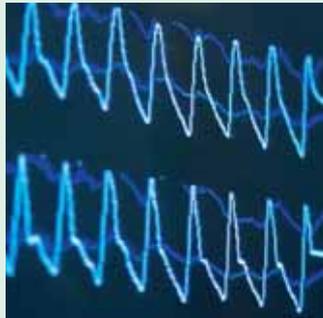
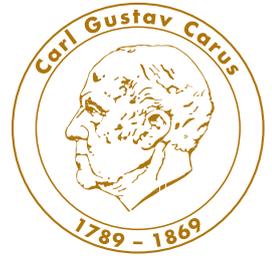


Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



2005



ALITÄT UND STRUKTUREN ERGEBNISSE UND PERSPEKTIVEN
STRUKTUREN ERGEBNISSE UND PERSPEKTIVEN
ERGEBNISSE UND PERSPEKTIVEN
PERSPEKTIVEN
PROZESSE OPTIMISATION UND STRUKTUREN
TÄTIGKEIT UND STRUKTUREN ERGEBNISSE

Ergebnisse und
Perspektiven

JAHRESBERICHT



- 3 Vorwort
- 4 Ergebnisse und Perspektiven
- 10 Innovationen und Investitionen
- 16 Patienten
- 20 Mitarbeiter
- 24 Forschung und Lehre
- 28 Qualitätsbericht
- 42 Jahresabschluss
- 48 Zahlen und Fakten
- 57 Gremien/Organigramm

Liebe Leserinnen und Leser,

die 2005 begonnene Konvergenzphase war für alle deutschen Krankenhäuser zweifellos eine Nagelprobe auf ihrem Weg ins DRG-Zeitalter. Damit fällt die Rückschau auf die Ergebnisse des Jahres besonders spannend aus: Wurden die im Rahmen eines umfassenden Vorbereitungsprozesses selbst gesteckten Ziele erreicht? – Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus kann mit Blick auf das positive Gesamtergebnis des zurückliegenden Geschäftsjahres eine überzeugende Antwort geben. Grundlage für diesen Erfolg ist ein Entwicklungsplan, der sich bereits in den Jahresberichten 2003 – „Qualität und Strukturen“ – und 2004 – „Prozesse optimieren“ – widerspiegelte. Der nun vorliegende Bericht für 2005 steht folgerichtig unter dem Titel „Ergebnisse und Perspektiven“. Denn 2005 war es an der Zeit, die optimierten Strukturen und Prozesse auf den Prüfstand zu stellen.

Entgegen dem allgemeinen Trend verfolgt das Klinikum nicht das Ziel, alte Formalismen stur durch neue zu ersetzen. Stattdessen stellen wir uns zu Beginn jedes Veränderungsprozesses der Diskussion über den Mehrwert und die besseren Ergebnisse, die wir uns von einer solchen Initiative erwarten. Dies geschieht nicht allein aus betriebswirtschaftlicher Perspektive: Der Mehrwert kann und muss sehr wohl auch eine verbesserte Qualität oder ein besseres Serviceangebot bei gleichem oder geringerem Ressourcenaufwand beinhalten. Der Jahresbericht 2005 zeigt an einigen Beispielen, welche der in den vorangegangenen Jahren gesetzten Ziele wir erreicht haben. Das betriebswirtschaftliche Ziel konnte mehr als erfüllt werden – das Klinikum steht auch mittelfristig auf soliden und sicheren finanziellen Füßen. Alle strategischen Ziele der Vernetzung und Expansion wurden ebenfalls erreicht oder gar überschritten. Der Ruf des Klinikums in der Region verbesserte und festigte sich deutlich. Dies alles geschah im Einklang mit der Fakultät und den darin vertretenen Leistungsbereichen Forschung und Lehre.

Vor allem beim Aufbau von Zentren in der Krankenversorgung sind an Prozessoptimierungen und Strukturveränderungen alle Ebenen des Klinikums beteiligt. Diese Veränderungen beschränken sich nicht auf den medizinischen Leistungsbereich, sondern gelten ebenso für alle Unterstützungsprozesse und beziehen damit die komplette Servicefunktion der Administration ein. Betrachtet man die einzelnen Ergebnisse aller Anstrengungen, so wird klar, dass das Klinikum die richtige Entwicklung genommen hat. Diese ist bei weitem nicht abgeschlossen, aber wir können dennoch auf der Basis des bisher Erreichten sehr optimistisch in die Zukunft blicken.

Der in diesem Jahresbericht dokumentierte Erfolg ist eine Leistung aller 4.780 Mitarbeiter unseres Unternehmens in Klinikum und Fakultät. Ihnen allen gebührt unser Dank und vor allem die Anerkennung dafür, dass sie unsere Anstrengungen loyal umsetzen. Wir hoffen, dass sich dies in Zukunft weiter fortsetzt und sich das Klinikum jeder nationalen und internationalen Konkurrenz stellen kann. Das äußerst erfolgreiche Jahr 2005 ist damit Anlass zur Genugtuung, aber auch Ansporn für die kommenden Herausforderungen.

Prof. D. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand

Wilfried E. B. Winzer
Kaufmännischer Vorstand



3‰3058000000402303002113311892979
901β934598802%92358963‰3058000000
90888980835%012345678901β934598802

01



923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
2%92358963%03058000000402303002111

Weitsichtige Strategien sichern dem Klinikum eine herausragende Position auf dem Gesundheitsmarkt.

Bereits heute sind die ersten messbaren Erfolge sichtbar, die aus der frühzeitigen Anpassung der krankenhausernen Prozesse und Strukturen resultieren. Das Betriebsergebnis zeigt, dass es dem Klinikum gelungen ist, die Leistungen in der Krankenversorgung zu steigern und dauerhaft Kosten zu dämpfen.

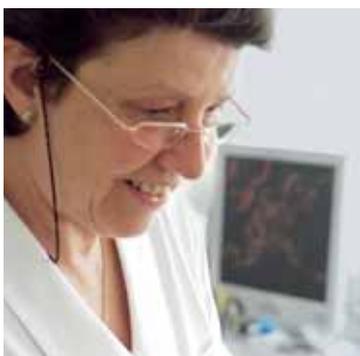




Im Geschäftsjahr 2005 erfolgte für die Krankenhäuser in Deutschland der zweite Teilschritt in der Umstellung der stationären Leistungsvergütung von krankenhaus-individuellen Budgets hin zu Fallpauschalen, die sich an einem landeseinheitlichen Basisfallwert orientieren. Die erreichten Ergebnisse beweisen, dass sich das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus für die bis 2009 andauernde Konvergenzphase eine gute Position erarbeitet hat. Wesentlicher Erfolgsfaktor dafür waren die frühzeitige Anpassung der Prozesse und Strukturen durch kostendämpfende Maßnahmen. Dank dieser weitsichtigen Strategie konnte sich das Klinikum auf dem Gesundheitsmarkt hervorragend aufstellen.



Auf der Grundlage eines Einigungsvorschlags der Schiedsstelle wurde am 2. Mai 2005 ein Vergleich für den Freistaat Sachsen geschlossen, der den Landesbasisfallwert für das laufende Jahr auf 2.654,68 Euro festlegte. Analog zu der Entwicklung in anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung verringerte sich dadurch das bereits ausgehandelte, auf einem höheren Basisfallwert aufbauende Budget der Universitätsklinik. Dank der bereits in den Vorjahren erreichten effizienten Kostenstrukturen beschränkte sich der Budgetverlust jedoch auf lediglich 1,6 Millionen Euro. Insgesamt vereinbarte das Klinikum mit den Kostenträgern für 2005 ein Budget von 196,7 Millionen Euro – in dieser Summe sind die Ausgleichszahlungen der Vorjahre nicht enthalten. Das entspricht einem Zuwachs von 3,8 Millionen Euro gegenüber 2004. Dabei wuchs das Budget vor allem durch ausgeweitete und veränderte Leistungen in der Krankenversorgung, beispielsweise für teure Chochlea-Implantate, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), für die Inbetriebnahme neuer Tagesklinikplätze ab dem 1. September 2005 in den Kliniken für Urologie und für HNO-Heilkunde sowie von Schmerzbehandlungsplätzen innerhalb des IV-Vertrages nach § 140 SGB V. Hinzu kommt ein Zuwachs an Planbetten und Tagesplätzen in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie.



Konsequente Politik leistungsgerechter Mitarbeitervergütung als Katalysator für die Optimierung innerbetrieblicher Prozesse

Basis für eine positive wirtschaftliche Entwicklung des Unternehmens ist der möglichst effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel sowie die Optimierung der innerbetrieblichen Prozesse. Um dies zu erreichen, verfolgt das Universitätsklinikum eine konsequente Politik der leistungsgerechten Vergütung seines Personals. Durch den gezielten Einsatz von Mitarbeitern mit der jeweils erforderlichen Qualifikation in der Pflege ließen sich auf der einen Seite Prozesse optimieren und auf der anderen Seite zugleich Kosten senken. Um die Motivation der Mitarbeiter zu steigern, setzt das Universitätsklinikum weiterhin auf den Einsatz leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile.

Durch eine strategisch ausgerichtete Personalpolitik ist es gelungen, auch die Kosten für die in der Krankenversorgung tätigen Fakultätsmitarbeiter zu stabilisieren und die BAT-Steigerung zu kompensieren. Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil im Berichtsjahr die Leistungen in der Krankenversorgung gesteigert werden konnten und zudem modellhaft neue Arbeitszeitregelungen nach EU-Richtlinie 93/104 umgesetzt wurden.

40 Prozent der Aufgaben in der Gesundheitsversorgung sind kommunikativer Art. Daher muss die Kommunikation durch den IT-Bereich umfassend unterstützt werden, um die

erwarteten wirtschaftlichen Ergebnisse optimierter Prozesse zu erreichen. Größte Aufmerksamkeit galt hier dem kontinuierlichen Ausbau der SAP-Anwendungen im Klinikum. Dazu gehören das neu eingeführte individuelle Reporting, der Einsatz arbeitsunterstützender Programme sowie die permanente Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter im Bereich der IT-Entwicklung. Im Februar 2005 wurde auf der Station S1 der Medizinischen Klinik und Poliklinik I als Pilotmodell ein modernes Tablet-PC-System zur Pflegedokumentation eingeführt. Dieses flexible Dokumentationssystem baut auf der Plattform „ORBIS“ auf und brachte dem Stationsablauf viele Vorteile. Dazu gehört zum Beispiel die Möglichkeit der zeitnahen Dokumentation notwendiger Daten direkt am Krankenbett. Auf diesem Weg lassen sich die Vollständigkeit und die sofortige Verfügbarkeit aller dokumentierten Informationen absichern. Gleichzeitig werden die datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt.

Investitionen in die IT-Infrastruktur verbessern Krankenhauscontrolling

Mit den üblichen, teilweise belastenden Implementierungsproblemen wurde das auf der ORBIS-Plattform aufbauende Ambulanzmodul für Krankenhaussoftware in weiteren Klinikambulanzen eingeführt. Die genannten und weitere gezielte Investitionen, darunter auch ein Projekt zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte E-Card und der Health-Professional-Card „HPC“, helfen, die Arbeitsprozesse insgesamt deutlich zu verbessern. So lassen sich mit neuer IT die erforderlichen Informationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort rascher bereitstellen. Dies führt im Rahmen des Krankenhauscontrollings auch zu mehr Transparenz.

Optimierte Prozesse benötigen entsprechende bauliche Strukturen. Für die zentrale Investition der kommenden Jahre, den Neubau des Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrums, bestätigten Bund und Land auf der Grundlage der eingereichten Projektunterlagen die Finanzierung in Höhe von 98,2 Millionen Euro. Das zwei Teilprojekte umfassende Vorhaben wurde am 9. September 2005 mit dem ersten Spatenstich offiziell gestartet. Begleitet wird dieses Neubauvorhaben von einem Projekt zur Betriebsorganisation der neu geschaffenen Bereiche. Dies soll sicherstellen, dass die baulichen Funktionalitäten bei der Inbetriebnahme den Anforderungen zur Prozessoptimierung entsprechen.

Als zweite Großinvestition konnten der Umbau und die Erweiterung des ehemaligen Gynäkologiegebäudes für die Augenklinik weiter vorangetrieben werden. Neben der neuen medizinischen Konzeption dieser Maßnahme und dem integrierten Low-Care Bereich ist hier auf die Besonderheit des Einbaus einer umweltschonenden Kälteerzeugungsanlage zu verweisen. Sie wird mit Fördermitteln eines Energieversorgers und des Sächsischen Landesamtes für Umwelt und Geologie gebaut.

Sanierung der Klinik für Orthopädie zum Aufbau eines effizienten Stationsbetriebs genutzt

Im Rahmen des aus Eigenmitteln realisierten Umbaus der Klinik und Poliklinik für Orthopädie in Haus 29 hat das Universitätsklinikum aus ehemals fünf Stationen mit 91 Betten zwei Großstationen mit insgesamt 79 Betten geschaffen. Sie sind jeweils mit zentral

angeordneten Pflegestützpunkten und funktionalen Pflege- und Funktionsbereichen ausgestattet. So wurde ein optimaler Personaleinsatz zur bestmöglichen Versorgung der Patienten realisiert. Große Aufmerksamkeit schenkte das Klinikum im vergangenen Jahr auch der Verbesserung der räumlichen Situation für die interdisziplinären Zentren wie das Universitäts KrebsCentrum (UCC), das Universitäts SchmerzCentrum (USC) und das Universitäts GefäßCentrum (UGC).

Zusätzliche Verträge sichern Kontinuität in ausgewählten Leistungsangeboten

Mit allen diesen Maßnahmen setzt das Universitätsklinikum seine langjährige Strategie fort, durch Schaffung entsprechender Strukturen und verbesserter Prozesse die Qualität in der Leistungserbringung zu sichern und so bestmögliche medizinische Qualität und betriebswirtschaftliche Optimierung zu erreichen. In diesem Kontext sichert sich das Universitätsklinikum durch zusätzliche Verträge Kontinuität auch in ausgewählten Leistungsangeboten.

Ohne eine solide finanzielle Basis wäre es undenkbar, im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten, bereits etablierte Behandlungsangebote zu ergänzen oder neue zu entwickeln. Wichtige Voraussetzung für einen solchen Leistungsausbau ist der vom Klinikum intensiv geführte Dialog mit den Kostenträgern.

So gelang es dem Universitätsklinikum durch entsprechende Vereinbarungen besondere Therapieangebote finanziell abzusichern. Dies gilt vor allem für die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen, für den Ausbau des Cochlea-Implantat-Zentrums sowie für das Früherkennungsprogramm für Frauen mit familiärer Belastung hinsichtlich Brust- und Eierstockkrebs. Weitere Meilensteine stellen die per Akkreditierung festgeschriebene Teilnahme der Medizinischen Klinik III am Disease-Management-Programm für Patienten mit Diabetes Typ II sowie der erstmals mit den Krankenkassen geschlossene Vertrag zum Brückenprojekt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin dar. Mit dieser Vereinbarung schufen die Krankenkassen eine sichere finanzielle Basis für die häusliche Pflege unheilbar an Krebs erkrankter Kinder.

Klinikum nutzt Chancen neuer Versorgungsformen

Mit dem „Gesundheitsmodernisierungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eröffnen sich dem Klinikum neue Möglichkeiten, mit den Krankenkassen neue Formen der Krankenversorgung zu vereinbaren. Auf diesem Weg lässt sich die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer ebenso verstärken wie die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl innerhalb des Universitätsklinikums als auch mit Kooperationspartnern. Die im Sozialgesetzbuch V festgeschriebenen Regelungen waren im Berichtsjahr Ausgangspunkt für weitere Initiativen, die Patienten umfassender zu betreuen. Genutzt wurden der im § 140 enthaltene Rahmen zur integrierten Versorgung, die entsprechend § 116 b erstmals mögliche Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten, hoch spezialisierten Versorgung, die nach § 137 g zulässigen strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für chronisch Kranke und nicht zuletzt die durch § 95 eröffnete Möglichkeit, ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen.

Bereits im Jahr 2004 begann das Klinikum auf der Grundlage eigener langjähriger Erfahrungen bei der Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen, neue Behandlungsstrukturen aufzubauen. Das noch im selben Jahr eröffnete Universitäts SchmerzCentrum verfügt über ein interdisziplinäres Profil, das die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung der Patienten in sich vereint. Grundlage hierfür waren die neuen Vertragsmöglichkeiten zur integrierten Versorgung (IV) nach § 140 SGB V. Im Interesse der chronischen Schmerzpatienten gelang es, diesen Versorgungsvertrag kassenartenübergreifend zu schließen. Das ist als ein besonderer Erfolg zu bewerten. Als Hauptpartner konnte das Klinikum die AOK Sachsen und den überwiegenden Teil der Ersatzkassen gewinnen.

Zusätzlich gelang es, die Tagesklinik des USC im Krankenhausbedarfsplan zu verankern. Dies bildete die Grundlage, im Rahmen der Budgetverhandlungen auch mit nicht am IV-Vertrag beteiligten Krankenkassen einen entsprechenden Pflegesatz zu vereinbaren. Die Patientenzahlen der Tagesklinik konnten so im Laufe des Berichtsjahres von ursprünglich neun Patienten pro Gruppe auf zwölf aufgestockt werden. Insgesamt profitierten mehr als 120 Patienten mit chronischen Schmerzen von diesem tagesklinischen Versorgungsangebot: Ihre Beschwerden besserten sich durch die innovative Form der Therapie wesentlich. Weitere 120 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen wurden 2005 auf der Basis der bestehenden Integrationsversorgung stationär behandelt. Hinzu kommen Patienten anderer Krankenkassen, die auf der Basis der bisherigen Finanzierung mittherapiert werden konnten.

In einem weiteren Schritt wird mit den Krankenkassen nun darüber verhandelt, die schmerztherapeutischen Leistungen auch im ambulanten Bereich auszubauen sowie Ermächtigungen zu erhalten. Bisher lässt der kassenartenübergreifende Vertrag lediglich Behandlungen im Rahmen der Hochschulambulanz zu.

Medizinisches Versorgungszentrum gegründet

Im Mai 2005 nahm ein als hundertprozentiges Tochterunternehmen des Klinikums gegründetes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) seine Arbeit auf dem Klinikumsgelände auf. Es beschäftigt eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, eine hausärztlich tätige Internistin sowie einen Facharzt für Labormedizin. Durch die enge Zusammenarbeit vor allem mit den Hochschulambulanzen der verschiedenen Fachgebiete kann das Klinikum nun den Patienten eine abgestimmte interdisziplinäre Versorgung anbieten. Das Spektrum reicht dabei vom Hausarzt über den Spezialisten und erforderlichenfalls bis hin zum stationären Aufenthalt. Gleichzeitig sorgt das neue MVZ für eine bessere hausärztliche Betreuung der Anwohner im unmittelbaren Umfeld des Klinikums.

Mit dem MVZ bietet das Klinikum nicht nur den eigenen Hochschulambulanzen, sondern auch zahlreichen niedergelassenen Ärzten zusätzliche labormedizinische Leistungen an. Die kleine, zum MVZ gehörende Betriebseinheit nutzt die eigene Flexibilität, um Prozesse zu optimieren und den Service zu verbessern. Dabei kommt der engen, vertraglich klar geregelten Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin eine große wirtschaftliche Bedeutung zu.

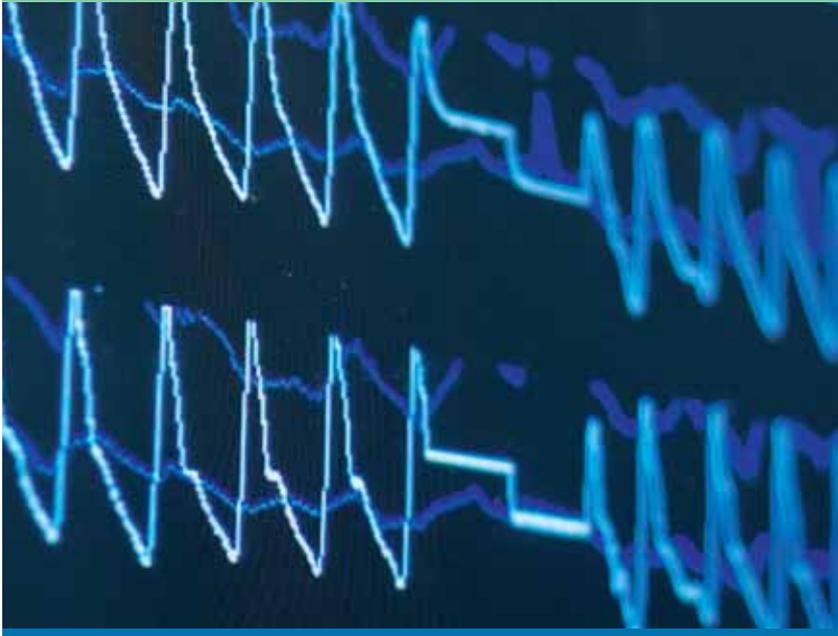
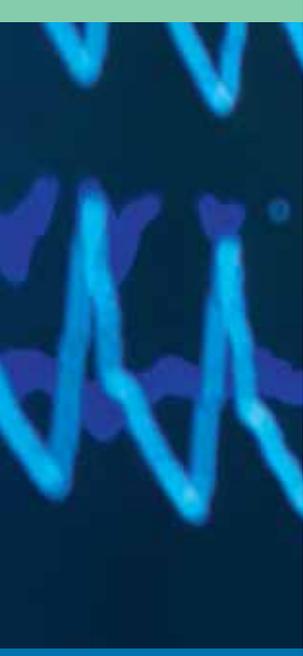




3%030580000004023030021133118929790
 901β934598802%92358963%03058000000
 90888980835%012345678901β934598802

Innovative Verfahren eröffnen Ärzten und Wissenschaftlern neue Perspektiven.

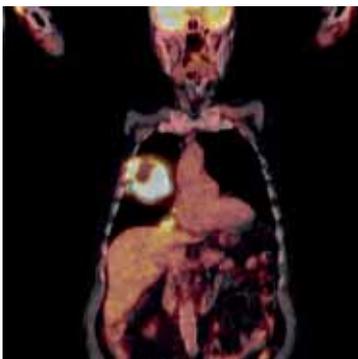
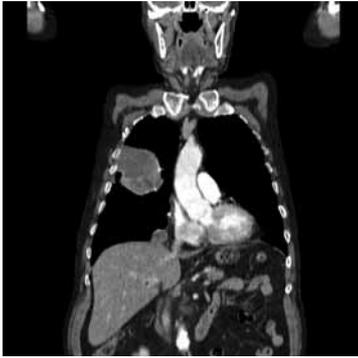
Das im Klinikum eingesetzte PET-CT, eine Kombination aus Positronenemissions- und Computertomographen, liefert Aufnahmen, die nicht nur die Tumorforschung voranbringen, sondern zur gleichen Zeit Diagnostik und Therapie der Patienten verbessern. Auch in der Neurologie, Gastroenterologie oder Neurochirurgie sorgt hochmoderne Medizintechnik in Kombination mit engagierter Forschung dafür, Krankheiten besser zu verstehen und behandeln zu können.



923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
%92358963%03058000000402303002111

02





PET-CT liefert Ärzten bessere Entscheidungsgrundlagen bei der Wahl der geeignetsten Tumorthherapie

Seit Juni 2005 verfügt Dresden als erster ostdeutscher Hochschulstandort über einen Tomographen, der die Diagnostikverfahren von Computertomographie und Positronenemissionstomographie in einem Gerät vereinigt. Der so genannte PET-CT wurde im Rahmen des im Berichtsjahr eröffneten „Zentrums für Innovationskompetenz für medizinische Strahlenforschung in der Onkologie“ (ZIK OncoRay) aus Bundesmitteln finanziert. Träger des neuen Zentrums sind das Universitätsklinikum, die Medizinische Fakultät, das Forschungszentrum Rossendorf und die Technische Universität Dresden.

Der PET-CT vereinigt zwei hoch entwickelte Bildgebungsverfahren: Während die Computertomographie auf der Basis von Röntgenstrahlen anatomische Bilder in höchster Auflösung liefert, lassen sich anhand der Positronenemissionstomographie die molekularbiologischen Eigenschaften des menschlichen Gewebes untersuchen. Mit dem PET ist es beispielsweise möglich, Metastasen in einem frühen Stadium zu diagnostizieren. Hierzu werden den Patienten Zuckermoleküle in die Blutbahn gespritzt, die mit schwach radioaktivem Fluor markiert sind. Da Tumorzellen schneller Zucker aufnehmen als gesunde Zellen, erscheinen sie auf den PET-Aufnahmen als hell leuchtende Stellen. Da die Positronenemissionstomographie zum Teil nur unzureichende Informationen über die exakte Lage der Tumoren liefert, führt der PET-CT diese Bilder mit den gleichzeitig angefertigten Aufnahmen des Computertomographen zusammen.

Bereits nach kurzer Zeit erfüllte das Großgerät die hohen Erwartungen der Nutzer – aus Sicht der Forschung ebenso wie aus der der Krankenversorgung. So können Wissenschaftler anhand der Bilder des PET-CT beobachten, wie Tumore auf bestimmte Therapien ansprechen. Diese Erkenntnisse tragen beispielsweise dazu bei, den Einsatz der Strahlentherapie künftig exakter planen zu können: Dank des hochmodernen Verfahrens lassen sich die individuellen Gegebenheiten der Patienten – unter anderem die Lage und Ausbreitung von Tumoren – besser als bisher diagnostizieren.

In der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen liefert der PET-CT Aufnahmen, die es zum Beispiel den Ärzten deutlich einfacher machen, das jeweilige Stadium der Tumorerkrankung genau festzustellen. Damit liefert das Gerät eine bessere Entscheidungsgrundlage bei der Wahl der geeignetsten Therapieform. Obgleich der PET-CT am Klinikum erst ein halbes Jahr im Einsatz ist, bestätigen sich damit die Erfahrungen anderer Einrichtungen: Die Aufnahmen des Geräts führen bei einem Drittel der Patienten zu qualitativ besseren Therapieentscheidungen. Dennoch ist es zurzeit in Deutschland nicht möglich, diese Diagnostik als Standardverfahren einzusetzen, da die Kosten hierfür von den Krankenkassen nicht übernommen werden.

Die Entscheidung des Bundes, das von Klinikum und Medizinischer Fakultät gemeinsam mit dem Forschungszentrum Rossendorf und der TU entwickelte Konzept des ZIK OncoRay mit insgesamt zwölf Millionen Euro zu fördern, ist ein Beleg für die international anerkannte Forschungskompetenz Dresdens im Bereich der Strahlen- und Krebsforschung.

Die drei Bilder zeigen von oben nach unten Längsschnitt-Aufnahmen vom Körper eines Krebspatienten. Die Darstellungen von CT (oben) und PET (Mitte) werden vom neuen Gerät in einem Bild fusioniert. Diese Ansicht gibt nicht nur exakt Lage und Aktivität des großen Tumors im linken Lungenflügel wieder, sondern liefert wichtige Informationen zu einer Metastase im unteren Abschnitt des Organs. Die vom PET-CT generierte Ansicht führte zur Korrektur der ursprünglich geplanten Therapie. Die kleine Aufnahme im mittleren Bild zeigt eine dreidimensionale Darstellung des PET.

Erster epilepsiechirurgischer Eingriff am Uniklinikum

Mit einer im Februar 2005 vorgenommenen Hirnoperation in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie profitierte erstmals ein Patient von dem neuen Kooperationsvertrag, den das Sächsische Epilepsiezentrum Kleinwachau und das Universitätsklinikum geschlossen haben. Die Kapazitäten des neuen Epilepsiechirurgischen Zentrums reichen aus, um jährlich bis zu 100 Patienten zu versorgen. Die Epilepsiepatienten werden an vier neu im Klinikum eingerichteten Diagnostikplätzen neurophysiologisch sehr genau diagnostiziert, damit die Möglichkeit einer Operation geprüft werden kann und sie auf den Eingriff vorzubereitet werden.

Rund ein Drittel aller Epilepsiepatienten profitiert von diesen erweiterten Diagnosemöglichkeiten. Es sind vor allem die Anfallskranken, bei denen der Einsatz von Medikamenten erfolglos bleibt. Anhand der hochmodernen Diagnostik lässt sich die Hirnregion identifizieren, in der die Anfälle ihren Ausgang nehmen. Diese Erkenntnisse nutzen die Neurochirurgen, um gezielt das als Ausgangspunkt der Anfälle identifizierte Hirngewebe zu entfernen. Der Patient hat so die Chance, nach einem neurochirurgischen Eingriff wieder anfallsfrei zu leben.

Autonomes Nervensystem dient Ärzten bei vielen Krankheiten als Schlüssel zum Körper

Das „Autonome und Neuroendokrinologische Funktionslabor“ (ANF) der Klinik und Poliklinik für Neurologie gehört zu den am besten ausgestatteten seiner Art in Europa. Die meisten Geräte sind Eigenentwicklungen. Dazu zählen unter anderem die komplizierten Systeme, mit denen sich die Größe der Pupille oder wichtige Herz-Kreislauf-Funktionen kontinuierlich messen und auswerten lassen. Das Labor erforscht damit die im Menschen unbewusst regulierten Körperfunktionen wie den Herzschlag, das Atmen oder die Darmfunktionen. Dafür verantwortlich ist das so genannte „autonome Nervensystem“. Sinn dieses Mechanismus ist es unter anderem, die Funktionsfähigkeit des Organismus als Ganzes auch dann zu erhalten, wenn Teile durch Krankheiten oder Verletzungen gestört sind.

Neben den bereits bekannten und wissenschaftlich belegten unbewussten Regulationen des Körpers forschen die Wissenschaftler des ANF an weiteren Regulationsmechanismen dieser Art. Denn das autonome Nervensystem ist meistens das erste System, das zu Beginn einer Erkrankung geschädigt wird – beispielsweise bei drohendem Schlaganfall, Herzinfarkt oder Übergewicht. Dies spielt für Krankheitsprävention eine entscheidende Rolle. Der Ausbau dieser Forschungsaktivitäten ermöglicht es, Körperfunktionen, ihre Störungen sowie alternative Therapieformen wie die Akupunktur nach naturwissenschaftlichen Regeln zu erforschen.

Neues Diagnoseverfahren für den Dünndarm

Ein neu an der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums eingeführtes Endoskopieverfahren macht es erstmals möglich, auch ohne Operation den gesamten Dünndarm zu untersuchen und zu behandeln. Die so genannte Doppelballon-Enteroskopie schließt damit die letzte Lücke der diagnostischen und

therapeutischen Endoskopie im Magen- und Darmtrakt. Mithilfe von zwei kleinen aufblasbaren Ballons ist es den Ärzten möglich, das dünne Endoskop schrittweise durch den langen und verschlungenen Dünndarm zu bewegen.

Den Ärzten stehen damit auch für diesen Teil des Darms alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung. Die neue Technik erlaubt es den Internisten, die gesamte Dünndarmschleimhaut exakt zu untersuchen und zum Beispiel bei entzündlichen Darmerkrankungen oder Dünndarmtumoren gezielt Gewebeproben zu entnehmen. Darüber hinaus sind vor allem auch therapeutische Eingriffe möglich. So lassen sich beispielsweise von Gefäßschwämmen oder Tumoren ausgehende Blutungen stillen und Dünndarm-Polypen oder Fremdkörper entfernen.

Gezielt gesteuerte Anlagen und Geräte reduzieren Energieverbrauch

Vor allem durch das gezielte An- sowie Abschalten von Anlagen und Geräten mit hohem Energieverbrauch lassen sich auch im Krankenhausbetrieb erhebliche Einspareffekte erzielen. Der Geschäftsbereich Bau und Technik setzt hierzu spezielle Optimierungsprogramme ein. Außerdem wurde 2005 damit begonnen, den Energieverbrauch einzelner Gebäude zu erfassen und auszuwerten.

Beispielsweise schaltet ein separates Elektroenergie-Optimierungsprogramm Koch- und Backgeräte der Küche des Klinikums in Intervallen ab und an. Das sehr stabil arbeitende Programm verringert damit den Stromverbrauch, ohne die Arbeitsabläufe in der Küche zu beeinträchtigen. Eine ähnliche Sparstrategie wird mit dem so genannten „E-Max-Programm“ verfolgt: In Spitzenzeiten lassen sich damit beispielsweise die Leistungen von Klimaanlage reduzieren. Zudem schaltet das Klinikum in Absprache mit dem lokalen Energieversorger in Tageszeiten mit besonders hohem Energieverbrauch die eigenen Notstromaggregate zu.

Um den Energieverbrauch jedes einzelnen Gebäudes exakt zu erfassen, setzte das Klinikum entsprechende Zähler ein. In Verbindung mit einem neu eingeführten Berechnungsverfahren kann so der entsprechende Verbrauch objekt- und nutzerbezogen erfasst und bilanziert werden. Damit lassen sich die Kosten für den Energieverbrauch konkret auf die Verursacher umlegen. Auch ist es dadurch möglich, den kostenintensiven Spitzen beim Energieverbrauch entgegenzuwirken. Zudem sind die neue Messtechnik und die Auswertungsprogramme in der Lage, zeitnah Fehler in der Energieversorgung zu analysieren und Trends beim Verbrauch beispielsweise bei der Leistung oder der Spannungsqualität zu ermitteln.

Optimierte Strukturen und Prozesse bei Logistik und Einkauf senken Kosten

Die seit 2002 umgesetzte Strategie, die Kosten für krankenhausspezifische Materialien wie Katheter oder Verbandsmaterial durch einen neu organisierten Einkauf und ein zentrales Lager zu senken, zeigte im Berichtsjahr positive betriebswirtschaftliche Effekte. Der Geschäftsbereich Logistik und Einkauf konnte 2005 die über drei Jahre laufende Zentralisierung der Lager des Klinikums abschließen: Sechs bisher dezentral geführte Lager sind nun im Haus 60 untergebracht. Damit ließen sich mehrere Prozesse



Scanner und Barcode-Etiketten sind zu unentbehrlichen Hilfsmitteln geworden, Artikel im Lager des Klinikums schnell und korrekt zu kommissionieren. Zudem lässt sich über die Softwareplattform SAP der Bedarf auf den Stationen unkompliziert ermitteln.

vereinheitlichen: Jetzt gibt es für alle bevorrateten Materialien nur noch einen Ansprechpartner und ein Bestellsystem. In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine Neuorganisation des Transports dieser Güter, der nun zentral abgewickelt wird.

Die Bestellung der im Klinikum benötigten Materialien erfolgt seit dem Berichtsjahr ausschließlich über die Softwareplattform SAP: 1.200 Nutzer ordern seitdem über diesen Weg, so dass jetzt 95 Prozent aller Materialanforderungen über die Softwareplattform laufen. Vorteilhaft für den einzelnen Nutzer sind unter anderem die Transparenz beim Preis der bestellten Materialien sowie die am eigenen PC abrufbaren betriebswirtschaftlich relevanten Daten zu bisher bestellten Waren. Dieses Informationsangebot wird nicht nur von der Verwaltung, sondern auch von den Kliniken genutzt.

Durch die SAP-gestützte Administration der Lagerbestände verfügt das Klinikum über ein Instrument, mit dem sich Verweildauer wie auch Umschlaghäufigkeit der Materialien kontrollieren lassen. Dies war die Grundlage dafür, im Berichtsjahr den Lagerbestand nachhaltig zu senken. Dies wird am abnehmenden Wert der gelagerten Materialien deutlich, wie die nebenstehende Tabelle zeigt.

Neben einer deutlich verbesserten Kontrolle der Menge und des Wertes bestellter Materialien schuf das Klinikum für die Kliniken und Institute einen finanziellen Anreiz, das eigene Bestellverhalten zu überdenken. Hierzu führte der Geschäftsbereich Logistik und Einkauf bereits zum zweiten Quartal 2004 eine Beschaffungsumlage für so genannte Sonderartikel ein – das sind Materialien, die nicht permanent im Lager vorgehalten werden. Diese Initiative ist sehr erfolgreich: Wurden 2004 monatlich etwa 1.700 Bestellungen ausgelöst, sank diese Zahl im Folgejahr durchschnittlich auf 1.400. Während die Mitarbeiter 2004 insgesamt 13.000 verschiedene Artikel bestellten, waren es im Berichtsjahr lediglich 11.000.





923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
2%92358963%03058000000402303002111

03





Die Klinik und Poliklinik für Orthopädie durchlief in den zurückliegenden drei Jahren einen tief greifenden Wandel, bei dem eine Vielzahl von Strukturen und Prozessen auf den Prüfstand gestellt wurde. Auslöser hierfür war unter anderem das auf Fallpauschalen basierende Vergütungssystem der DRG. Die ersten positiven Ergebnisse der seit 2001 umgesetzten Vorhaben in der stationären und ambulanten Versorgung sowie die 2005 abgeschlossene komplette Modernisierung und Sanierung des Klinikgebäudes ließen nicht auf sich warten: So gelang es der Klinik, in den vergangenen fünf Jahren die Zahlen für stationäre und ambulante Eingriffe um acht Prozent zu steigern und parallel die durchschnittliche Verweildauer um 2,5 Tage zu senken. Bei gleichzeitig sinkender Bettenkapazität konnte die Klinik so ihre Leistungen ausweiten.



Dieses positive Ergebnis war nur zu erzielen, weil es gelang, die einzelnen Behandlungsschritte besser abzustimmen. Als Basis dieses organisatorischen Wandels diente der Orthopädischen Klinik das Zertifizierungsverfahren der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ). Die damit verbundene Selbst- und exemplarische Fremdbewertung fand 2003 in der Kombination mit einer Patientenbefragung statt. Zudem befragte die Klinik die einweisenden Ärzte, um auch aus dieser Perspektive Hinweise für die Verbesserung der eigenen Strukturen und Prozesse zu erhalten.



Inwieweit die daraus resultierenden Veränderungen die Zufriedenheit der Patienten und der einweisenden Ärzte erhöhen konnten, ist Gegenstand einer erneuten Befragung. So steht im Mai 2006 – exakt drei Jahre nach der ersten Patientenerhebung und ein gutes Jahr nach der Inbetriebnahme des komplett modernisierten Klinikgebäudes – eine Neuauflage der Studie an, mit der wiederum das Picker-Institut Deutschland beauftragt wurde. Hierbei bewerten die Patienten die nach dem Umbau veränderten Stationsstrukturen und die Einführung eines Rotationsarztsystems. Die Klinik will so feststellen, ob sie auch aus deren Sicht das Ziel einer gleich bleibenden ärztlichen Betreuung stationärer Patienten erreicht hat.

Bereits beim ersten Kontakt mit der Klinik für Orthopädie sollen sich die Patienten gut betreut fühlen: Freundliche, serviceorientierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen ihnen beim Vereinbaren von Terminen, der Aufnahme und später der Entlassung zur Seite.

Bereits abgeschlossen wurde die zweite Einweiserbefragung der Klinik. Zwei Jahre nach der ersten Umfrage unter den niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie im Regierungsbezirk Dresden sowie aus angrenzenden Regionen stieß die Aktion der Klinik erneut auf eine aussagekräftige Resonanz: 38 Prozent der angeschriebenen Ärzte antworteten. Das Urteil zur Gesamtzufriedenheit mit den Leistungen der Klinik fiel bei den sich zurückmeldenden Ärzten außerordentlich gut aus: 97 Prozent kreuzten hier „sehr hoch“ an. Damit stieg der vor zwei Jahren mit 85 Prozent bereits sehr hohe Anteil positiver Urteile nochmals deutlich. Alle Teilnehmer der aktuellen Befragung würden die Klinik an Kollegen weiterempfehlen. Auch in der Einschätzung der medizinischen Kompetenz und der Patientenfreundlichkeit konnte die Orthopädische Klinik ihren hervorragenden Ruf weiter ausbauen: 97 Prozent der antwortenden Orthopäden bewerten die fachliche Kompetenz der Klinik als gut oder sehr gut (2003: 94 Prozent). Zudem verbesserte sich das positive Urteil der niedergelassenen Kollegen zur Patientenfreundlichkeit auf 88 Prozent (2003: 81 Prozent). Besonders deutlich veränderte sich die Einschätzung der Befragten zur Zusammenarbeit mit den Klinikärzten: Heute bewerten diese 84 Prozent als gut oder sehr gut. 2003 vertraten lediglich 68 Prozent der niedergelassenen Kollegen diese Meinung.



Durch die neu organisierten Abläufe der Klinik für Orthopädie verbesserte sich die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten weiter. Der optimierte Informationsaustausch hilft der Klinik, operative Eingriffe früher und besser zu planen.

Positive Resonanz auf verbesserte Kommunikation mit niedergelassenen Orthopäden

Diese Ergebnisse belegen den Erfolg der Maßnahmen, welche die Klinik nach der ersten Befragung ergriff. So wurde das Leistungsprofil durch das Angebot spezialisierter Ambulanzen differenziert. Über diese neuen Strukturen sowie deren Sprechzeiten und Leiter informierte die Klinikleitung die niedergelassenen Kollegen. Auch durch das neu eingerichtete Angebot einer Telefon-Hotline waren die Klinik und ihre Mitarbeiter deutlich besser erreichbar – 2003 waren diese Kontaktmöglichkeiten deutlich angemahnt worden. Ein weiterer Baustein für die intensivere Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Orthopäden sind gemeinsam mit dem Berufsverband der Orthopäden in der Klinik veranstaltete Fortbildungen. Seit der ersten Befragung entwickelten Universitätsklinikum und Orthopädische Klinik außerdem den „Carus Brief“. Dieses Informationsmedium unterrichtet die Einweiser regelmäßig über Aktivitäten von Klinik und Klinikum, über innovative Therapien aber auch Fortbildungsveranstaltungen.



Beide Umfragen geben jedoch Hinweise für noch ausstehende Verbesserungen. Hierzu zählt eine weiter verkürzte Wartezeit insbesondere für in der Ambulanz vorgestellte Patienten, aber auch bei stationären Aufnahmen. Eine im Rahmen einer zentralen Terminvergabe optimierte Koordination soll künftig dazu beitragen, die Kapazitäten der Ambulanz besser auszulasten. Diese Ergebnisse und die der Patientenbefragung im Frühjahr 2006 sollen die Basis für weitere Projekte bilden, mit denen sich die Klinik fortentwickeln will. Ziel der Bemühungen ist es, gemeinsam mit den ambulanten Partnern der Klinik den Patienten mit hoher medizinischer Kompetenz zur Verfügung zu stehen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, setzt die Klinik ihren Kurs fort, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen weiter zu vertiefen.



3‰30580000004023030021133118929790
901β934598802%92358963‰3058000000
90888980835%012345678901β934598802

04

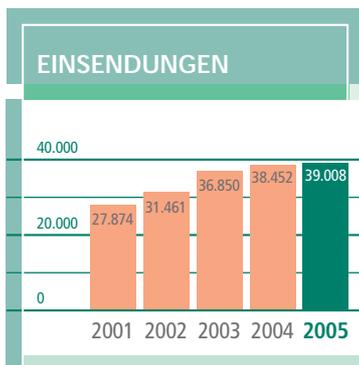


923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
%92358963%3058000000402303002111

Die EDV-gestützte Verwaltung von Arbeitsabläufen soll Mitarbeiter motivieren, nicht kontrollieren.

Das Institut für Pathologie stellte sich mit einem Erinnerungs- und Berichtswesen der Herausforderung, die steigende Zahl an Untersuchungen trotz relativ konstanter Mitarbeiterzahl auf einem unverändert hohen Qualitätsniveau zu bewältigen. Um dies zu erreichen, wurden Kennzahlen, beispielsweise die Bearbeitungszeit, definiert. Weicht ein Mitarbeiter davon ab, erhält er hierzu taggenaue Informationen. Die Ergebnisse belegen, dass damit das eigenverantwortliche Arbeiten des Einzelnen gefördert wird.





Durch den tief greifenden Wandel im deutschen Gesundheitssystem verschieben sich in den Krankenhäusern die Verhältnisse zwischen der Zahl der zu versorgenden Patienten und den hierzu eingesetzten Mitarbeitern. Folglich nehmen die zur Verfügung stehenden Kapazitäten an Betten oder andere Infrastrukturen im Verhältnis zur Patientenzahl weiter ab. Konsequenz ist eine Leistungsverdichtung, die sich auch auf die innerhalb des Krankenhauses tätigen Dienstleister auswirkt. Dies ist auch am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums zu beobachten: In den vergangenen Jahren nahm die Zahl der Untersuchungen kontinuierlich zu, so dass im Berichtsjahr beim Institut 40.000 Proben (histologische Fälle) eingingen und bearbeitet wurden. Im Vergleich zu 2001 bedeutet dies ein Plus von 40 Prozent (Abbildung links).

Angesichts der in den vergangenen Jahren relativ konstant gebliebenen Mitarbeiterzahlen erscheint die deutlich gesteigerte Leistung des Instituts für Pathologie in einem besonderen Licht. Um bei dieser hohen Arbeitsleistung das Qualitätsniveau zu halten und gegebenenfalls zu verbessern, muss eine Einrichtung auf Dauer optimal organisiert sein. Deshalb entschied sich das Institut 2003 dafür, ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) nach DIN EN ISO 9001:2000 einzuführen.

Seit der Zertifizierung werden die Qualitätsziele kontinuierlich überprüft und bewertet

Unter hohem persönlichem Einsatz bauten die Institutsmitarbeiter innerhalb eines knappen Jahres das QM-System auf. Angesichts des dazu notwendigen hohen Aufwandes stellten sich die Beteiligten die Frage, ob die Ergebnisse der alltäglichen Arbeit diese Anstrengungen rechtfertigen werden: Lässt sich mit diesem System der Anspruch erfüllen, dass die Diagnostik möglichst zeitnah und zugleich in hoher Qualität erbracht wird? Um eine auf verlässlichen Daten beruhende Antwort zu finden, legte das Institut eine Vielzahl quantitativer Qualitätsparameter (Indikatoren) fest. Die Definition solcher Indikatoren ist an messbare Qualitätsziele gekoppelt. Ein Beispiel für Prozessindikatoren stellt die Forderung dar, dass bei 95 Prozent der untersuchten Gewebeproben innerhalb von drei Werktagen ein Bericht vorliegen muss. Dieses Qualitätsziel ist entsprechend der DIN EN ISO systematisch zu überprüfen und zu bewerten. In der täglichen Arbeit würde dies für die Institutsleitung bedeuten, kontinuierlich die Leistungsdaten jedes einzelnen Mitarbeiters – hier speziell die Bearbeitungszeit – persönlich zu kontrollieren und gegebenenfalls einzugreifen. Neben arbeitsrechtlichen Bedenken ist ein solches personenbezogenes Kontrollsystem von der Institutsleitung auch aus Kapazitätsgründen nicht umsetzbar.

Um dennoch prüfen zu können, ob die Mitarbeiter die vorgegebenen Bearbeitungszeiten einhalten, setzt das Institut ein computergestütztes System der Befundverwaltung ein. Wichtigstes Ziel des individualisierten Berichts- und Erinnerungssystems ist es, die Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter zu fördern. Die Kontrollfunktion dagegen wird erst in einem zweiten Schritt wirksam. Eine vom Institut selbst entwickelte, automatisierte Programmroutine berechnet täglich die Leistungsdaten für jeden Mitarbeiter. E-Mails informieren ihn zunächst automatisch und anonym über seine Bearbeitungszeiten. Nach drei Tagen Bearbeitungszeit eines Falles erfolgt die erste Information, nach vier Tagen eine zweite, weiter anonyme Erinnerung. Darin wird angekündigt, dass jede weitere

Erinnerungs-E-Mail als Kopie an die Institutsleitung geht. Überschreitet der Fall eine Bearbeitungszeit von fünf Tagen, wird der Mitarbeiter gleichzeitig mit der Institutsleitung aufgefordert, ihn in der täglichen Arbeitsbesprechung des Instituts vorzustellen und gemeinschaftlich abzuschließen.

Die kontinuierlich durch den Computer an den einzelnen Mitarbeiter ausgegebenen Informationen zum Arbeitsstand wirkten sich unmittelbar auf die Bearbeitungszeiten der Proben aus: Die anonym ausgewerteten Ergebnisse der EDV-gestützten Leistungskontrolle belegen den Erfolg des Systems (Abbildung rechts).

Natürlich liegt der Schwerpunkt der internen Qualitätssicherung des Instituts für Pathologie nicht auf reinen Prozessindikatoren. Diese wurden mit solchen Indikatoren gekoppelt, die sich zum Messen von Ergebnissen eignen – beispielsweise der Vergleich der Schnellschnittdiagnose mit der Paraffinhistologie. Auch administrative Parameter wie Abrechnungs- und Verschlüsselungsfehler werden systematisch erfasst. So sind neben den Ärzten auch weitere Berufsgruppen in das Berichts- und Erinnerungssystem eingebunden.

Die Botschaft, dass sich auf diesem Weg die Leistungen des Instituts beliebig verdichten beziehungsweise steigern lassen, wäre allerdings zu eindimensional. Im Gegenteil: Ein gut aufgestelltes QM-System muss grundlegende Anforderungen insbesondere an die Mitarbeiterzahl erfüllen. Nur mit einer entsprechenden Personalausstattung lässt sich ein stabiler Betrieb absichern, der auch im Fall ungeplanter Ausfälle Dauer und Qualität der Untersuchungen nicht signifikant beeinträchtigt. Ein Vorteil eines guten Qualitätsmanagements liegt darin, dass es im Sinne eines Frühwarnsystems Hinweise auf Unausgewogenheiten liefert und so auf die Gefahr steigender Fehlerquoten aufmerksam macht.



2005 neu berufene Professoren



Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth,
Medizinische Klinik und Poliklinik I,
Stiftungsprofessur



Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Enhardt,
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
und Radioonkologie,
Professur für Medizinische Strahlenphysik



3%030580000004023030021133118929790
901ß934598802%92358963%03058000000
90888980835%012345678901ß934598802

Die Medizinische Fakultät ist heute nachhaltig in der deutschen Forschungslandschaft etabliert.

Beleg für den erfolgreichen Aufbau von Lehre und Forschung sind insbesondere die 2005 erfolgten Starts mehrerer Forschungsvorhaben, die bundesweit Maßstäbe setzen. Hierzu gehören das Zentrum für Innovationskompetenz OncoRay, ein Sonderforschungsbereich sowie ein DFG-Forschungszentrum.





923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
2%92358963%03058000000402303002111

05





Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden setzte im Berichtsjahr ihren Kurs erfolgreich fort, zur Spitzengruppe der deutschen Medizin-fakultäten aufzuschließen. Meilensteine auf diesem Weg waren 2005 insbesondere der Aufbau des Zentrums für Innovationskompetenz (ZIK) OncoRay und die Zuschläge für den Sonderforschungsbereich (SFB) 655 „From cells to tissues“ sowie für das DFG-Forschungszentrum „Regenerative Therapien“. Alle drei Projekte erhalten zusammen Drittmittel von rund 38 Millionen Euro. Damit liegt Dresden im Vergleich zu anderen deutschen Hochschulmedizin-Standorten ganz vorn.



Zentrum für Innovationskompetenz erhält 12 Millionen Euro

Beim ZIK OncoRay handelt es sich um die bundesweit mit Abstand umfangreichste Förderung, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Ausschreibung um die Standorte der Zentren für Innovationskompetenz gewährte: Über fünf Jahre erhält das ZIK 12 Millionen Euro. Teil des Projekts sind zwei Nachwuchsgruppen, die sich mit dem „Biologischen und Molekularen Targeting“ sowie dem „Biologischen und Molekularen Imaging“ beschäftigen. Die Forschungsgruppe „Biologisch adaptierte Bestrahlungsplanung und Applikation“ bereitet die von beiden Nachwuchsgruppen gewonnenen biologischen Informationen im Sinne der Translationsforschung auf. Im Rahmen des ZIK OncoRay etablierte sich darüber hinaus ein neuer postgradualer Studiengang, der innerhalb von zwei Jahren jeweils bis zu 15 Medizinphysiker ausbildet. Verantwortlich für diese dritte Forschungsgruppe und den Studiengang ist der Inhaber der neu eingerichteten Professur für Medizinische Strahlenphysik. Die Mittel hierfür stellte der Freistaat Sachsen zur Verfügung.



Neuer Sonderforschungsbereich vereint Zell- und Entwicklungsbiologie

Der Sonderforschungsbereich 655 ist der einzige von einer medizinischen Fakultät getragene Bereich dieser Art in Sachsen. Es handelt sich gleichzeitig um den bundesweit ersten SFB zum Thema Stammzellen. Das mit insgesamt 5,7 Millionen Euro geförderte Forschungsvorhaben führt in einer innovativen Weise die traditionell getrennten Disziplinen der Zell- und Entwicklungsbiologie, des Bioengineerings und der Medizin zusammen. Fernziel der Forschungen ist es, dem anhaltenden Mangel an Spenderorganen in der Transplantationsmedizin zu begegnen.

DFG fördert Forschungszentrum „Regenerative Therapien“

Beim Wettbewerb um das „Exzellenzcluster Forschungszentrum“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) erhielt Dresden nach einer internationalen Begutachtung den Zuschlag in einem bundesweiten Bewerberfeld. Am Forschungszentrum „Regenerative Therapien“ ist die Medizinische Fakultät in erheblichem Umfang beteiligt. Insgesamt fördert die DFG das Zentrum über die nächsten zwölf Jahre mit bis zu 60 Millionen Euro, wovon zunächst 20 Millionen Euro für vier Jahre zugesagt wurden. Hiermit ist es der Fakultät gelungen, auch in der Forschung bundesweit beachtete Akzente zu setzen, sich entsprechend zu profilieren und sich damit nachhaltig zu etablieren. In den Vorjahren gelang dies bereits im Bereich der Lehre mit dem bundesweit viel beachteten Konzept des „Dresdner Integrativen Patient- / Praxis- / Problem-Orientierten Lernens“ (DIPOL).

STUDENTENZAHLEN 2005		Wintersemester 2005/2006				
	Medizin	Zahnmedizin	Gesundheits- wissenschaften Public Health	Medical Radiation Sciences	gesamt	
Studierende gesamt	1.761	301	46	11	2.119	
davon Studienanfänger	255	57	-	11	323	
Absolventen	203	35	3	-	-	

Dieses Konzept ist das Ergebnis einer in den vergangenen Jahren durch die Fakultät vorangetriebenen Reform der Lehre. Ziel war der Aufbau einer effizienten und qualitativ überzeugenden Studentenausbildung. In den nächsten Jahren räumt die Fakultät insbesondere drei Bereichen der Lehre einen größeren Stellenwert ein: Dies sind der Unterricht am Krankenbett, das Erarbeiten von lernzielorientierten, objektiven und verlässlichen Prüfungen sowie die Vernetzung der Lehrinhalte mit Forschungsaspekten.

Erste deutsche Medizinfakultät mit zertifizierter Lehre

Die großen Fortschritte und qualitativen Verbesserungen in der Mediziner Ausbildung lassen sich durch die im Dezember 2005 erfolgreich abgeschlossene Zertifizierung der Lehre belegen: Die Fakultät erbrachte damit den Nachweis, dass sie als erste Einrichtung ihrer Art die internationale Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2000 erfüllt.

Im Wintersemester 2005/2006 konnten die Medizinischen Fakultäten in Deutschland erstmals entscheiden, ob bis zu 60 Prozent ihrer Studierenden durch ein eigenes Auswahlverfahren zugelassen werden. Dresden entschied sich – als eine der wenigen deutschen Fakultäten – für ein eigenes Auswahlverfahren. Dadurch erhielten talentierte Bewerber die Zulassung zum Studium, die aufgrund ihrer Durchschnittsnote von der ZVS abgewiesen worden wären.

Bei der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses geht die Medizinische Fakultät weiterhin gezielt fachübergreifende Kooperationen ein. Auf universitärer Ebene ist dies beispielsweise die Zusammenarbeit mit den Fakultäten Mathematik und Naturwissenschaften sowie Maschinenwesen der TU Dresden, außeruniversitär unter anderem mit dem Max Planck Institute for Molecular Cell Biology and Genetics (MPI-CBG). Hier ist insbesondere die im räumlich benachbarten MPI beherbergte „International Max Planck Research School for Molecular Cell Biology and Bioengineering“ – ein Gemeinschaftsprogramm von TU Dresden und MPI-CBG – zu nennen. Diese Research School bietet inzwischen eines der größten strukturierten Doktorandenprogramme Deutschlands an. Als Teil dieser Research School gründete die Medizinische Fakultät als Schwesterinstitution das Graduiertenkolleg Molekulare Zellbiologie und Bioengineering, in dem zurzeit 21 Doktoranden promovieren.





3% 3058000000402303002113311892979
901β934598802%92358963% 3058000000
90888980835%012345678901β934598802

Die Qualität der Krankenversorgung ist für Patienten ein wichtiges

Auswahlkriterium. Das Universitätsklinikum stellt sich diesem wachsenden Bedarf an verständlichen und kommentierten Informationen zu Kennzahlen, Maßnahmen und Pflichten. So informiert der Qualitätsbericht 2005 des Klinikums unter anderem über die Zertifizierung des Universitäts GefäßCentrums und der Zentralsterilisation sowie über Infektionsraten als wichtige Indikatoren für die vom Klinikum erbrachte Behandlungsqualität.



1	Kornzange	BF	47
1	Sehnenfaßzange	10-5210	
1	Sehnenfaßzange	10-5212	
1	Sehnen durchzugsz.	BF	320
1	Sehnenfaßzange	FO	950
1	Sehnenfaßzange	FO	951
1	Overholt	BJ	12
		BJ	11

923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
%92358963%3058000000402303002111

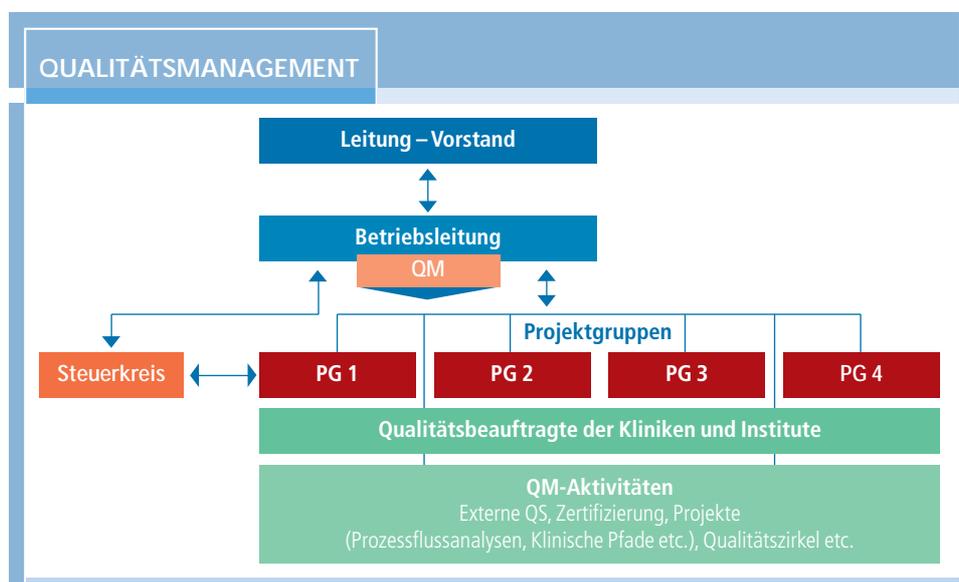
06



Die Qualität eines Krankenhauses lässt sich von Außenstehenden nur dann zuverlässig beurteilen, wenn diese Einrichtung sowohl relevante, als auch sorgfältig erhobene Ergebnisse veröffentlicht, die zudem mit Daten anderer Kliniken vergleichbar sind. Diese Grundvoraussetzungen erfüllt keiner der Qualitätsberichte, welche die deutschen Krankenhäuser aufgrund des Paragraphen 137 des Sozialgesetzbuches V (§ 137 SGB V) im Jahr 2005 veröffentlichen mussten: Der an der Behandlungsqualität Interessierte wird im Internet mit mehr als 120.000 aneinander gereihten Seiten konfrontiert. Trotz dieses immensen Textvolumens bieten die Berichte nur wenig Orientierungshilfe. Bei den Patienten, die von der per Gesetz eingeführten Berichtspflicht profitieren sollten, hielt sich das Interesse erwartungsgemäß in Grenzen: So ergab eine Umfrage in zwölf sächsischen Krankenhäusern, dass von den 1.305 befragten Patienten lediglich 73 (5,6 Prozent) den Qualitätsbericht kennen. 30 (2,3 Prozent) aller Befragten gaben an, den Bericht näher zu kennen: Entweder sie selbst oder ihre Angehörigen hatten ihn gelesen. Die Umfrage erfolgte im Rahmen der administrativen Aufnahme von Patienten, wobei Notfallpatienten nicht einbezogen wurden.

Bereits 2003 hatte sich das Universitätsklinikum kritisch zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten geäußert. Demzufolge ist es dem Grundprinzip treu geblieben, qualitätsrelevante Projekte und Aktivitäten innerhalb des Jahresberichtes zu publizieren. Dazu gehört unter anderem die Präsentation des Beschwerdemanagementsystems im Universitätsklinikum. Eine wichtige Rolle spielen auch die Daten, welche die Entwicklung der im Krankenhaus erworbenen – nosokomialen – Infektionen in den Intensivstationen des Klinikums dokumentieren. Konkrete Zahlen und Fakten zu diesen Infektionen wurden im Sinne der Leser leicht verständlich erklärt und zugleich bewertet.

„Die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Ergebnissen darf vor allem die Patienten nicht verunsichern, sondern soll ihnen aufzeigen, wie sich das Klinikum kontinuierlich darum bemüht, die Struktur-, Prozess- und vor allem Ergebnisqualität zu verbessern“, so der Medizinische Vorstand, Prof. Michael Albrecht. Dieser Anspruch findet seinen Niederschlag auch im vorliegenden Jahresbericht, der wie bereits in den Vorjahren den Systemteil des Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V abbildet. Die vom Gesetzgeber



geforderte Gliederung stellt hierfür nur einen groben Fahrplan dar – die Inhalte orientieren sich an den Bedürfnissen der Leser nach konkreten Angaben zu Personen und Zuständigkeiten, nach festgelegten Abläufen bis hin zu Zahlen und Fakten einschließlich deren Analyse und Bewertung.

Klare Strategien bilden die Basis der Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik des Universitätsklinikums Dresden folgt einer klaren Strategie des Vorstandes: Seit dem Jahr 2003 werden konkrete Jahresziele in jährliche Qualitätsentwicklungspläne übersetzt, die den Arbeitsauftrag für die Mitarbeiter des Zentralbereiches Qualitätsmanagement bilden.

Der Vorstand beschließt für das Jahr 2005 die Fortsetzung seiner Strategie, keine flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute und Bereiche vorzunehmen. Vielmehr erfolgt diese in den Struktureinheiten, für die gesetzgeberische Anforderungen dies erforderlich machen und bei denen die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind. Dies betrifft insbesondere die neu gegründeten Zentren (Universitäts KrebsCentrum, Regionales Brustzentrum Dresden, Universitäts GefäßCentrum und Universitäts SchmerzCentrum). Darüber hinaus gilt es, die Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren in die einzelnen Einrichtungen mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Klinikum einzubringen. Ein weiterer wesentlicher Baustein des Qualitätsmanagementsystems im UKD ist die Erfassung und Bewertung von definierten Qualitätsindikatoren im Zusammenhang mit der Teilnahme am International Quality Indicator Project (IQIP). Die für das Jahr 2005 beschlossenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Überblick:

QUALITÄTSENTWICKLUNGSPLAN 2005

1. Als Zertifizierungsbereiche werden für das Jahr 2005 beschlossen:

- Universitäts GefäßCentrum nach DIN EN ISO 9001:2000 mit Integration der fachlichen Anforderungen der Deutschen Gesellschaften für Gefäßchirurgie und Angiologie
- Zentralsterilisation nach DIN EN ISO 13485:2003 und DIN EN ISO 9001:2000

2. Als Konsequenz aus den bisherigen Zertifizierungsverfahren Erarbeitung und Implementierung einer „OP-Grundanforderung“ für alle operativen Bereiche mit Aufbau eines internen Auditsystems (Peer¹-Review-Verfahren).

3. Weiterentwicklung der Messung folgender Indikatoren im Rahmen von IQIP:

- Nosokomiale Infektionen auf den Intensivstationen
- Wundinfektionen im chirurgischen Bereich
- Mortalität² stationärer Patienten
- Dekubitus³ mit Einführung und Weiterentwicklung eines Berichtswesens

4. Erstellung des Qualitätsberichtes für das Jahr 2004 gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zum Qualitätsbericht.

5. Anpassung der vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung gemäß Paragraph 137 SGB V an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Neuerungen (ambulant erworbene Pneumonie⁴) und Implementierung in den jeweiligen Kliniken.

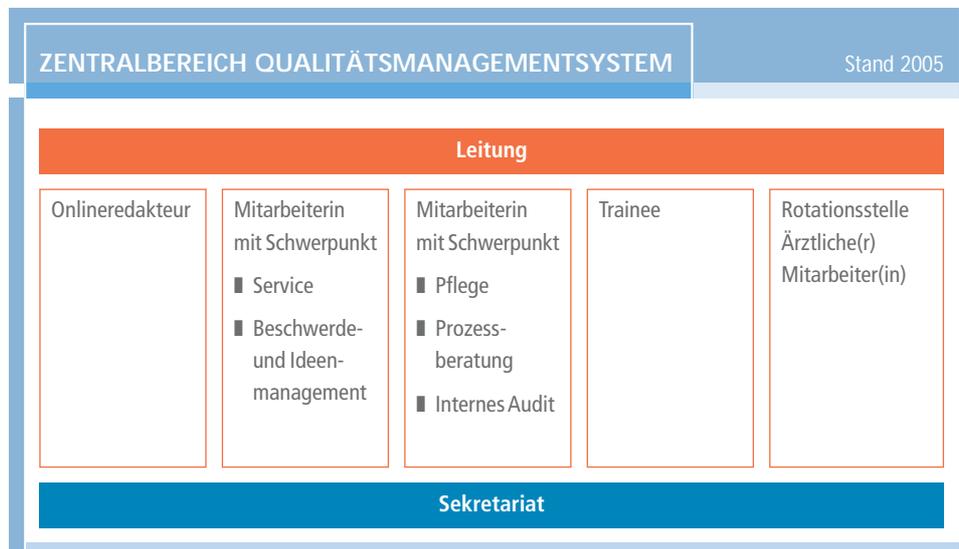
¹ „Ebenbürtige“, Fachkollegen. ² Sterblichkeit. ³ Druckgeschwür. ⁴ Lungenentzündung.



Das Team des Qualitätsmanagements:
 Dr. Maria Eberlein-Gonska (oben links),
 Leiterin des Bereichs; Kerstin Riefenstein
 (Mitte links), Schwerpunkt Service;
 Ralf Apley, Onlineredakteur, und
 Katja Englbrecht, Schwerpunkt Pflege
 (Bild unten, v. l. n. r.)

Qualitätsmanagementsystem und dessen Bewertung

Das Qualitätsmanagement hat im Universitätsklinikum einen hohen Stellenwert. So ist die Leiterin, Dr. Maria Eberlein-Gonska, Mitglied in der Betriebsleitung und hat auf dieser übergeordneten Ebene ein Mitentscheidungsrecht. Mit der Einrichtung des Steuerkreises erfüllt das Universitätsklinikum die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Hierin wird die „Einrichtung eines übergeordneten zentralen Gremiums mit enger Anbindung an die Krankenhausleitung (Lenkungs-gremium/Steuergruppe) mit den Aufgaben der Steuerung und der Koordination qualitätsrelevanter Themen, Information sowie Beratung zu Fragen der internen Qualitätssicherung sowie Erstellung von Zeit- und Aktivitätsplänen“ gefordert. Das Qualitätsmanagementsystem des Universitätsklinikums erfüllt diese Forderung des Gemeinsamen Bundesausschusses in vollem Umfang, und zwar bereits vor dessen Beschlussfassung.



Know-how aus dem klinischen Arbeitsalltag: die „Rotationsstelle Arzt“

Innerhalb des Zentralbereiches Qualitätsmanagement (QM) stellt die seit nunmehr vier Jahren bewährte „Rotationsstelle Arzt“ eine Besonderheit dar: Auslöser war der Gedanke, die Personalausstattung des klinikumseigenen Qualitätsmanagements angesichts knapper Ressourcen so überschaubar wie möglich zu halten und sie nicht zu Lasten von Stellen in den Kliniken, Instituten und sonstigen Bereichen auszubauen. Darauf aufsetzend folgt das Konzept der Rotationsstelle der Philosophie, dass das QM dort Unterstützung leistet, wo die Qualität erbracht wird – vor Ort in den Einrichtungen des – Klinikums. Demzufolge arbeitet ein ärztlicher Mitarbeiter aus den Kliniken oder Instituten für den Zeitraum eines Jahres außerhalb der Alltagsroutine im Zentralbereich Qualitätsmanagement. Um den Kontakt zum ursprünglichen Arbeitsplatz aufrechtzuerhalten, nimmt der entsandte Mitarbeiter weiterhin teil an Bereitschaftsdiensten und den regulären Dienstberatungen seiner Klinik oder seines Institutes. Die Arbeit im Qualitätsmanagement besteht darin, für den eigenen Bereich qualitätsrelevante Projekte zu initiieren beziehungsweise umzusetzen. Das Spektrum hierzu ist breit: Es reicht von

einer Selbstbewertung nach den Vorgaben der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) über die Etablierung eines Fehlermeldesystems bis hin zu Befragungen von Patienten, einweisenden Ärzten und Mitarbeitern. Der Rotationsarzt erhält dadurch eine ausgezeichnete Ausbildung in Managementfragen, die ihm hilft, seine berufliche Karriere voranzutreiben. Die Leiterin des Qualitätsmanagements wiederum hat nach dessen Rückkehr einen hervorragend qualifizierten und interessierten Mitarbeiter vor Ort als Ansprechpartner. Im Berichtsjahr war Prof. Martin Pette als ärztlicher Mitarbeiter im Zentralbereich Qualitätsmanagement tätig. Der Neurologe ordnet seine Erfahrungen in einen betriebswirtschaftlichen Kontext ein:

Professor Pette, Sie waren als „Rotationsarzt“ im Qualitätsmanagement tätig. Wie würden Sie die Herausforderungen dieses Bereichs beschreiben?

Die Herausforderung lässt sich in der Formel „Das Richtige tun“ zusammenfassen. Der italienische Ökonom Vilfredo F. Pareto formulierte im 20. Jahrhundert das so genannte „80/20-Prinzip“. Danach besteht häufig eine Unausgewogenheit zwischen Aufwand und Ertrag, beziehungsweise Anstrengung und Ergebnis. Nach diesem Prinzip ergeben sich 80 Prozent des Ertrags aus 20 Prozent des Aufwandes. Oder umgekehrt: 80 Prozent der Ergebnisse gehen auf 20 Prozent der Anstrengungen zurück. Das bedeutet, dass durch effektiven („Das Richtige tun“) Einsatz von nur 20 Prozent der Ressourcen immerhin 80-prozentige Ergebnisse erzielt werden können. Im Umkehrschluss heißt es aber auch, dass effizientes Handeln („Das, was man tut, richtig tun“) – also annähernd 100-prozentige Ergebnisse zu erzielen – einen erheblichen Mehraufwand erfordert. Mit dieser wichtigen Herausforderung beschäftigt sich das Qualitätsmanagement, dem ich für ein Jahr angehörte.



Prof. Martin Pette (rechts) arbeitete für ein Jahr als Rotationsarzt im Zentralbereich Qualitätsmanagement.

Mit welchen konkreten Projekten haben Sie sich im Rahmen Ihrer Tätigkeit im Qualitätsmanagement beschäftigt?

Ich erhielt Einblick in Tätigkeiten und Strukturen des Bereiches, unter anderem in die laufende Zertifizierung von Universitäts Krebs- und GefäßCentrum, in das Beschwerdemanagement und den Aufbau des neuen Intranets. Meine Aktivitäten konzentrierten sich darauf, eine Checkliste zum klinikinternen Risikomanagement grundlegend zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Außerdem beschäftigte ich mich mit dem Internetportal „Lehre in der Neurologie“ (www.neuro.med.tu-dresden.de/lehre) und realisierte eine intranetbasierte Mitarbeiterbefragung in der Klinik für Neurologie. Bei den beiden letztgenannten Projekten arbeitete ich jeweils eng mit der EDV-Abteilung unserer Klinik zusammen.

Welchen Einfluss hat Ihre Arbeit im Qualitätsmanagement auf die Klinik und Poliklinik für Neurologie, in die Sie jetzt wieder zurückgekehrt sind?

Die Ergebnisse der Risikoanalyse und der Mitarbeiterbefragung haben die Diskussion um diese Themenbereiche in unserer Klinik intensiviert und beim Identifizieren von Verbesserungsmöglichkeiten geholfen. Sie sind Gegenstand einer sich konstituierenden Arbeitsgruppe „QM in der Neurologie“. Künftig werden wir eng mit Dr. Eberlein-Gonska und ihren Mitarbeitern zusammenarbeiten. Um auf das Pareto-Prinzip zurückzukommen: Wir sind zuversichtlich, dass sich unser Leistungsquotient – entgegen der Regel – günstiger entwickelt, so dass für die letzten 20 Prozent des Ergebnisses nicht 80 Prozent der Ressourcen eingesetzt werden müssen.



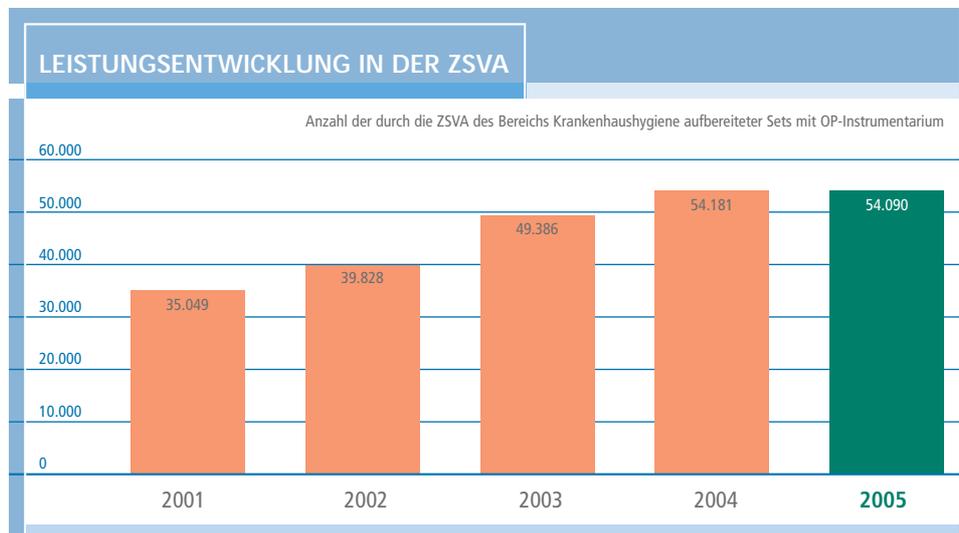


Zertifizierung der Zentralsterilisation

Die Zentralsterilisation des Klinikums (ZSVA) ist eher im Hintergrund tätig. Die Anforderungen an die Qualität der täglichen Arbeit zum Wohl des Patienten jedoch sind bei steigenden Leistungsanforderungen hoch. Dies betrifft die gründliche und sorgfältige Instrumentenaufbereitung als einen elementaren Baustein der operativen Tätigkeit. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, haben innerhalb von wenigen Monaten die Mitarbeiter der ZSVA unter Dr. Lutz Jatzwauk, Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene, ihre Arbeitsabläufe kritisch analysiert und in einem Handbuch niedergelegt. Mit der erfolgreichen Zertifizierung nach den beiden Qualitätsnormen DIN EN ISO 13485:2003 und 9001:2000 ist dies die erste Zentralsterilisation aller Universitätsklinika Deutschlands, die ihr Qualitätsmanagementsystem dieser harten Prüfung ausgesetzt hat. „Die kontinuierliche Verbesserung für die Patienten, die unsere Arbeit nicht kennen und nicht sehen, ist unser wichtigstes Arbeitsziel“, unterstreicht die Leiterin der ZSVA, Annett Gräber.

Die OP-Siebe genannten Sets sind bestückt mit 20 bis 200 einzelnen, bei einer Operation benötigten Instrumenten.

Diese werden im Rahmen der Aufbereitung in der Zentralsterilisation gereinigt, desinfiziert, auf Funktionsfähigkeit kontrolliert, gegebenenfalls geölt, verpackt und danach einem Sterilisationsverfahren unterzogen.



Zertifizierung des Universitäts GefäßCentrums

Die erfolgreiche Zertifizierung des Universitäts GefäßCentrums (UGC) war und ist eine Glanzleistung der dort tätigen Mitarbeiter. So erhielt das UGC als erstes Zentrum seiner Art in Deutschland sowohl die Urkunden über hohe geleistete Qualität von den Fachgesellschaften der Gefäßchirurgie und Angiologie als auch das Zertifikat nach DIN EN ISO 9001:2000.

Der primär interdisziplinäre Charakter der Gefäßmedizin hat früher als in anderen Bereichen der Medizin den Gedanken der Bildung von Kompetenzzentren gestärkt. So soll die für die komplexe Versorgung von Gefäßpatienten notwendige Kompetenz der Vertreter verschiedener Disziplinen in einem Patientenweg zusammengeführt werden. Hierzu ist eine tief greifende Reorganisation traditioneller Versorgungsstrukturen sowohl im stationären wie im ambulanten Sektor notwendig. Die auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens zementierten Grenzen zwischen den Disziplinen müssen gezielt aufgebrochen und dauerhaft durchlässig gemacht werden. Doch nicht nur aus der Perspektive des Patienten, sondern auch aus der des Kostenträgers beziehungsweise des Krankenversorgers stellt der Aufbau eines Gefäßzentrums ein hochrangiges, weil Erfolg

versprechendes Ziel dar. Mit dem Zentrum wird das kostenintensive Vorhalten doppelter Infrastrukturen vermieden und es lassen sich Behandlungsabläufe straffen. Dies trägt wesentlich dazu bei, Ressourcen zu schonen. Auch die Erreichbarkeit und Außendarstellung einer versorgenden Institution gewinnt auf diesem Weg wesentlich an Transparenz, was die Attraktivität für alle Partner erhöht.

Der Aufbau und die Weiterentwicklung des Universitäts GefäßCentrums gehen auf einen fünf Jahre dauernden Prozess zurück. Die ersten Schritte, dieses Zentrum zu etablieren, zeigten sich im Jahr 2003 an zwei wesentlichen Veränderungen des Arbeitsablaufes: Zum einen wurde an die Stelle der wöchentlichen Demonstration von Angiogrammen mit Falldiskussion ein täglich stattfindendes systematisches Gefäßkonsil gesetzt. Hier diskutieren die beteiligten Ärzte die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte für alle stationären Gefäßpatienten. Zum anderen nahm auf der gefäßchirurgischen Station ein internistischer Assistent seine Arbeit auf, der die vorhandene gefäßmedizinische Expertise zusammenführte. Ein weiterer Meilenstein war im Jahr 2004 der Beschluss der Satzung für das Universitäts GefäßCentrum mit der Wahl von Prof. Sebastian Schellong zum Gründungsdirektor. Darüber hinaus wurde ein für die Krankenversorgung wesentlicher Schritt vollzogen, indem gefäßmedizinische Patienten nur noch auf einer Bettenstation des Universitätsklinikums versorgt werden. Es existiert zudem eine taggenaue Dokumentation der stationären Behandlungsverläufe von Gefäßpatienten, die von der inzwischen etablierten Geschäftsstelle des Gefäßzentrums erstellt wird. Damit wurden die Grundvoraussetzungen für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems geschaffen, dem 2005 als Konsequenz ein Vorstandsbeschluss zur Zertifizierung des UGC nach der DIN EN ISO 9001:2000 folgte. Der Aufbau dieses Qualitätsmanagementsystems war mit einem hohen Aufwand verbunden. Nur durch die gute Zusammenarbeit aller Mitarbeiter der Medizinischen Klinik III, der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie des Instituts für Radiologische Diagnostik ließ sich dieses ehrgeizige Ziel schließlich erreichen.

Das UGC folgt dem so genannten Satzungsmodell, welches vorhandene Struktureinheiten in ihrem Bestand nicht antastet. Stattdessen wurden Teile der vorhandenen Einheiten funktionell zusammengefasst. Die Klammer bildet ein eigens erstelltes, explizites Regelwerk, das dieses Zusammenwirken mit Verbindlichkeit festschreibt. Das Satzungsmodell zwingt die Beteiligten dazu, für alle Prozesse konsensfähige Vorschläge und Beschreibungen zu erarbeiten, die einen ausgewogenen Interessenausgleich beinhalten. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems hat dieses Modell hinsichtlich der verbindlichen und transparenten Dokumentation von Strukturen und Prozessen mit Ausrichtung auf die Messung und Bewertung von Ergebnissen unterstützt.

Das QM-System des UGC verbindet drei Struktureinheiten mit insgesamt fünf Kompartimenten (Gefäßambulanz, Funktionsdiagnostik, interventionelle Radiologie, Gefäßstation und Operationsbereich) zu einem funktionellen Ganzen. Während das Lenkungsgremium und das Gefäßplenum strukturelle „Klammern“ zur Zusammenarbeit bilden, ist das Gefäßkonsil das wertschöpfende Kernstück des UGC. Hier werden alle Patienten besprochen, für die ein revascularisierender¹ Eingriff in Betracht kommen könnte. Die auf dem Gefäßkonsil getroffenen Entscheidungen zu weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sind für alle Mitarbeiter des UGC verbindlich.

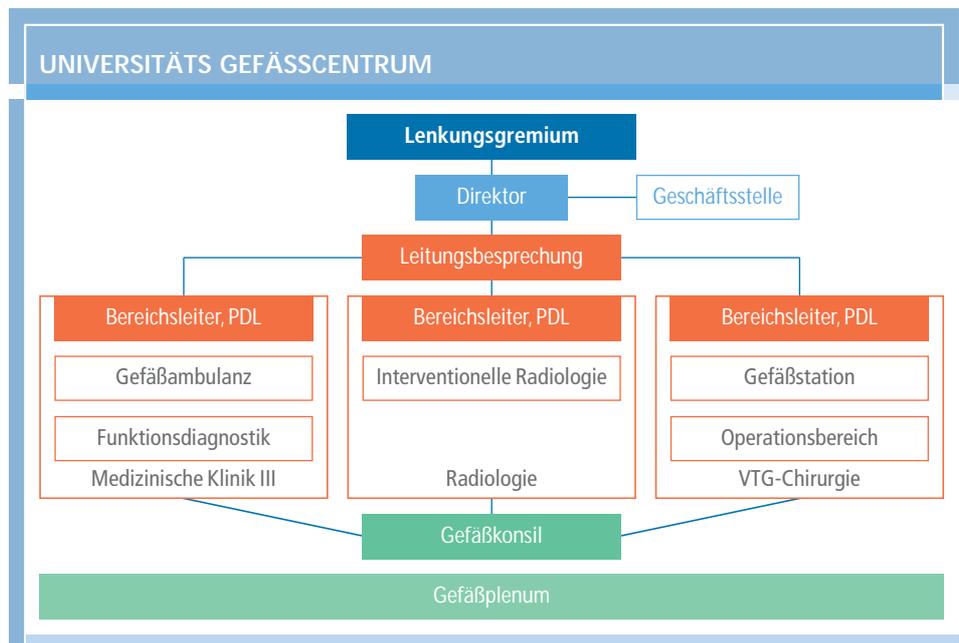
¹ medikamentöse systemische oder lokale Auflösung eines Blutgerinnsels.



UGC – Universitäts GefäßCentrum



Am täglich stattfindenden Gefäßkonsil nehmen Ärzte verschiedener Fachgebiete teil, die an der Diagnostik und Therapie von Gefäßkrankheiten beteiligt sind.



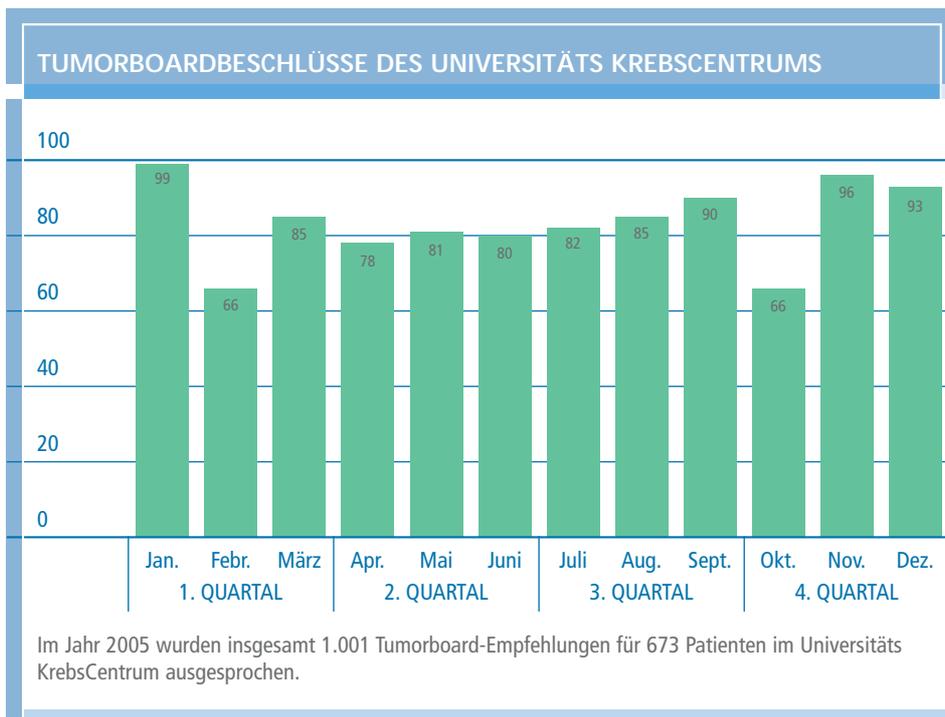
Zur erfolgreichen Einführung eines Qualitätsmanagementsystems haben alle Mitarbeiter des UGC und auch der Vorstand des Universitätsklinikums an einem Strang gezogen. So unterstützte der Klinikumsvorstand das Konzept ausdrücklich und stellte unter anderem Gelder für bauliche Maßnahmen bereit. Die Direktoren der beteiligten Kliniken und des Instituts prüften alle Verfahrensanweisungen des Handbuchs, gaben sie frei und verantworteten deren Umsetzung. Der Aufgabenbereich der so genannten Steuergruppe reichte vom Erstellen der Verfahrensanweisungen bis hin zur Information der Mitarbeiter. Diese machten sich eingehend mit dem Handbuch vertraut, formulierten optimierende Ideen bis hin zum Neuentwurf von Arbeitsabläufen im eigenen Bereich. Darüber hinaus unterstützten zahlreiche weitere Mitarbeiter aus den zentralen Bereichen des Universitätsklinikums, der Arbeitssicherheit, des Brand- und Datenschutzes, der Krankenhaushygiene und -ökologie das Zertifizierungsverfahren. Explizit integriert wurde das Konzept eines Zentrumscontrollings als Beispiel für das Gesamtklinikum.

UGC-STEUERGRUPPE	
Prof. Sebastian Schellong	Direktor Universitäts GefäßCentrum, Medizinische Klinik III: Gefäß- und Funktionsdiagnostik, Bereichsleiter
Dr. Johannes Leonhard	Radiologie: Interventionelle Radiologie, Bereichsleiter
Dr. Thomas Zimmermann	VTG-Chirurgie, Gefäßstation, OP-Bereich, Bereichsleiter
Ines Bode	Medizinische Klinik III, Pflegedienstleiterin (Funktionsdienst)
Bärbel Hantsch	Radiologie, Pflegedienstleiterin
Cordula Hausch	VTG-Chirurgie, Pflegedienstleiterin (OP)
Katrin Weigelt	VTG-Chirurgie, Pflegedienstleiterin
Roswitha Frommhold	Medizinische Klinik III: Gefäßambulanz/Funktionsdienst (Leitende Arzthelferin)
Andrea Spank	Radiologie: Interventionelle Radiologie, Leitende Funktionsschwester
Dr. Maria Eberlein-Gonska	Leiterin Zentralbereich Qualitätsmanagement

Der Nutzen interner Audits am Beispiel des Universitäts KrebsCentrums

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren finden im Universitätsklinikum regelmäßig interne Audits¹ statt. Hiermit lässt sich überprüfen, inwieweit die in den Verfahrensanweisungen beschriebenen Abläufe aktuell sind und in der Realität von den Mitarbeitern umgesetzt werden.

Eine besondere Form bilden die so genannten horizontalen Audits, die im Universitäts KrebsCentrum erstmals im Jahr 2005 erfolgreich Anwendung fanden. Im Rahmen dieser horizontalen Audits werden anhand 20 zufällig ausgewählter Patientenakten die Konformität der Tumorboardbeschlüsse² gemeinsam mit den Partnerkliniken des Universitäts KrebsCentrums überprüft. Dies betraf im Jahr 2005 insgesamt 69 Tumorboard-Empfehlungen. Bei 14 der 20 untersuchten Patienten wurden alle Beschlüsse gemäß Protokoll vollständig umgesetzt. Bei weiteren fünf Patienten erfolgte eine ebenfalls adäquate Umsetzung des Tumorboardbeschlusses, wobei die Therapie nach transparenten Kriterien dem weiteren klinischen Verlauf individuell angepasst wurde. Im Fall eines Patienten gab es eine Diskrepanz zwischen Behandlung und Beschluss, so dass ein zweites horizontales Audit zu diesem Fall erfolgte. In dessen Protokoll wurden im Sinne eines lernenden Systems die Abweichungen und Ursachen dokumentiert.



Um vollständig dem interdisziplinären Anspruch der Kernambulanz des Universitäts KrebsCentrums zu genügen, sah die interne Zielvorgabe des Qualitätsmanagements vor, dass bei mehr als 85 Prozent der Tumorboards das Expertengremium mindestens aus einem Facharzt für Innere Medizin, einem Facharzt für Chirurgie, einem Facharzt für Strahlentherapie und einem Facharzt für Radiologische Diagnostik bestehen soll. Bei 99 Prozent aller Konferenzen des Jahres 2005 wurde dieses Kriterium für die Bewertung der Strukturqualität erfüllt.

¹ Interne Audits werden von oder im Namen der Organisation selbst zum Zweck der Managementbewertung und für andere interne Zwecke durchgeführt und können die Grundlage für die eigene Konformitätserklärung der Organisation bilden. Quelle: DIN EN ISO 19011:2002.

² Fachübergreifende Abstimmung des Behandlungsplanes für Krebspatienten durch Spezialisten aller für die Behandlung notwendigen Fachrichtungen.

Weiterhin wurde als Indikator dafür, dass auch spezifische Informationen aus anderen Fachgebieten eingeholt werden, festgelegt, dass bei mindestens 15 Prozent der Tumorboards mindestens eine weitere Fachdisziplin vertreten sein soll. Dieses Ziel wurde bei weitem übertroffen.

ANWESENHEIT DER FACHDISZIPLINEN AN DEN TUMORBOARDS					
Klinik	Tumorboards (Teilnahmen/Gesamtzahl)	Teilnahme	Klinik	Tumorboards (Teilnahmen/Gesamtzahl)	Teilnahme
MKI	146/146	100,0 %	NUK	81/146	55,5 %
STR	146/146	100,0 %	PAT	43/146	29,5 %
VTG	145/146	99,3 %	ORT	22/146	15,1 %
RAD	144/146	98,6 %	Onkologische Praxis	21/146	14,4 %
Alle o. g. Disziplinen	144/146	98,6 %	GYN	11/146	7,5 %
			HNO	9/146	6,2 %
			DER	8/146	5,5 %
			URO	7/146	4,8 %

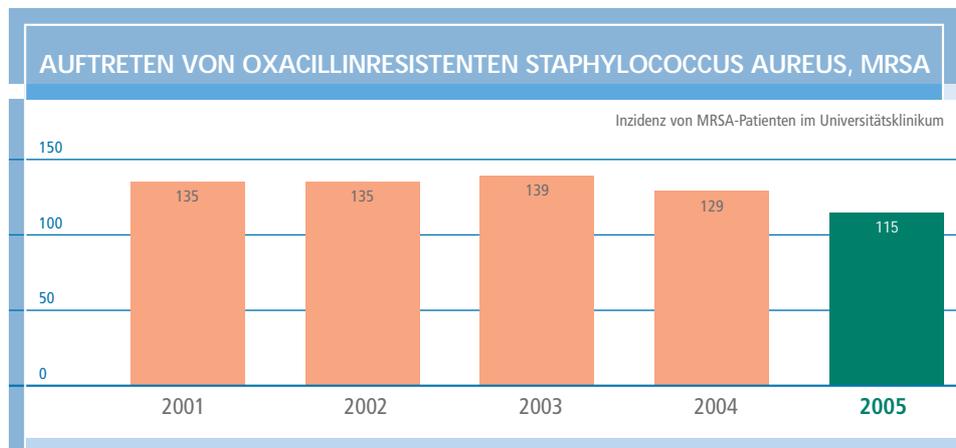
Steuerung mittels Qualitätsindikatoren

Die Struktur-, Prozess- und vor allem Ergebnisqualität im Universitätsklinikum mittels Qualitätskennzahlen (Indikatoren) zu erfassen und zu bewerten, ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. Hierfür stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung:

- Externe Qualitätssicherung gemäß Paragraph 137 SGB V
- Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) ¹
- International Quality Indicator Project (IQIP) ²
- Qualitätsindikatoren in der universitären Krankenversorgung (QUK)

Ausgewählte Qualitätsindikatoren im Überblick

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

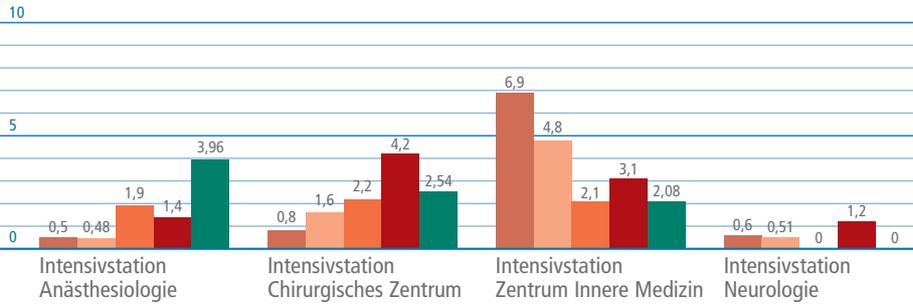


¹ Durch systematische Erfassung, Analyse und Interpretation (Surveillance) der wichtigsten nosokomialen Infektionen lassen sich Infektionsprobleme erkennen, Präventionsmaßnahmen gezielt intensivieren und damit Infektionen vermeiden. Wissenschaftlich fundierte Vergleichsdaten stehen in Deutschland durch das vom Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und vom Robert-Koch-Institut aufgebauten Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) sowie

² international durch die Teilnahme am Qualitätsindikatoren Programm (IQIP) zur Verfügung.

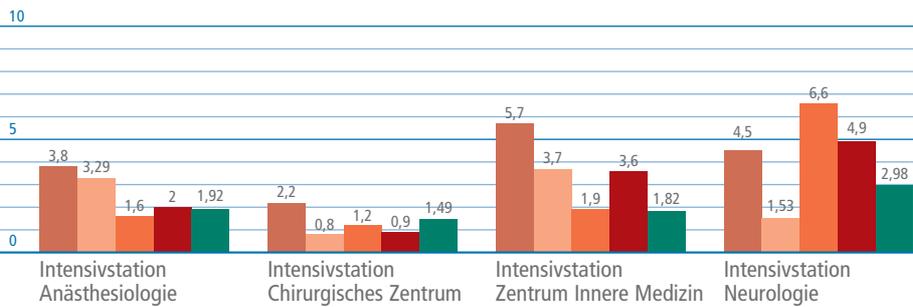
ZVK-ASSOZIIERTE SEPTIKÄMIEN

pro 1.000 Liegetage intravasaler Katheter



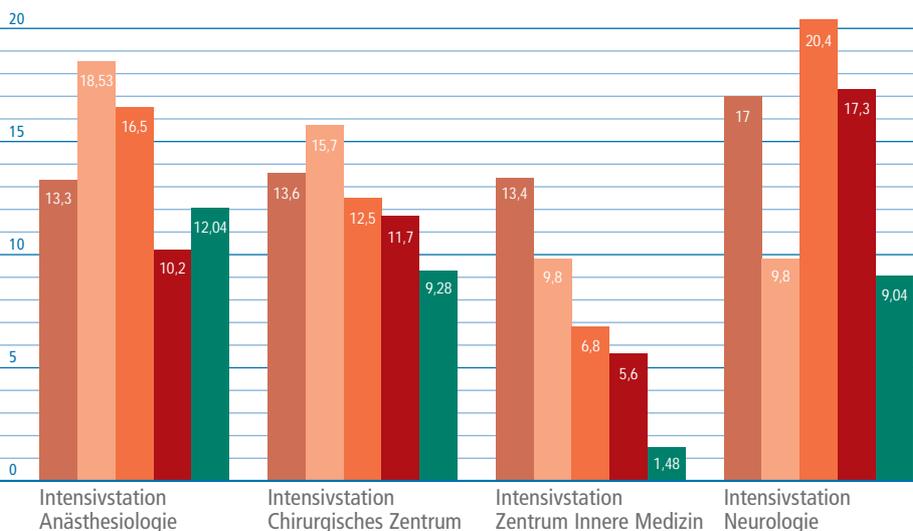
KATHETERASSOZIIERTE HARNWEGINFektionsRATEN

pro 1.000 HW-Kathetertage



BEATMUNGSASSOZIIERTE PNEUMONIERATEN

pro 1.000 Beatmungstage



2001 2002 2003 2004 2005

Die überwiegende Anzahl der intensivmedizinisch versorgten Patienten erhält für gewisse Zeit eine Infusionstherapie. Die durch intravasale Katheter bedingte Bakteriämie ist eine schwere Komplikation dieser Therapie, deren Prävention eine große Bedeutung zukommt. Durch konsequente Hygienemaßnahmen und den Einsatz antimikrobiell beschichteter Venenkatheter ließ sich zum Beispiel im Zentrum Innere Medizin 2001 eine deutliche Reduktion der ZVK-Infektionen erzielen.

Transurethrale Blasenkatheeter sind der wichtigste Risikofaktor für Harnwegsinfektionen. Im Rahmen des nationalen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) wurden in den Jahren 1997 bis 2005 bei Patienten von Intensivstationen durchschnittlich 2,71 Harnwegsinfektionen pro 1.000 Liegetage von Blasenkatheetern gemessen. Diese Rate wurde von den Intensivstationen des Universitätsklinikums im Jahre 2005 erreicht oder unterschritten.

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



Beschwerdemanagement

Bereits im Jahresbericht 2003 wurde das Ideen- und Beschwerdemanagement des Universitätsklinikums ausführlich vorgestellt. Allein diese etablierte Struktur reicht jedoch nicht aus, um Patienten, deren Angehörige und Besucher zufrieden zu stellen. Der tatsächliche Aufwand beruht auf der Analyse der Beschwerden und den daraus abzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen sowie deren Umsetzung. Als Krankenhaus der Maximalversorgung braucht das Klinikum nicht zu verhehlen, dass es einerseits über ein hohes fachliches Niveau mit exzellenter technischer Ausstattung verfügt, es andererseits

WERTSCHÄTZENDE UMGANGSFORMEN

GRUSS Ich bemühe mich stets, PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen zuerst zu grüßen.

NAMENSCHILD Damit ich als KlinikmitarbeiterIn sofort erkenn- und ansprechbar bin, trage ich stets gut sichtbar mein Namensschild. So kann ich das Kennenlernen erleichtern.

ANKLOPFEN Bevor ich in ein Patientenzimmer oder ein Büro eintrete, klopfе ich selbstverständlich vorher an, um die Privatsphäre der PatientInnen oder der MitarbeiterInnen zu wahren.

PERSÖNLICHE VORSTELLUNG Bei der ersten Begegnung mit PatientInnen, Angehörigen oder MitarbeiterInnen stelle ich mich immer mit meinem Namen vor.

PERSÖNLICHE ANSPRACHE PatientInnen spreche ich stets mit ihrem Namen an.

HANDLUNGSERKLÄRUNG Handlungen und Maßnahmen, die ich an PatientInnen durchführe, erkläre und begründe ich immer und so verständlich wie möglich.

DISKRETIION Gegenüber PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen bemühe ich mich stets um Höflichkeit, Freundlichkeit und Diskretion.

RESPEKT – LOYALITÄT Die Meinung meiner Fachkollegen respektiere ich und stelle diese nicht im Beisein von PatientInnen oder Angehörigen in Frage. Ich bin mir bewusst, Teil eines Unternehmens zu sein, und repräsentiere dies entsprechend vor PatientInnen und Angehörigen.

GEDULD – SPRACHE PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen höre ich aktiv zu. Wir bemühen uns, nicht über, sondern miteinander zu sprechen.

VERANTWORTLICHKEIT Wird eine Beschwerde oder eine Empfehlung an mich herangetragen, so fühle ich mich dafür verantwortlich, kümmere mich darum und gebe kurzfristig eine Rückmeldung.

KRITIK Konstruktive Kritik verstehe ich als Anregung und Chance, meine Kompetenz und mein Handeln zu verbessern.

OPTIK Modische Extreme jeder Art gehören in den außerdienstlichen Bereich.

Verbesserungsbedarf gibt auf der Seite der menschlichen Faktoren wie Zuwendung, Freundlichkeit und Zuverlässigkeit des Personals. Umso erfreulicher ist die Tatsache, dass im Jahr 2005 Klinikumsmitarbeiter selbst anregten, sich mit den Umgangsformen auseinander zu setzen. Dies sollte nach Überzeugung aller Beteiligten nicht nur gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen, sondern auch untereinander erfolgen. Dabei herrschte Einigkeit darüber, dass am Ende des Prozesses keine Hochglanzbroschüre entsteht – vergleichbar der eines Leitbildes –, sondern die kontinuierliche Diskussion mit den Mitarbeitern zur Umsetzung und täglichen Pflege beziehungsweise Anwendung. Im Rahmen verschiedener Gremien und Foren auf den Ebenen von Arbeitsgruppen, Steuerkreis, Pflegedienstleitungen, Klinikdirektoren und Vorstand wurde die Thematik diskutiert und es wurde versucht, Handlungsempfehlungen abzuleiten. Gerade bei diesem Thema ist bereits der Weg das Ziel: So wurde unter anderem ein Leitfaden erarbeitet, der Mitarbeitern Auskunft darüber gibt, wie sich das Klinikum den Umgang mit den Patienten, aber auch unter den Mitarbeitern vorstellt. Dieser Leitfaden ist auch Bestandteil einer Informationsmappe für neue Klinikumsmitarbeiter.

Weitergehende Informationen erhalten Sie von der Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement:
Dr. Maria Eberlein-Gonska
 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden
 Telefon: 0351 458-2323
 Telefax: 0351 458-5847
 E-Mail: maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden.de

Falls es Fragen zu medizinischen Fachbegriffen gibt, konsultieren Sie bitte im Internet die Homepage: www.gesundheit.de/roche

Weitere Projekte des Zentralbereiches Qualitätsmanagement (Auswahl)

- Aufbau eines Berichtswesens zur kontinuierlichen Erfassung und Bewertung des Indikators Dekubitus, Einstellung in das klinikumseigene Intranet mit Konzepterstellung eines Schulungsprogramms für Mitarbeiter und Überprüfung und Weiterentwicklung der zugrunde liegenden Standards zur Prophylaxe und Behandlung.
- Systematisches Erfassen und Analysieren möglicher Medikationsirrtümer in drei Pilotkliniken des Universitätsklinikums.
- Auf validierte Erhebungsinstrumente gestützte Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen in Piloteinrichtungen.
- Entwicklung eines strukturierten Einweisermarketings für alle Kliniken.





3‰3058000000402303002113311892979
901ß934598802%92358963‰3058000000
90888980835%012345678901ß934598802

Das Geschäftsjahr wurde erneut mit positivem Gesamtergebnis

abgeschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte das Klinikum seinen Überschuss im Jahr 2005 um rund 25 Prozent auf 2,1 Millionen Euro steigern. Entscheidend hierfür war der Leistungsanstieg in der Krankenversorgung.



923890185899882390888980835%012345
04023030021199118929799238901858998
%92358963%03058000000402303002111

07



Das Universitätsklinikum erstellte den Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2005 mit großem Engagement aller beteiligten Mitarbeiter und übergab die Unterlagen zum 31.12.2005 im Februar 2006 zur Hauptprüfung an die Wirtschaftsprüfer. Fristgemäß konnte die Jahresabschlussprüfung im März 2006 beendet werden. Die Jahresabschlussberichte wurden dem Aufsichtsrat in seiner Sitzung am 8. Juni 2006 präsentiert.

AUSGEWÄHLTE POSITIONEN DER GEWINN-UND-VERLUST-RECHNUNG		zum 31. 12. 2005
		TEUR
Erträge		250.964
davon Erlöse aus Krankenhausleistungen (inkl. Bestandsveränderung an unfertigen Leistungen)		196.295
Erlöse aus ambulanten Leistungen		19.708
Sonstige Erlöse/Erträge		34.961
Aufwand		247.001
davon Personalaufwand		139.136
Sachaufwand		93.710
Sonstiger Aufwand		14.155
Betriebsergebnis (vor investitionsbedingten Effekten)		3.963
Abschreibungen Altvermögen/Eigenmittel, Finanzergebnis, Steuern		1.863
Gesamtergebnis		2.100

Gesamtergebnis

Im ersten Jahr nach der Softwareumstellung konnte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden erneut frühzeitig den Jahresabschluss für 2005 erstellen. Das Gesamtergebnis weist einen Überschuss in Höhe von 2.100 TEUR aus. Das bedeutet im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung um 488 TEUR.

Erträge

Die Erlöse aus stationären und ambulanten Krankenhausleistungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 2.531 TEUR gestiegen. Dies ist vor allem auf die aus dem Vorjahr fortgesetzte Steigerung des Leistungsvolumens im ambulanten Bereich zurückzuführen. Im Jahr 2005 gab es keine Haushaltssperre für das Universitätsklinikum, sodass ein Zuschuss für den Aufwand von Forschung und Lehre im Universitätsklinikum in Höhe von 10.850 TEUR zur Verfügung stand.

Aufwand

Der Personalaufwand konnte aufgrund einer konsequenten Personalpolitik im Geschäftsjahr 2005 weiter stabilisiert und durch Maßnahmen zum Beispiel zur Altersteilzeitregelung, Abschluss von leistungsabhängigen Individualverträgen und anforderungsspezifischer Neubesetzung im ambulanten Bereich reduziert werden.

Der Sachaufwand stieg im Vergleich zum Vorjahr um 8.045 TEUR. Diese Steigerung betrifft hauptsächlich den medizinischen Bedarf, begründet durch Leistungsveränderungen beziehungsweise -steigerungen im stationären und ambulanten Bereich und die sonstigen Aufwendungen für die Bildung von Rückstellungen für Erlösrisiken und Archivierungspflichten.



Aktiva

Anlagevermögen

Das Anlagevermögen erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um insgesamt 152.973 TEUR, davon die immateriellen Vermögensgegenstände um 2.387 TEUR. Die wesentlichen Anlagenzugänge betreffen das Chirurgische Zentrum, die Kinder- und Frauenklinik, das Diagnostisch-Internistische Zentrum, die Augenklinik und die Zentrale Medienversorgung.

Umlaufvermögen

Das Umlaufvermögen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 17.637 TEUR. Aufgrund der intensiven Forderungsbeitreibung auf der Basis eines monatlichen Forderungsberichtswesens und der Optimierung der entsprechenden Arbeitsabläufe konnte die Liquidität deutlich verbessert werden. Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen verringerten sich zum Stichtag 31.12.2005 um insgesamt 7.085 TEUR trotz Leistungssteigerung im Krankenversorgungsbereich.

BILANZ		zum 31. 12. 2005
AKTIVA		TEUR
A. Anlagevermögen		395.714
B. Umlaufvermögen		121.665
C. Rechnungsabgrenzungsposten		191
Summe Aktiva		517.570
PASSIVA		TEUR
A. Eigenkapital		161.119
B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		276.082
C. Rückstellungen		54.641
D. Verbindlichkeiten		25.727
E. Rechnungsabgrenzungsposten		1
Summe Passiva		517.570

Passiva

Eigenkapital

Zum 31.12.2005 lag im Hinblick auf das festgesetzte Kapital keine Erklärung des Freistaates Sachsen vor. Vor diesem Hintergrund erfolgte ausschließlich die Bilanzierung von Kapitalrücklagen, die um 5.945 TEUR höher dotiert sind als im Vorjahr. Diese stellen ausschließlich durch den Gewährträger finanziertes Betriebsvermögen dar.

Sonderposten

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

Rückstellungen

Die Rückstellungen für Personalkosten in Höhe von 31.313 TEUR nehmen den größten Anteil dieser Position ein. In den Personalarückstellungen sind Rückstellungen für bestehende und zu erwartende Altersteilzeitvereinbarungen in Höhe von 22.653 TEUR enthalten. Weitere Rückstellungen wurden unter anderem für Erlörisiken, Instandhaltung, Archivierung sowie ausstehende Eingangsrechnungen für das Jahr 2005 gebildet.

Verbindlichkeiten

Die Gesamtverbindlichkeiten sind im Berichtszeitraum gegenüber dem Vorjahr um 145 TEUR gesunken.



DIE WICHTIGSTEN ZAHLEN AUF EINEN BLICK				
Krankenhausleistungen im KHEntgG- und BpflV-Bereich				
VOLLSTATIONÄRER BEREICH			2004	2005
KH EntgG-Bereich	Planbetten	Anzahl	1.155	1.098
	Fälle Katalog DRG	Anzahl	45.664	45.482
	Durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index)		1.326	1.259
	Summe der Bewertungsrelationen (Case Mix)		60.572	57.218
	Fallbezogene Entgelte ¹	Anzahl	216	285
	Berechnungstage	Anzahl	328.216	325.881
	Ø Verweildauer	Tage	7,15	7,12
BpflV-Bereich	Planbetten (lt. KH-Plan)	Anzahl	135	140
	Berechnungstage	Anzahl	44.443	45.155
	Fälle	Anzahl	1.364	1.347
	Ø Verweildauer	Tage	32,58	33,54
Integrierte Versorgung	Planbetten	Anzahl	8	8
	Berechnungstage	Anzahl	262	1.276
	Fälle	Anzahl	24	118
UKD insgesamt	Planbetten (lt. KH-Plan)	Anzahl	1.298	1.246
	Berechnungstage	Anzahl	372.921	372.312
	Fälle	Anzahl	47.268	47.232
	Ø Verweildauer	Tage	7,89	7,88
	Fälle außerhalb Budget ²	Anzahl	91	132
TAGESKLINISCHER BEREICH				
KH EntgG-Bereich	Plätze	Anzahl	41	46
	Berechnungstage	Anzahl	6.088	5.870
	Fälle	Anzahl	4.600	4.475
	Ø Verweildauer	Tage	1,32	1,31
BpflV-Bereich	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	60	65
	Berechnungstage	Anzahl	13.538	13.868
	Fälle	Anzahl	723	847
	Ø Verweildauer	Tage	18,72	16,38
Integrierte Versorgung³	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	19	19
	Berechnungstage	Anzahl	1.026	2.102
	Fälle	Anzahl	74	163
UKD insgesamt	Plätze (lt. KH-Plan)	Anzahl	120	130
	Berechnungstage	Anzahl	20.652	21.840
	Fälle	Anzahl	5.397	5.485
	Ø Verweildauer	Tage	3,83	3,98

¹ Entspr. Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2006 Anl. 3).

² Wissenschaftspatienten, Ausländer nach §3 Abs.4 BpflV.

³ Schmerzzentrum Inbetriebnahme ab 14.06.2004.

⁴ Die Abrechnung erfolgt lt. Hochschulambulanzvertrag §9 vom 17.04.2003.

⁵ Ø Vollkräfte in den Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden tätig (inkl. durch die MF gestelltem Personal).

⁶ Stand 01.12.2005.

Ausgewählte Leistungen der ambulanten Einrichtungen			
AMBULANTER BEREICH		2004	2005
Ambulante Fälle Pauschale ⁴ (KVS)	Anzahl	141.223	140.041
Einzelermächtigungen	Anzahl	1.567	3.735
Instituteremächtigungen (KVS)	Anzahl	8.386	6.691
Notfälle außerhalb der Sprechzeit (KVS)	Anzahl	13.677	14.764
Zytologie (KVS)	Anzahl	7.438	6.947
Ambulante Operationen	Anzahl	5.603	5.607
Ambulante Fälle – ZMK (KZVS)	Anzahl	26.127	26.893
VOLLKRÄFTE (Jahresdurchschnitt)⁵	VK	3.448,5	3.511,2
Medizinstudenten ⁶	Anzahl	1.737	1.828
Zahnmedizinstudenten ⁶	Anzahl	315	310
Medical Radiation Science ⁶	Anzahl	0	11
Public Health ⁶	Anzahl	56	46
Schüler der Medizinischen Berufsfachschule	Anzahl	456	455
Sonstige Auszubildende	Anzahl	69	72

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

KVS: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

KZVS: Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

ZMK: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

VK: Vollkräfte

MF: Medizinische Fakultät

STATIONÄRE LEISTUNGEN				
Ifd. Fachabteilung Nr.	Aufgestellte Betten		Nutzungsgrad der aufgestellten Betten	
	2004	2005	2004	2005
1 Anästhesiologie	13	13	96,7	96,0
2 Augenheilkunde	50	42	86,1	90,0
3 Dermatologie	50	41	74,9	91,9
4 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	95	92	75,5	82,7
5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	41	41	79,9	83,4
6 Intensivabteilung Chirurgische Kliniken	22	22	93,9	92,9
7 Intensivabteilung Medizinische Kliniken	12	12	97,1	95,8
8 Kinderchirurgie	35	33	67,2	70,5
9 Kinder- und Jugendmedizin	116	106	79,3	80,7
10 Neuropädiatrie		10		91,8
11 Zentrum für innere Medizin	12	12	65,7	83,0
12 Medizinische Klinik I	99	96	125,5	94,3
13 Medizinische Klinik III inkl. UGC	70	65	90,0	99,7
15 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	22	22	94,4	94,2
16 Neurochirurgie	41	44	91,3	89,9
17 Neurologie	58	58	84,2	89,0
18 Nuklearmedizin	18	18	94,2	79,5
19 Orthopädie	75	72	79,2	79,8
20 Strahlentherapie und Radioonkologie	28	28	81,1	86,7
21 Urologie	65	65	88,2	88,6
22 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	64	64	91,2	95,7
23 Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie inkl. UGC	111	110	80,0	77,9
UKD (Entgeltbereich)	1.098	1.066	81,7	85,6
1 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30	30	93,0	83,2
2 Psychotherapie und Psychosomatik	27	29	92,8	95,9
3 Psychiatrie und Psychotherapie	78	80	87,4	88,4
UKD (Bundespfllegesatzbereich)	135	139	89,7	88,8
Integrierte Versorgung				
USC Schmerzzentrum ab September 2004	8	8	26,8	43,7
UKD gesamt	1.241	1.213	82,6	85,7
Geburten in der Frauenklinik				

¹ Inklusive Neugeborenen mit DRG.

Belegte Betten		Behandlungstage insgesamt		Behandlungsfälle		Verweildauer	
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
12,6	12,5	4.600	4.554	812,5	964,0	5,66	4,72
43,1	37,8	15.762	13.800	5.083,0	5.040,5	3,10	2,74
32,0	37,7	11.704	10.771	2.121,0	2.113,5	5,52	5,10
71,7	76,1	26.256	23.393	4.044,5	3.816,5	6,49	6,13
32,8	34,2	11.997	12.478	3.058,5	2.902,0	3,92	4,30
20,7	20,4	7.558	7.458	1.330,0	1.502,0	5,68	4,97
11,7	11,5	4.265	4.198	712,5	770,0	5,99	5,45
23,5	23,3	8.605	8.491	1.586,0	1.627,5	5,43	5,22
92,0	85,5	33.661	31.219	5.150,5	4.559,0	6,54	6,85
	9,2		3.350		1.036,5		3,23
3,9	10,0	1.420	3.634	1.236,0	3.016,0	1,15	1,20
86,3	90,5	31.601	33.009	3.145,0	3.021,5	10,05	10,92
62,4	64,9	22.854	23.206	2.873,0	2.286,5	7,95	10,15
20,8	20,7	7.604	7.566	1.206,5	1.110,0	6,30	6,82
37,3	39,6	13.640	14.435	1.543,5	1.504,0	8,84	9,60
49,2	51,6	18.019	18.844	2.467,0	2.766,0	7,30	6,81
17,0	14,3	6.207	5.226	1.620,0	1.410,0	3,83	3,71
59,3	57,5	21.693	20.940	2.660,0	2.354,5	8,16	8,89
22,7	24,3	8.314	8.860	529,0	575,5	15,72	15,40
57,3	57,6	20.979	21.017	3.869,5	3.817,0	5,42	5,51
58,4	61,2	21.371	22.363	2.954,5	2.898,5	7,23	7,72
82,3	86,0	30.107	27.069	4.499,0	3.960,0	6,69	6,84
896,8	926,4	328.217	325.881	45.880¹	45.767¹	7,15	7,12
27,9	25,0	10.212	9.107	213,5	205,5	47,83	44,32
25,1	27,8	9.171	10.234	175,5	219,0	52,26	46,73
68,5	70,7	25.060	25.814	975,0	922,0	25,70	28,00
121,4	123	44.443	45.155	1.364,0	1.346,5	32,58	33,54
2,1	3,5	262	1.276	24,0	118,0	10,92	10,81
1.018,9	1.053,3	372.922	372.312	47.268,0	47.231,5	7,89	7,88
		4.639	4.298	1.487,0	1.530,0		

AMBULANTE LEISTUNGEN DER EINRICHTUNGEN								
Klinik/Institut	Hochschulambulanzenvertrag		Instituts-ermächtigungen		Notfälle ¹		Einzel-ermächtigungen	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Zentrum für Innere Medizin	1.133	1.508				651		
Medizinische Klinik und Poliklinik I	6.060	6.278	536	375				
Medizinische Klinik und Poliklinik III	20.730	18.913			705	70	1.439	1.815
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	10.092	9.923	634	503	1.866	1.813	42	
Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie	5.507	5.361			516	479	2	7
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	3.454	3.614			3.358	3.544		
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie	2.953	3.094			1.628	1.853		
Klinik und Poliklinik für Orthopädie	9.536	9.664			694	810		
Klinik und Poliklinik für Urologie	5.754	5.991			697	798		
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	2.336	2.420			10	25		
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1.528	1.517	183		157	175		133
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.066	6.898	134		1.142	1.191		
Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	8.093	7.738			1.232	1.265		214
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde	9.432	9.763	106		866	980		
Klinik und Poliklinik für Dermatologie	16.141	17.425	408	436	644	912		
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	481	465	5.079	5.019				
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	5.151	4.786	974					1.226
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	1.788	1.538			63	46		
Klinik und Poliklinik für Neurologie	4.265	3.900			46	131		
Klinik und Poliklinik für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	365	166			11	3		
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik	698	895						
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie	2.052	1.850	332	358			84	243
Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik	5.353	5.830						97
Institut für Immunologie ²	634	232						
Institut für Virologie ²	144	34						
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	1.370	369			42	18		
Institut für Klinische Genetik ²	952	919						
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene ²	207	136						
Institut für Pathologie	1.853	1.776						
University Cancer Center	1.116	1.365						
Klinik für Kardiologie des HZD ³	4.979	4.195						
Klinik für Kardiochirurgie des HZD ³		1.478						
UKD insgesamt	141.223	140.041	8.386	6.691	13.677	14.764	1.567	3.735

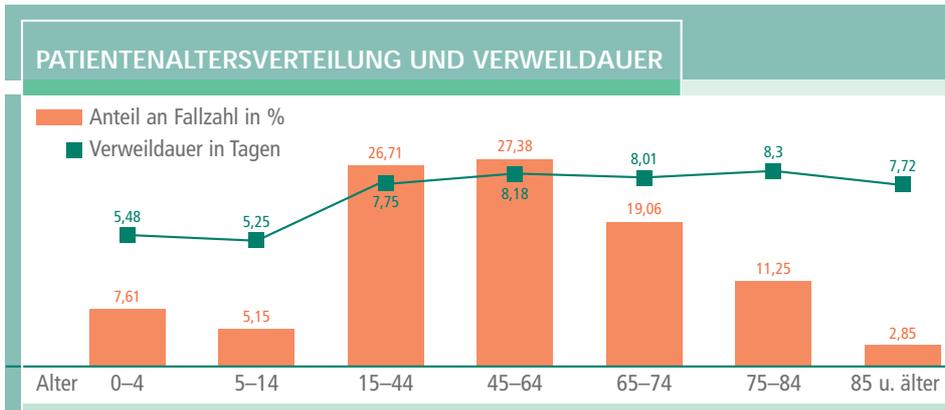
Erläuterung: Im Rahmen des Hochschulambulanzenvertrages nach § 117 SGB V werden die abrechenbaren ambulanten Leistungen für Forschung und Lehre mit einer Fallpauschale von 36,60 EUR pro Behandlungsfall und Quartal (für 135.000 Fälle) vergütet. In der Fallpauschale sind die Abschläge gemäß § 120 Abs. 3 SGB V sowie ein Anteil für Sprechstundenbedarf enthalten. Für Leistungen der gynäkologischen Zytologie beträgt die Fallpauschale 6,21 EUR einschließlich Transportpauschale. Die zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen im Rahmen von Institutsermächtigungen sowie Notfalleleistungen außerhalb der Sprechzeit werden nach Einzelleistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 2000plus) vergütet.

¹ Notfälle außerhalb der Sprechzeiten.

² Diese Institute sind Einrichtungen der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden; die Leistungen dieser Institute sind Bestandteil des Hochschulambulanzenvertrages des UKD.

³ Die Klinik für Kardiologie gehört zum „Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik“. Die Leistungen dieser Klinik sind Bestandteil des Hochschulambulanzenvertrages des Universitätsklinikums.

PATIENTEN NACH EINZUGSGEBIETEN		Gesamtdurchschnitt im UKD	
Regierungsbezirk Dresden	44.581	Bundesländer	
Dresden, Stadt	25.914	Sachsen	49.081
Sächsische Schweiz	3.328	Brandenburg	1.779
Weißeritzkreis	3.224	Thüringen	243
Meißen	2.857	Bayern	238
Kamenz	2.777	Niedersachsen	205
Bautzen	2.386	Nordrhein-Westfalen	182
Riesa-Großenhain	1.661	Sachsen-Anhalt	168
Löbau-Zittau	1.256	Baden-Württemberg	132
Niederschles. Oberlausitzkreis	536	Berlin	123
Hoyerswerda, Stadt	375	Hamburg	92
Görlitz, Stadt	267	Hessen	85
Regierungsbezirk Chemnitz	3.856	Mecklenburg-Vorpommern	73
Freiberg	1.481	Schleswig-Holstein	59
Mittlerer Erzgebirgskreis	428	Rheinland-Pfalz	46
Chemnitz, Stadt	426	Saarland	5
Mittweida	248	Bremen	3
Vogtlandkreis	238		
Aue-Schwarzenberg	219	Sonstige/Ausland	334
Chemnitzer Land	210		
Stollberg	144	UKD gesamt	52.848
Zwickau, Stadt	142		
Annaberg	134		
Zwickauer Land	120		
Plauen, Stadt	66		
Regierungsbezirk Leipzig	644		
Döbeln	252		
Torgau-Oschatz	160		
Leipzig, Stadt	97		
Muldentalkreis	67		
Leipziger Land	38		
Delitzsch	30		



AMBULANTE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN¹

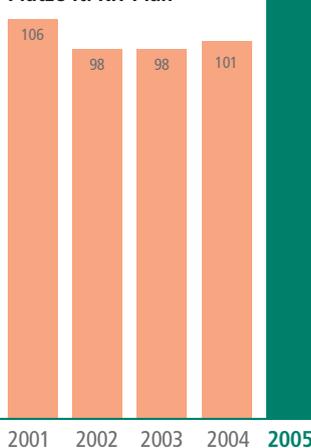
Abteilung	Behandlungsfälle	
	2004	2005
Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	5.975	7.096
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Chirurgischer Notdienst Ambulanz 30a	291	624
Poliklinik für Zahnerhaltung	4.330	5.413
Bereich Parodontologie	3.032	4.144
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik	4.409	6.609
Poliklinik für Kieferorthopädie	2.584	3.734
Abteilung Kinderzahnheilkunde	3.109	3.564
Zahnärztlich behandelte Patienten	26.127	26.893
davon: zahnärztliche Notfälle außerhalb der Sprechzeit	6.259	6.615

ENTWICKLUNG

Behandlungstage



Plätze lt. KH-Plan



TAGESKLINIKEN

Fachabteilung	Plätze		Behandlungs-tage		Fälle		Verweil-dauer	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Dermatologie	5	4	322	248	271,0	218,0	1,19	1,14
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ²		5		129		57,0		2,26
Urologie ²		7		154		157,0		0,98
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5	3	403	222	401,0	232,0	1,00	0,96
Kinderchirurgie	5	2	237	308	157,0	272,0	1,51	1,13
Kinder- und Jugendmedizin	10	6	1.181	972	1.098,5	971,5	1,08	1,00
Med. Klinik und Poliklinik I	10	13	2.871	2.729	2.446,0	2.332,0	1,17	1,17
Med. Klinik und Poliklinik III – STW	4	852	914	138,0	145,0	6,17	6,30	
Strahlentherapie u. Radioonkologie	6	2	222	194	88,5	90,5	2,51	2,14
FA-SUMME	41	46	6.088	5.870	4.600,0	4.475,0	1,32	1,31
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	20	20	3.721	3.560	219,5	212,5	16,95	16,75
Psychotherapie und Psychosomatik	15	20	3.967	4.518	353,5	462,0	11,22	9,78
Psychiatrie und Psychotherapie	25	25	5.850	5.594	150,0	161,5	39,00	34,64
USC-TK2 ab 01.09.2005				196		10,5		18,67
FA-SUMME	60	65	13.538	13.868	723,0	846,5	18,72	16,38
Integrierte Versorgung Schmerzzentrum	19	19	1.026	2.102	73,5	163,0	13,96	12,90
UKD gesamt	120	130	20.652	21.840	5.396,5	5.484,5	3,83	3,98

¹ Auf Basis des Hochschulambulanzvertrags Zahnärzte nach § 117 SGB V erbrachte Leistungen.

² Ab 01. 09. 2005.

FALLZAHLEN WEITERER AMBULANTER LEISTUNGEN		
	2004	2005
Ambulante Operationen	5.603	5.607
Neugeborenscreening	13.303	13.360
Psychiatrische Institutsambulanzen	869	1440
Zytologie	7.438	6.947
Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie	1.626	1.618
Leistungen Dritter und Privatabrechnungen	9.003	10.879
Notarztwagen	390	211
Gesamtzahl	38.232	40.062

MDC		
	2004	2005
Prä-MDC	1.029	892
01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4.721	5.297
02 Krankheiten und Störungen des Auges	5.384	5.292
03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	3.716	3.734
04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1.875	1.883
05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1.456	1.562
06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	3.409	3.096
07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1.218	995
08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	5.686	5.486
09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	2.675	2.969
10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2.437	2.269
11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2.391	2.328
12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	1.595	1.612
13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	964	1.012
14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1.985	2.050
15 Neugeborene	1.695	1.692
16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	399	440
17 Hämatologische und solide Neubildungen	1.067	934
18A HIV	14	13
18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	389	385
19 Psychische Krankheiten und Störungen	203	187
20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	165	215
21A Polytrauma	95	95
21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	596	648
22 Verbrennungen	44	52
23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	666	751

ENTWICKLUNG DER ERLÖSE ¹				
	Vereinbarung 2004	Ist 2004	Vereinbarung 2005	Ist 2005
Vollstationärer Bereich	185.285,9 TEUR	196.077,0 TEUR	188.697,9 TEUR	192.051,2 TEUR
Teilstationärer Bereich	5.505,1 TEUR	5.003,4 TEUR	5.873,4 TEUR	5.559,4 TEUR
Gesamt	190.791,0 TEUR	201.080,4 TEUR	194.571,3 TEUR	197.610,6 TEUR
ABWEICHUNG				
	Vereinbarung 2004/2005	Ist 2004/2005	Ist 2005 zur Vereinbarung 2005	
Vollstationärer Bereich	1,8 %	-2,1 %	1,8 %	
Teilstationärer Bereich	6,7 %	11,1 %	-5,3 %	
Gesamt	2,0 %	-1,7 %	1,6 %	

VERHANDLUNGSERGEBNISSE ¹				
Vergleich Entgelt- und Pflegesatzverhandlung 2004/2005				
	Vereinbarung 2004	Vereinbarung 2005	Abweichung 2004/2005	
Budget gesamt	190.790.916 EUR	194.571.280 EUR	3.780.364 EUR	2,0 %
davon KHEntgG-Bereich	176.612.362 EUR	179.661.032 EUR	3.048.670 EUR	1,7 %
BPfIV-Bereich	14.178.554 EUR	14.910.248 EUR	731.694 EUR	5,2 %
Fälle gesamt	50.769	51.639	870	1,7 %
davon KHEntgG-Bereich	48.644	49.421	777	1,6 %
vollstationärer Bereich	43.709	44.248		
teilstationärer Bereich	4.936	5.173		
BPfIV-Bereich	2.125	2.218	93	4,4 %
vollstationärer Bereich	1.367	1.423		
teilstationärer Bereich	758	795		

ERLÖSANTEILE ¹		lt. Vereinbarung 2005
1 Bundeseinheitliche Entgelte	163.321.420 EUR	83,94 %
2 Krankenhausindividuelle Entgelte	8.267.884 EUR	4,25 %
3 Zuschläge ²	8.071.728 EUR	4,15 %
4 Psychiatrischer Bereich	14.910.248 EUR	7,66 %
Summe stationärer Erlöse	194.571.280 EUR	100,00 %

FALLVERTEILUNG		
1 Bundeseinheitliche Entgelte ³	44.064	85,33 %
2 Krankenhausindividuelle Entgelte ⁴	5.357	10,37 %
3 Psychiatrischer Bereich	2.218	4,30 %
Gesamtfälle	51.639	100,00 %

¹ Ohne Ausgleichs- und Berichtigungen.

² Anteile, die ab 2005 separat über Zuschläge abgerechnet werden: Ausbildung, Wegfall Arzt-im-Praktikum-Phase, Umsetzung Arbeitszeitgesetz, Tumorzentrum, Brückenpflege, Begleitpersonen – medizinisch indiziert.

³ DRG-Fallpauschalen.

⁴ Fall- und tagesbezogene Entgelte.

AUF SICHTSRAT

Vorsitzender des Aufsichtsrates**Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba**Hochschulprofessor,
Klinikum der LMU München**Stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender****Prof. Dr. Claus Rüger**Honorarprofessor,
Consultant der act.on GmbH**Mitglieder****Alfred Post**

(† 19. 10. 2005)

Kanzler
der Technischen Universität Dresden**Barbara Ludwig**Staatsministerin für Wissenschaft
und Kunst**Dr. Horst Metz**

Staatsminister der Finanzen

Helma Orosz

Staatsministerin für Soziales

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

Vertreterin der Beschäftigten

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

VORSTAND

Medizinischer Vorstand**Prof. Dr. D. Michael Albrecht**Der Medizinische Vorstand ist
Sprecher des Vorstandes.**Kaufmännischer Vorstand****Wilfried E. B. Winzer**Der Dekan der Medizinischen Fakultät nimmt
mit beratender Stimme an den Vorstands-
sitzungen teil.

BETRIEBSLEITUNG

Vorsitzender**Prof. Dr. D. Michael Albrecht**

Medizinischer Vorstand des UKD

Wilfried E. B. Winzer

Kaufmännischer Vorstand des UKD

Prof. Dr. Manfred WirthDirektor 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-GonskaLeiterin des Zentralbereiches
Qualitätsmanagement**Andreas Honecker**

Leiter der Fakultätsverwaltung

GEMEINSAME KONFERENZ

Nach dem sächsischen Hochschulmedizin-
gesetz vom 06. 05. 1999 können Entschei-
dungen zu Strukturfragen, die zwischen dem
Universitätsklinikum und der Medizinischen
Fakultät strittig sind, in einer gemeinsamen
Konferenz einer Lösung zugeführt werden.
Ihr gehören nachfolgende Mitglieder an:**Vorsitzender****Prof. Dr. Achim Mehlhorn**Ehrensensator
der Technischen Universität Dresden**Prof. Dr. D. Michael Albrecht**

Medizinischer Vorstand des UKD

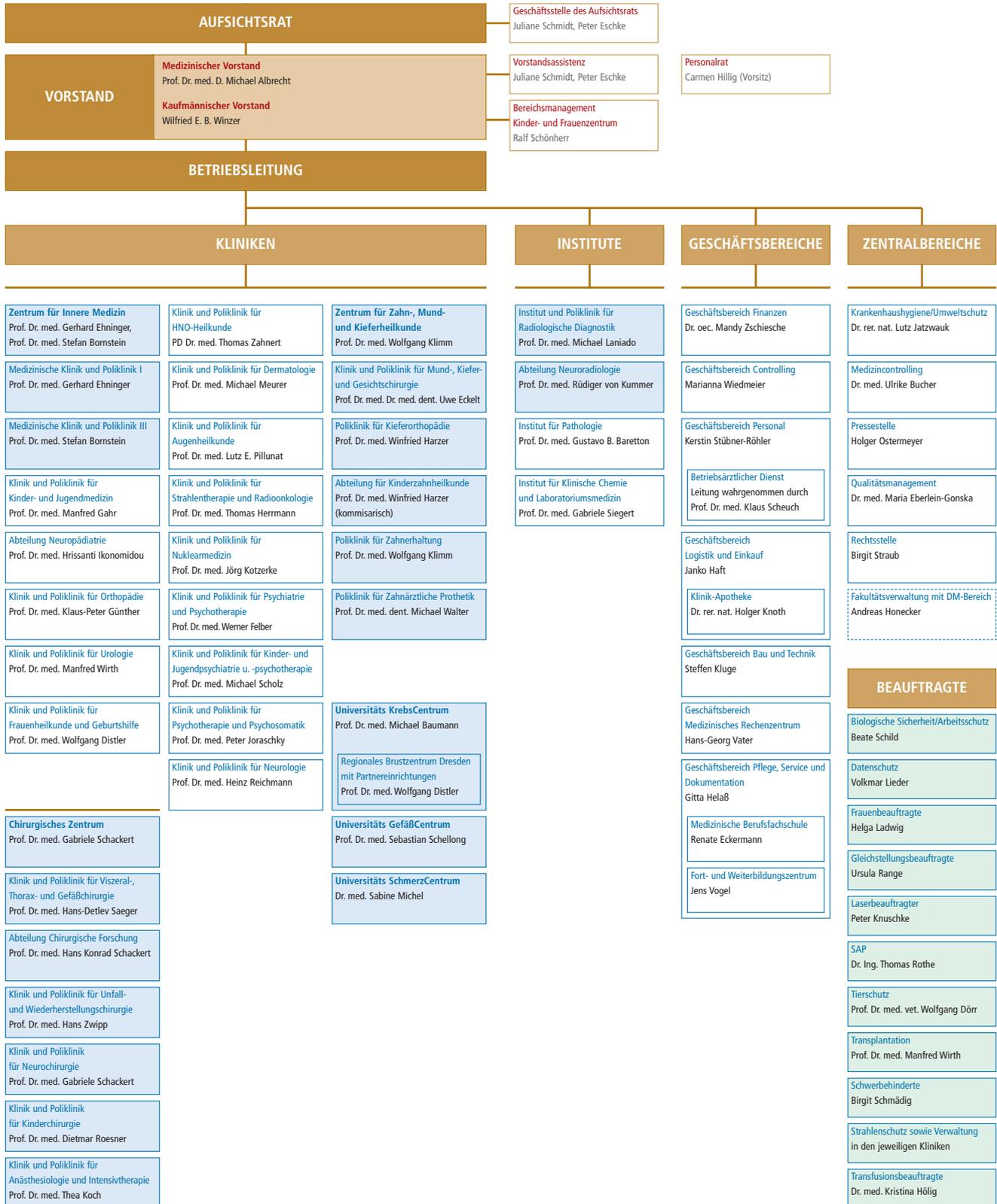
Wilfried E. B. Winzer

Kaufmännischer Vorstand des UKD

Prof. Dr. Detlev Saeger(bis 23. 02. 2005)
Dekan der Medizinischen Fakultät**Prof. Dr. Heinz Reichmann**(bis 23. 02. 2005)
Prodekan der Medizinischen Fakultät
(seit 24. 02. 2005)
Dekan der Medizinischen Fakultät**Prof. Dr. Andreas Deußen**(seit 24. 02. 2005)
Prodekan der Medizinischen FakultätDer Kanzler der Universität hat das Recht,
an den Sitzungen teilzunehmen.

STRUKTUR DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS CARL GUSTAV CARUS

Stand 1. Januar 2006





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