdemanagement ■ Marketing ■ Online-redaktion 	<ul style="list-style-type: none"> · Betriebsorganisation DINZ · Entwicklung Organisationshandbuch UKD · AG Sturzprophylaxe · Dekubitusassessment bei Früh- und Neugeborenen · Einführung neuer Indikatoren (IQIP) · Erstzertifizierungen · Neugestaltung Internetpräsenz · ...
Internes Berichtswesen, Intranet und Internet, Standards, Leitlinien, AENEIS, ...				

Instrumente des Qualitätsmanagements

Arbeiten mit Qualitätskennzahlen

Das Grundprinzip des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden 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. Dies ist mit der Etablierung eines internen Berichtswesens im Jahr 2006 gelungen, so dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl bezüglich der Indikatoren der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V, des internationalen Benchmarkprojektes IQIP sowie der flächendeckenden Dekubitusserfassung im Universitätsklinikum zeitnah und unterjährig statistische Auswertungen erhalten und die Möglichkeit einer frühzeitigen Erkennung von Auffälligkeiten besteht. Damit können mögliche Fehler in der Dokumentation bereinigt, Trends beziehungsweise Qualitätsdefizite erkannt und prospektiv Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden.

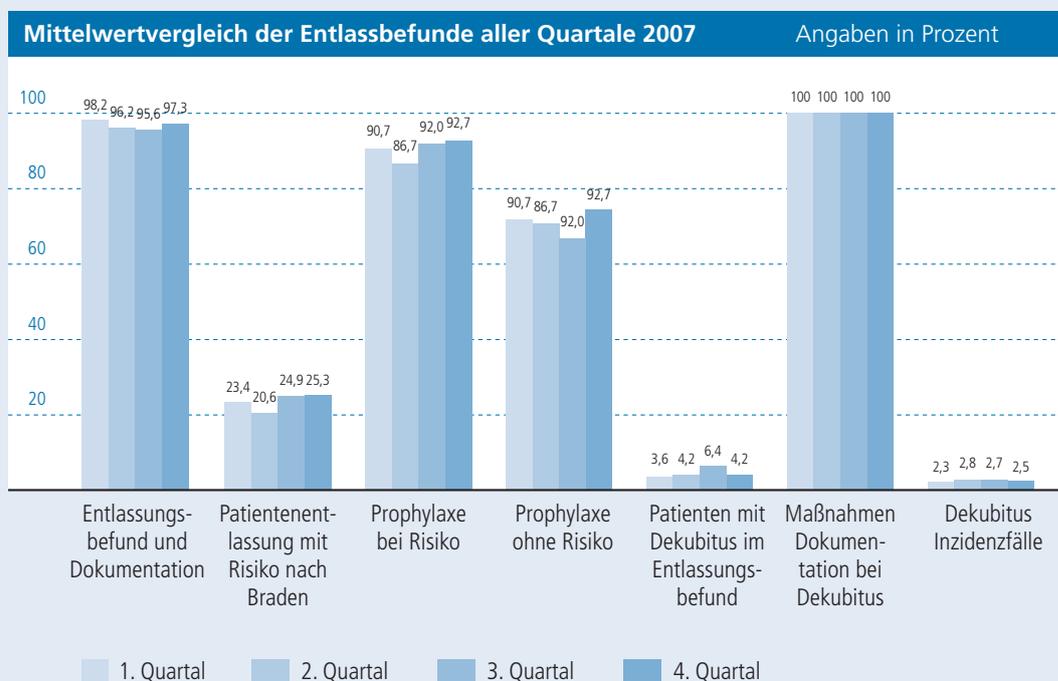
Eine wichtige Rückmeldung seitens der Kliniken im Jahr 2007 war der Bedarf, nicht nur auf Auffälligkeiten zum Beispiel mittels eines einfachen Ampelsystems hingewiesen zu werden, sondern im Hinblick auf die Mitarbeitermotivation auch Trends einer Verbesserung zu erkennen. Dies ist im Übrigen der größte Erfolg eines zentral organisierten Qualitätsmanagementsystems, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Kliniken, Zentren, Instituten und Verwaltungsbereichen selbst Interesse an den zur Verfügung gestellten Daten, Informationen und Instrumenten signalisieren, um mit diesen im Alltag zu arbeiten. Im Folgenden ist eine Übersicht zur Auswertung des Moduls der ambulant erworbenen Pneumonie (Lungenentzündung) im Rahmen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V dargestellt, das neben Auffälligkeiten auch die Entwicklung aufzeigt.

Ambulant erworbene Pneumonie – Angaben in Prozent

Indikator	Wert 2005	Wert 2006	Wert 2007	Referenzbereich	Entwicklung
● Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (68123) Anteil Patienten, erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden an allen Patienten.	91,00	95,00	98,65	= 100,0 %	Verbesserung
● 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.	91,20	94,74	98,58	Nicht definiert	Verbesserung
● 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.	87,50	100,00	100,00	Nicht definiert	Verbesserung
● 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.	84,00	85,96	80,85	≥ 78,30	Relativ stabil
● 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.	91,30	94,40	93,33	≥ 71,40	Relativ stabil
● 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.	76,50	73,50	82,26	≥ 56,40	Verbesserung
● Verlaufskontrolle CRP (68130) Anteil von Patienten, bei denen das CRP bestimmt ist, an Patienten mit Verweildauer ≥4 Tage.	81,70	88,17	91,60	≥ 70,80	Verbesserung
● Anpassung Diagnostik/Therapie (69923) Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 2.	62,50	63,64	80,00	≥ 95,00	Verbesserung
● Anpassung Diagnostik/Therapie (69925) Anteil von Patienten mit Anpassung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens an Patienten der Risikoklasse 3.	100,00	-	66,67	≥ 95,00	Kleine Zahlen
● PEEP bei maschineller Beatmung (69939) Anteil von Patienten mit einem PEEP von mindestens 5 cm H ₂ O an Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung.	100,00	100,00	100,00	= 100,00	OK
● Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien (68914) Anteil von Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet; Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen; - Behandlung aus sonstigen Gründen beendet; externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung; Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen.	13,00	97,30	64,65	= 100,00	Verbesserung
● Klinische Stabilitätskriterien (68138) Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den oben genannten Entlassgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien.	90,00	97,30	100,00	≥ 95,00	Verbesserung
● Stationäre Pflegeeinrichtung (68147) Anteil von Patienten mit mindestens sechs erfüllten klinischen Kriterien bis zur Entlassung an Patienten mit den oben genannten Entlassgründen und vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien.	3,60	5,19	7,69	≥ 6,00	Verschlechterung
● Krankenhaus-Letalität (68149) Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an allen Patienten.	21,80	17,50	8,11	≤ 21,00	
● Krankenhaus-Letalität (69948) Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 1 nach CRB-65.	0,00	0,00	3,03	≤ 7,9	Verbesserung
● Krankenhaus-Letalität (69950) Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 2 nach CRB-65.	24,10	19,75	8,57	≤ 21,60	Relativ stabil
● Krankenhaus-Letalität (69952) Anteil von im Krankenhaus verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse 3 nach CRB-65.	36,40	55,56	20,00	≤ 51,60	Verbesserung

● 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.

Diese Form der Berichterstattung wurde auch für den Qualitätsindikator Dekubitus – Druckgeschwür – weiterentwickelt, der als Gradmesser der Pflegequalität in einem Krankenhaus eingeschätzt wird. Seit dem Jahr 2004 wird diese Qualitätskennzahl flächendeckend im gesamten Klinikum erfasst und seitens des Zentralbereiches Qualitätsmanagement quartalsweise ausgewertet. Die folgende Abbildung zeigt für das Jahr 2007, dass zum einen eine hohe Dokumentationsrate erreicht wurde, was angesichts der hohen Leistungsdichte im klinischen Alltag ein ganz besonderer Verdienst der Pflegekräfte ist. Etwa ein Viertel der im Universitätsklinikum aufgenommenen Patienten weist ein erhöhtes Risiko einer Dekubitusgefährdung auf, so dass entsprechend prophylaktische Maßnahmen gemäß dem Dekubitusprophylaxestandard eingeleitet werden müssen. 2,4 bis 2,8 Prozent der stationär aufgenommenen Patienten kommen dabei bereits mit einem Dekubitus in das Universitätsklinikum und müssen entsprechend behandelt werden. Vorderstes Ziel dabei ist natürlich die Abheilung, mindestens jedoch den Grad des vorhandenen Dekubitus nicht zu verschlechtern und keinesfalls neue Dekubitalulcera entstehen zu lassen. Die Zahl der tatsächlich im Universitätsklinikum neu entstandenen Dekubitalulcera (Inzidenz) ist im Vergleich zum Vorjahr 2006 mindestens konstant geblieben und bestätigt bei zunehmender Patientenzahl mit entsprechendem Risiko das konsequente Pflegeregime im Universitätsklinikum.

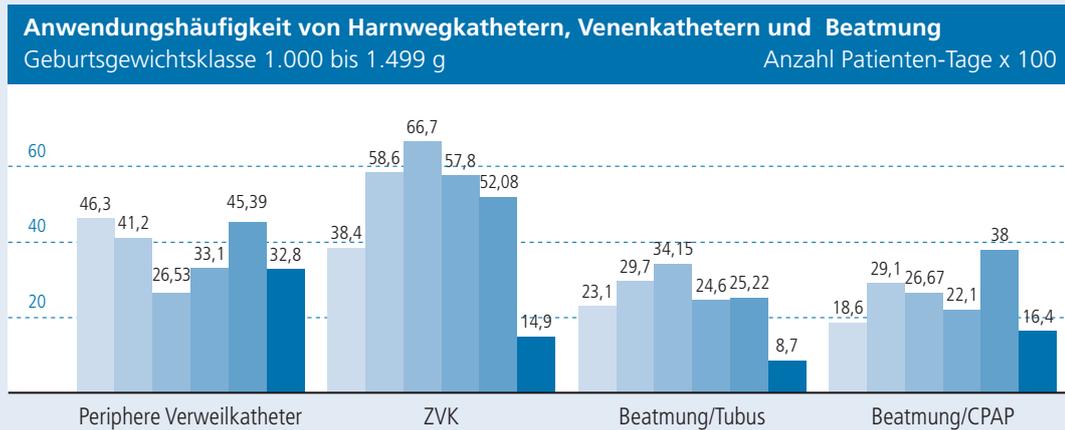


Teilnahme an nationalen und internationalen Benchmark- beziehungsweise Vergleichsprojekten

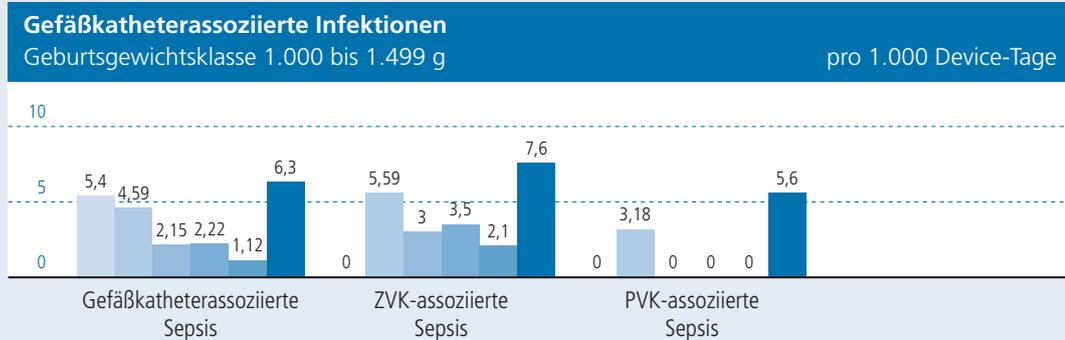
Während Zertifizierungsverfahren in Kliniken, Zentren, Instituten und Verwaltungsbereichen die Rahmenstruktur für ein Qualitätsmanagementsystem liefern, erfolgt die tatsächliche Steuerung der Qualität mittels verschiedener Indikatoren beziehungsweise Qualitätskennzahlen. Diese sind ein verbindlicher Bestandteil sowohl der internen als auch der externen Qualitätssicherung im Universitätsklinikum. Die Teilnahme an so genannten Benchmark- beziehungsweise Vergleichsprojekten erfolgt dabei sowohl einrichtungsspezifisch – zum Beispiel bezüglich der Mitwirkung bei fachspezifischen Registern – als auch klinikumsübergreifend. Dabei nimmt das Universitätsklinikum neben der gesetzgeberisch geforderten externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V unter anderem an nationalen (KISS) und internationalen (IQIP) Projekten zur vergleichenden Beurteilung der Häufigkeit von im Krankenhaus erworbenen (nosokomialen) Infektionen teil. Und es ist im Rahmen der Veröffentlichung des Qualitätsberichtes bereits eine gute Tradition, derartige Kennzahlen aus dem Bereich der Krankenhaushygiene zu veröffentlichen.

Bei Frühgeborenen ist wegen des noch nicht vollständig ausgebildeten Immunsystems das Risiko einer nosokomialen Infektion stark erhöht. Deshalb werden bereits seit Jahren derartige Infektionen auf der Intensivstation der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin laufend erfasst, analysiert und bewertet. Diese als Surveillance nosokomialer Infektionen bezeichnete Vorgehensweise erfolgt in Anlehnung an die nationale Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Studie (Neo-KISS).

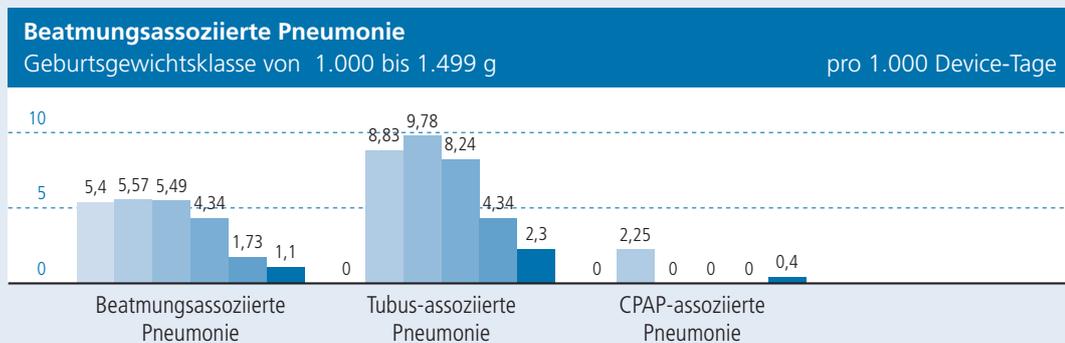
Zusätzlich zur Immunsuppression der Kinder stellen künstliche Beatmung und intravasale Katheter weitere Risikofaktoren für das Zustandekommen einer nosokomialen Infektion dar. Bedingt durch den hohen Anteil von Kindern, bei denen chirurgische Eingriffe notwendig sind, ist der Einsatz dieser invasiven Maßnahmen bei Patienten der Intensivstation der Klinik und Poliklinik vergleichsweise hoch.



Trotz des häufigen Einsatzes von Gefäßkathetern ist die Rate der an Gefäßkatheter assoziierten Sepsis (eine den ganzen Organismus erfassende „Blutvergiftung“) im Vergleich mit der Referenzstudie deutlich geringer.



Der hohe Anteil kinderchirurgischer Patienten führt andererseits zu einem im Vergleich mit der nationalen Neo-KISS-Studie häufigeren Vorkommen der beatmungsassoziierten Pneumonie.

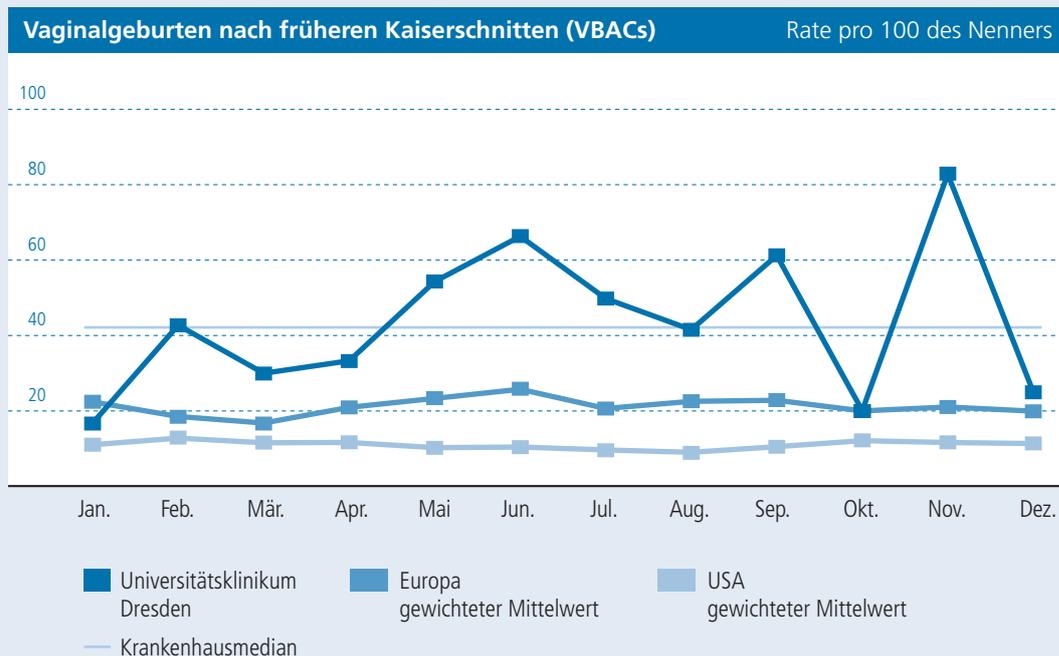


2003 2004 2005 2006 2007 Neo-KISS

An dieser Stelle setzt die Auswertung des Krankenhaushygienikers, PD Dr. Lutz Jatzwauk, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Klinik an. Gibt es hierfür nachvollziehbare Gründe? Sind diese vermeidbar? Wenn ja, durch welche Methoden und Maßnahmen?

Letztlich ist genau dies der tatsächliche Zweck der Erfassung und statistischen Auswertung von Qualitätskennzahlen – die Bewertung durch die Fachkollegen mit der sich daraus ableitenden Kenntnis des eigenen Qualitätsniveaus. Hieraus ergeben sich verschiedene Konsequenzen zunächst im Sinne der Kommunikation der Ergebnisse, über die Entscheidung der weiteren Beobachtung bis hin zur Ableitung sowie Umsetzung entsprechender Maßnahmen.

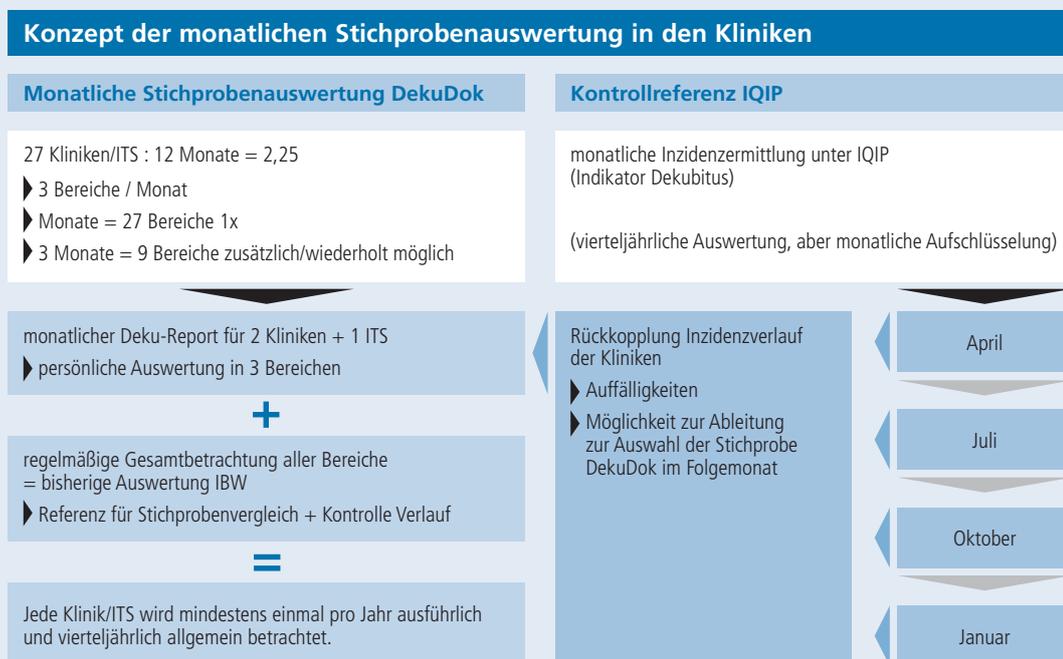
Hinsichtlich der Teilnahme an internationalen Vergleichsprojekten wurde im vergangenen Qualitätsbericht bereits das „International Quality Indicator Project (IQIP)“ vorgestellt. Seit dem Jahr 2004 nimmt das Universitätsklinikum an diesem qualitativ hoch anspruchsvollen Benchmarkprojekt teil. IQIP ist ein System zur Bewertung von medizinischen Versorgungsleistungen in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Es basiert auf der Messung von wissenschaftlich fundierten und international anwendbaren Leistungsindikatoren in inzwischen weltweit mehr als 2.000 Einrichtungen und hat sich als Grundlage für die Einführung und professionelle Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern bewährt. Mit dem Qualitätsziel, jedes Jahr an einem weiteren Qualitätsindikator aus dem angebotenen Set von IQIP teilzunehmen, hat das Universitätsklinikum im Jahr 2006 mit Indikatoren zur Geburtshilfe gestartet. Inzwischen erlaubt die Datenlage eine Verlaufsbeobachtung über zwei Jahre, und am Beispiel des Wehenmanagements soll dies in folgender Abbildung veranschaulicht werden.



Im Vergleich mit anderen Universitätskliniken in Europa und den USA hebt sich der überwiegend höhere Anteil an Vaginalgeburten nach einem früheren Kaiserschnitt (VBACs) positiv hervor. Diese Daten müssen mit den klinischen Kollegen diskutiert und bewertet werden und sind natürlich für eine Geburtsklinik mit hohem Anteil an Risikoschwangeren eine wichtige Grundlage der Qualitätsbeurteilung.

Qualitätsmanagement-Projekte

Projekte werden im Universitätsklinikum mit dem Ziel einer flächendeckenden Anwendung durchgeführt. Darüber hinaus sollen sie im Kontext des vom Vorstand beschlossenen Qualitätsentwicklungsplanes stehen. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle die monatliche Stichprobenauswertung der Dekubitusdokumentation vorgestellt. Nachdem es im Universitätsklinikum gelungen war, die Dekubitusdokumentation elektronisch und flächendeckend im gesamten Klinikum zu implementieren, stellte sich die Frage nach der kontinuierlichen Rückmeldung der ausgewerteten Daten an die jeweiligen Stationen. Mit dem internen Berichtswesen im Intranet war diesbezüglich ein wesentlicher Meilenstein gelungen. Allerdings fehlte der persönliche Kontakt mit denjenigen, die auf den Stationen tatsächlich die Dokumentation regelmäßig durchführen. Stichproben bestätigten den subjektiven Eindruck, dass das Interesse vor Ort zwar besteht, aber der (regelmäßige) Einblick in die Daten angesichts der täglich zu leistenden Arbeit eher unrealistisch ist. Demzufolge wurde im Jahr 2007 ein Projekt mit dem in folgender Abbildung dargestellten Konzept durchgeführt.



Mit dieser konzentrierten, auf die jeweilige Klinik bezogenen Auswertung werden die Pflegekräfte mit ihren eigenen dokumentierten Daten konfrontiert und auf Auffälligkeiten aufmerksam gemacht. Das formulierte Ziel ist es zunächst, die tatsächlich geleistete Pflegearbeit zu dokumentieren und damit gegenüber verschiedenen Seiten, zum Beispiel dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, nachvollziehbar zu machen. Darüber hinaus gilt es, die pflegerische Qualität anhand von Auffälligkeiten konstruktiv kritisch zu hinterfragen; handelt es sich im konkreten Fall um einen Dokumentationsfehler oder aber tatsächlich um ein pflegerisches Leistungsdefizit. Diesbezüglich erhalten die Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen der jeweiligen Klinik eine vom Zentralbereich Qualitätsmanagement aufbereitete Übersicht, aus der heraus der Stand zur Dekubitusdokumentation konkret für die jeweilige Klinik/Station abgeleitet werden kann. Anhand dieser werden im gemeinsamen Dialog Auffälligkeiten und Fragen geklärt und gegebenenfalls Maßnahmen der Verbesserung eingeleitet.

Fazit:

Im Ergebnis wird von beiden Seiten, den Pflegekräften der verschiedenen Kliniken sowie dem Zentralbereich Qualitätsmanagement, die monatliche Stichprobenauswertung der Dekubitusdokumentation in den Kliniken als unverzichtbares Instrument der Qualitätsbeurteilung eingeschätzt. Aus diesem Grund ist das Projekt als solches beendet und wird ab dem Jahr 2008 als kontinuierliches Instrument der Qualitätsbewertung im Rahmen der Dekubitusdokumentation im Universitätsklinikum Dresden angewendet.

Bewertung des Qualitätsmanagements

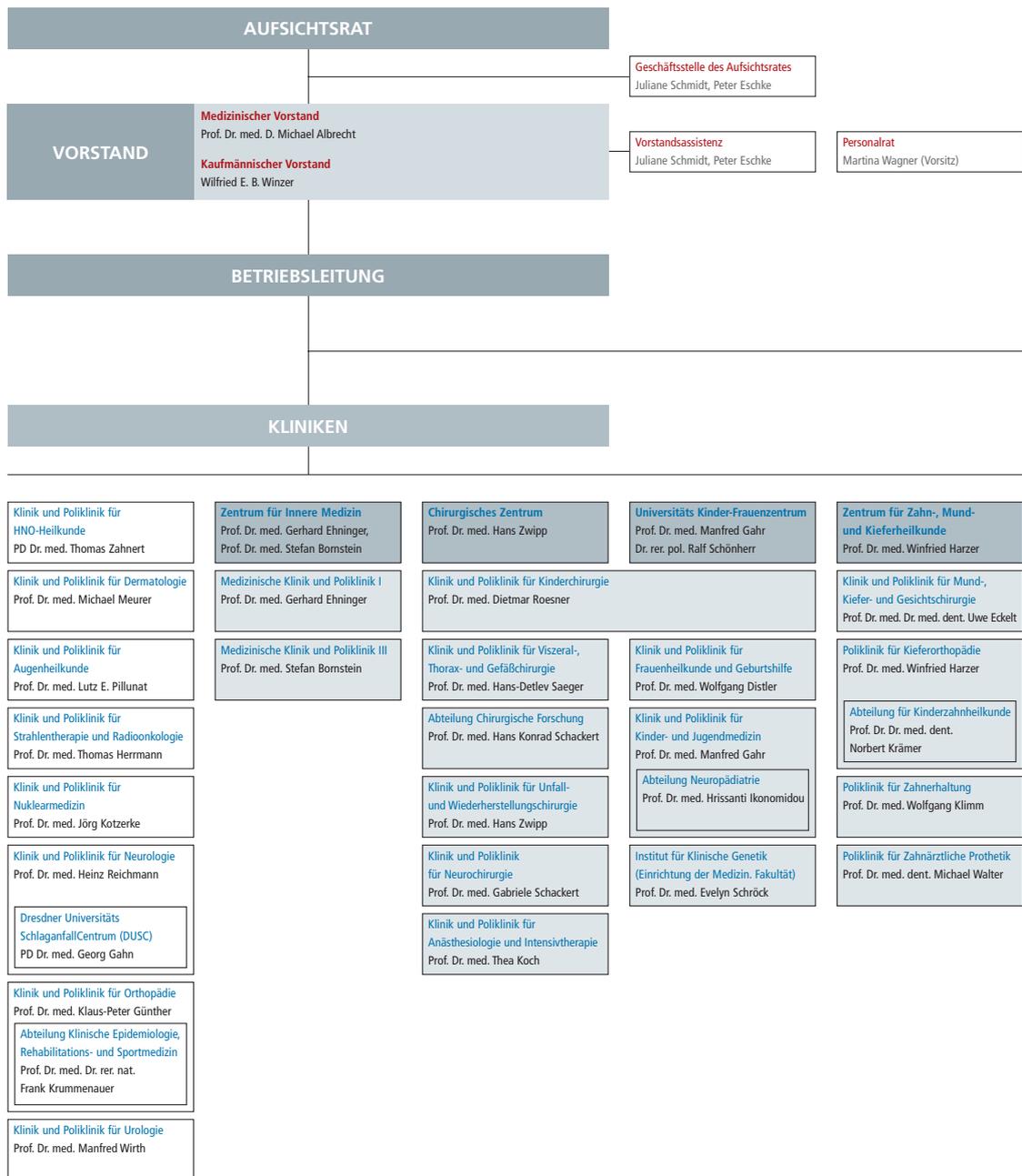
Selbstverständlich sind auch im Jahr 2007 die verschiedenen Überwachungsaudits in den zertifizierten Bereichen – Institut für Pathologie, Universitäts KrebsCentrum (UCC), Regionales Brustzentrum Dresden (RBZ), Universitäts GefäßCentrum (UGC), Zentralsterilisation etc. – erfolgt und konnten erfolgreich mit wenigen Hinweisen zum Abschluss gebracht werden.

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass drei weiteren Bereichen die Erstzertifizierung gelungen ist, und zwar

- der Klinikapotheke (DIN EN ISO 9001:2000)
- dem Dresdner Universitäts Schlaganfall-Centrum (DUSC) (DIN EN ISO 9001:2000) und
- dem Prostatakarzinomzentrum unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums (UCC) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft.

Jede dieser Erstzertifizierungen ist eine Innovation für das Universitätsklinikum und verdient mit Blick auf den Qualitätsbericht 2008 eine besondere Darstellung.

STRUKTUR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS CARL GUSTAV CARUS



Organigramm

Stand 31. Dezember 2007

TOCHTERGESELLSCHAFTEN			
Carl Gustav Carus Management GmbH GF: Janko Haft Beteiligung: 100 %	Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus GmbH GF: Juliane Schmidt, Prof. Dr. med. Egbert Schröder Beteiligung: 100 %	Zell- und Gewebekbank am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden gGmbH (Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation gGmbH) GF: Martin Börgel, Prof. Dr. med. Hans-Peter Günther Beteiligung: 50 %	Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation gGmbH (Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Leipzig) GF: Martin Börgel Beteiligung: 33 %



Zentrum für seelische Gesundheit Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer	Interdisziplinäre Kompetenzzentren	Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik Prof. Dr. med. Michael Laniado Abteilung Neuroradiologie Prof. Dr. med. Rüdiger von Kummer	Geschäftsbereich Finanzen Dr. oec. Mandy Zschiesche	Krankenhaushygiene/Umweltschutz Dr. rer. nat. Lutz Jatzwauk
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer	Universitäts KrebsCentrum (University Cancer Center UCC) Prof. Dr. med. Michael Baumann	Institut für Pathologie Prof. Dr. med. Gustavo B. Baretton	Geschäftsbereich Controlling Marianna Wiedmeier	Medizincontrolling Dr. med. Ulrike Bucher
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie Dr. med. Karin Horn (kom.)	Regionales Brustzentrum Dresden Prof. Dr. med. Wolfgang Distler	Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin Prof. Dr. med. Gabriele Siegert	Geschäftsbereich Personal Kerstin Stübner-Röhler	Pressestelle Holger Ostermeyer
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Prof. Dr. med. Peter Joraschky	Prostatakarzinomzentrum Prof. Dr. med. Manfred Wirth	Geschäftsbereich Betriebsärztlicher Dienst Leitung wahrgenommen durch Prof. Dr. med. Klaus Scheuch	Geschäftsbereich Logistik und Einkauf Janko Haft	Qualitätsmanagement Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Prof. Dr. phil. Friedrich Balck	Universitäts GefäßCentrum (UGC) Prof. Dr. med. Sebastian Schellong	Geschäftsbereich Klinik-Apotheke Dr. rer. nat. Holger Knoth	Geschäftsbereich Bau und Technik Steffen Kluge	Rechtsstelle Birgit Straub
	Universitäts SchmerzCentrum (USC) PD Dr. med. Rainer Sabatowski		Geschäftsbereich Medizinisches Rechenzentrum Dierk Müller	Fakultätsverwaltung mit DM-Bereich Andreas Honecker
	Dresdner Universitäts SchlaganfallCentrum (DUSC) PD Dr. med. Georg Gahn		Geschäftsbereich Pflege, Service und Dokumentation Gitta Helaß	
			Medizinische Berufsfachschule Renate Eckermann	
			Fort- und Weiterbildungszentrum Jens Vogel	

BEAUFTRAGTE
Biologische Sicherheit/Arbeitsschutz Beate Schild
Datenschutz Volkmar Lieder
Frauen Ruth Meyer
Laser Peter Knuschke
SAP Dr.-Ing. Thomas Rothe
Tierschutz Prof. Dr. med. vet. Wolfgang Dörr
Transplantation Prof. Dr. med. Manfred Wirth
Schwerbehinderte Birgit Finkler
Strahlenschutz in den jeweiligen Kliniken sowie in der Verwaltung
Transfusion Dr. med. Kristina Hölig

KOOPERIERENDE EINRICHTUNGEN AM STANDORT DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS		
KH – Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.	Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik an der Technischen Universität Dresden	Tumorzentrum Dresden e. V.

AUF SICHTSRAT

Vorsitzender des Aufsichtsrates

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

**Stellvertretender
Aufsichtsratsvorsitzender**

Prof. Dr. Claus Rüger
Honorarprofessor,
TU Dresden

Mitglieder

Dr. Eva-Maria Stange
Staatsministerin für Wissenschaft
und Kunst

Dr. Horst Metz
(bis 30.09.2007)
Staatsminister der Finanzen

Stanislaw Tillich
(seit 01.10.2007)
Staatsminister der Finanzen

Helma Orosz
Staatsministerin für Soziales

Dr. Undine Krätzig
(bis 31.08.2007)
Kommissarische Kanzlerin der
Technischen Universität Dresden

Wolf-Eckhard Wormser
(seit 01.09.2007)
Kanzler der Technischen Universität
Dresden

Prof. Dr. Manfred Wirth
Mitglied des Dekanatskollegiums –
Medizinische Fakultät der TU Dresden

Katrin Weigelt
(bis 26.04.2007)
Vertreterin der Beschäftigten

Dietmar Hackel
(seit 27.04.2007)
Vertreter der Beschäftigten

Dr. Eberhard Baumbauer
FFPM, Consultant in Pharmaceutical
Research & Development

Dr. Hagen Hultsch
Aufsichtsratsvorsitzender der
T-Systems Solutions in Research GmbH

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

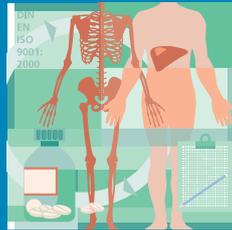
Wilfried E. B. Winzer
Kaufmännischer Vorstand des UKD

Prof. Dr. Heinz Reichmann
Dekan der Medizinischen Fakultät

Prof. Dr. Andreas Deußen
Prodekan der Medizinischen Fakultät

Der Kanzler der Technischen
Universität Dresden hat das Recht,
an den Sitzungen teilzunehmen.

www.uniklinikum-dresden.de



Herausgeber

**Vorstand des
Universitätsklinikums**
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Telefon 0351 458-0
www.uniklinikum-dresden.de

Kontakt: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon 0351 458-4162
pressestelle@uniklinikum-dresden.de