

JAHRESBERICHT POSITIONSBESTIMMUNG



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

➔ SYSTEMWECHSEL ENTWICKLUNGEN ANTIZIPIEREN

➔ SYSTEMWECHSEL MEDIZIN – PANDEMIE VERSTEHEN

➔ SYSTEMWECHSEL KRANKENVERSORGUNG NEU DENKEN

MANAGEMENT UPDATE

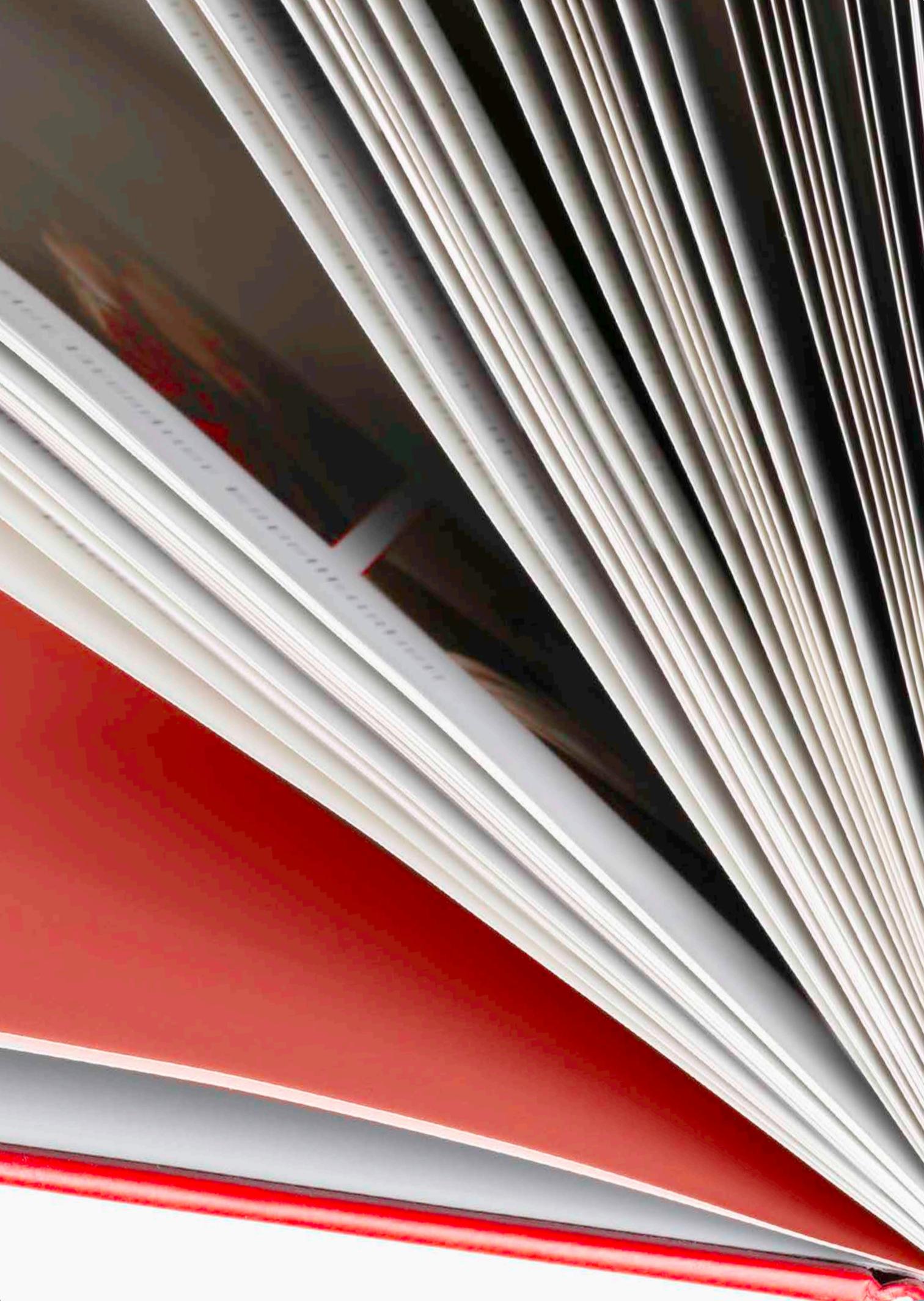
KRÄFTE BÜNDELN

2021/2022

BESTANDSAUFNAHME



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



SYSTEM WECHSEL

oder Augen zu und weiter so?

Jahresbericht des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
2021/2022

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.





Jahresbericht – Positionsbestimmung 5

Die Hochschulmedizin Dresden übernimmt mit neuen Strategien und innovativem Instrumentarium eine Vorreiterrolle.

Entwicklungen antizipieren 7

Daten aus zwei Corona-Jahren belegen die Wirksamkeit des Maßnahmenpakets gegen die Pandemie.

Medizin – Pandemie verstehen 23

Chamäleon Omikron. Vor welchen Herausforderungen Freistaat und Gesundheitswesen stehen.

Krankenversorgung neu denken 31

Ressourcen effizient nutzen. Die sächsische Kliniklandschaft braucht zukunftsfeste Strukturen.

Management-Update – Kräfte bündeln 47

Als verlässlicher Maximalversorger bildet das Universitätsklinikum ein stabiles Fundament. Der Ausblick.

Bestandsaufnahme – Zahlen und Fakten 2021 53

Die Leistungen der Hochschulmedizin Dresden in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre.

Chronik 2021 70

Innovatives aus der Hochschulmedizin.

JAHRESBERICHT
2021

**POSITIONS-
BESTIMMUNG**

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESNER



Innovatives Instrumentarium ist Basis für erfolgreiches Pandemiemanagement.

Um die Ausbreitung des Coronavirus effizient bremsen zu können, bedurfte es gerade im zweiten Pandemiejahr eines Strategiewechsels. Nur so war es möglich, die pandemiebedingten Einschränkungen des öffentlichen Lebens auf eine verlässlichere Basis zu stellen und damit die gesellschaftliche Akzeptanz zu erhalten. Statt diese Maßnahmen an die Inzidenz zu koppeln und damit den Entwicklungen hinterherzuhinken, bedurfte es eines neuen Instrumentariums. Die Hochschulmedizin Dresden war hier Vorreiter und hat ein tagesaktuelles Monitoring der Bettenbelegungszahlen regionaler Kliniken sowie ein valides Prognose-Tool konzipiert und etabliert. Dank dieser Ansätze und dem Engagement aus Dresden war und ist Sachsen einer der Vorreiter im Pandemiemanagement und gilt als Vorbild.

Krisenmanagement stärkt die Resilienz der Hochschulmedizin.

Das Universitätsklinikum und die Medizinische Fakultät haben die Pandemie bisher leistungs- und finanzseitig relativ gut überstanden. Doch trotz Betten-Freihaltepauschalen des Bundes sowie der Zuschläge des Freistaates Sachsen ist die Hochschulmedizin Dresden noch von den ursprünglich gesetzten Entwicklungszielen entfernt und hat das vorherige Niveau nicht wieder erreicht. Das jedoch schmälert nicht die Tatsache, dass sich das Universitätsklinikum in der Vergangenheit extrem solide aufgestellt hat. Jetzt gilt es, das Tal so schnell wie möglich zu durchschreiten. Nur so ist es möglich, trotz erschwelter Bedingungen weiter zu investieren und damit vorangehen zu können. Es kann dabei nicht allein darum gehen, das Minus auszugleichen – ganz im Gegenteil: Stillstand ist keine Option. Das Universitätsklinikum hat sich auch während der Pandemie weiterentwickelt und wird sich weiterhin nach vorne bewegen.

Dresdner Konzepte als Blaupause für die Reform der Krankenversorgung nutzen.

Dass es gelungen ist, in der Pandemie eine Überlastung der Krankenversorgung in Ostsachsen zu vermeiden, liegt an der bereits seit Jahren etablierten Kooperation der ostsächsischen Krankenhäuser. Die Hochschulmedizin Dresden ist fest davon überzeugt, dass dieser jenseits aller Konkurrenzverhältnisse gepflegte pragmatische Umgang untereinander Pate für neue, zukunftsfeste Strukturen des Gesundheitswesens ist. Die Pandemie wurde hier auch als Chance gesehen, bereits erprobte Konzepte weiterzuentwickeln und zügig auszurollen. Auf dieser Basis kann Sachsen zum Labor für das Gesundheitssystem von morgen werden, in dem Pilotprojekte initiiert und so bundesweit Maßstäbe gesetzt werden. Mit ihrer Expertise kann die Hochschulmedizin Dresden Ideen und Konzepte für den bevorstehenden Strukturwandel liefern. _

SYSTEMWECHSEL

**ENTWICKLUNGEN
ANTIZIPIEREN**

**Daten belegen das erfolgreiche Management:
Nach zwei Corona-Jahren sind
die Gesetzmäßigkeiten der Pandemie und die
Wirksamkeit der in Dresden entwickelten
und inzwischen deutschlandweit anerkannten
Instrumente klar sichtbar.**

Das Monitoring der Kennzahlen des pandemischen Geschehens gewährt Akteuren aus Politik, Verwaltung, Kostenträgern und Krankenhäusern unverstellte Einblicke in die Dynamik der Corona-Pandemie. Die Zahlen haben in den beiden vergangenen Jahren zudem geholfen, gezielt gegenzusteuern beziehungsweise bei bereits ergriffenen Maßnahmen nachzujustieren. Dieses Lernen aus den Zahlen und das Vorschlagen von konkreten Schritten, die sich daran orientieren, hat die Hochschulmedizin Dresden geprägt. Durch ihr Engagement in Fragen des Pandemiemanagements ist sie zu einer der bundesweit führenden Institutionen geworden und hat damit das Vorgehen bezüglich einer effizienten wie zuverlässigen Surveillance und Prognose der Hospitalisierungen geprägt. Die entwickelten Instrumente und Strukturen helfen weiterhin, mit der Pandemie umzugehen und sind mittlerweile deutschlandweit Vorbild. [_](#)

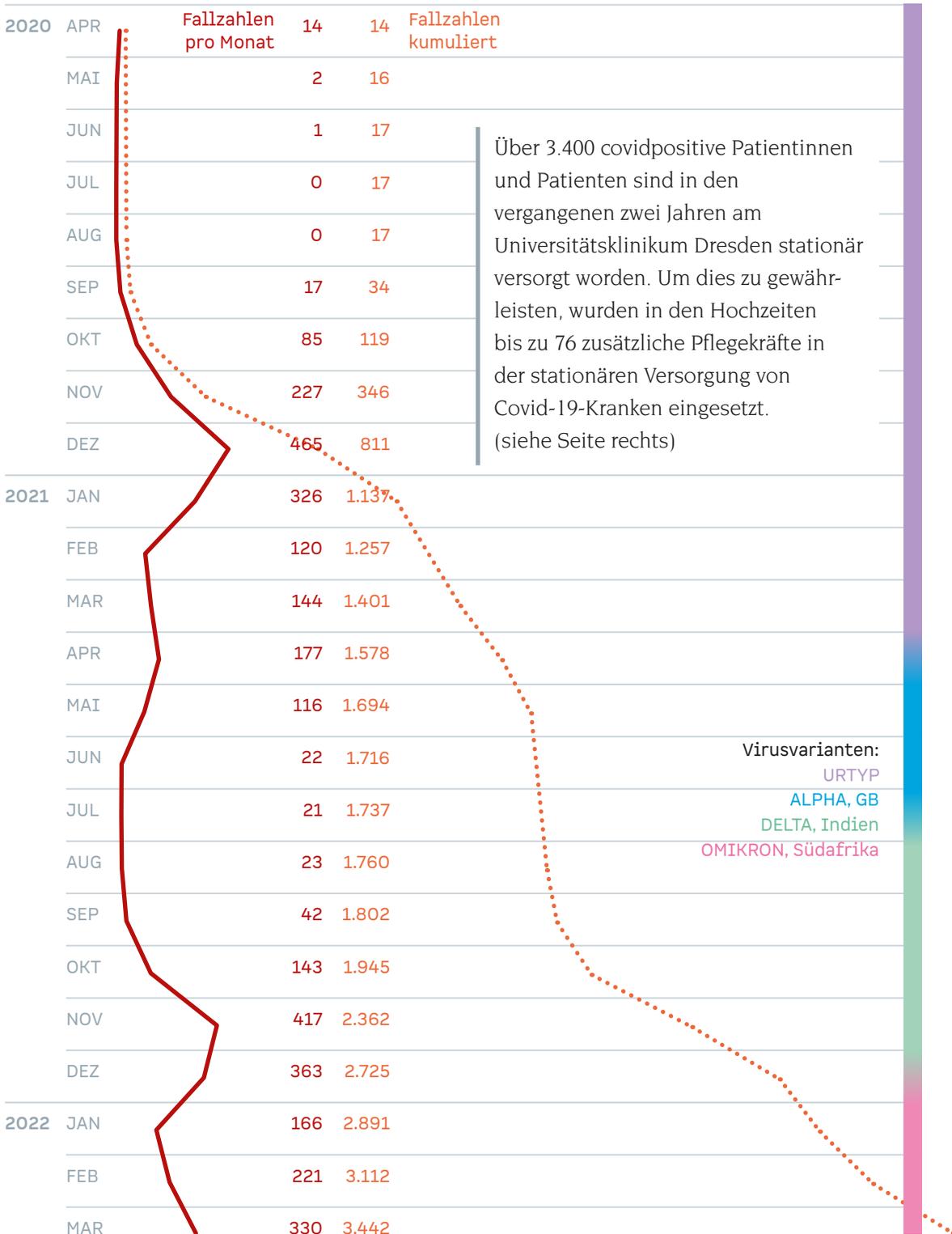
Die Corona-Ampel zur nachvollziehbaren Pandemiesteuerung

Die Idee und die Initialzündung für die sächsische Corona-Ampel kommt aus der Hochschulmedizin Dresden. Zum ersten Mal wurden damit die Schutzmaßnahmen für die Bevölkerung und damit die Einschränkungen des öffentlichen Lebens an der Bettenauslastung und nicht mehr an der Inzidenz festgemacht.

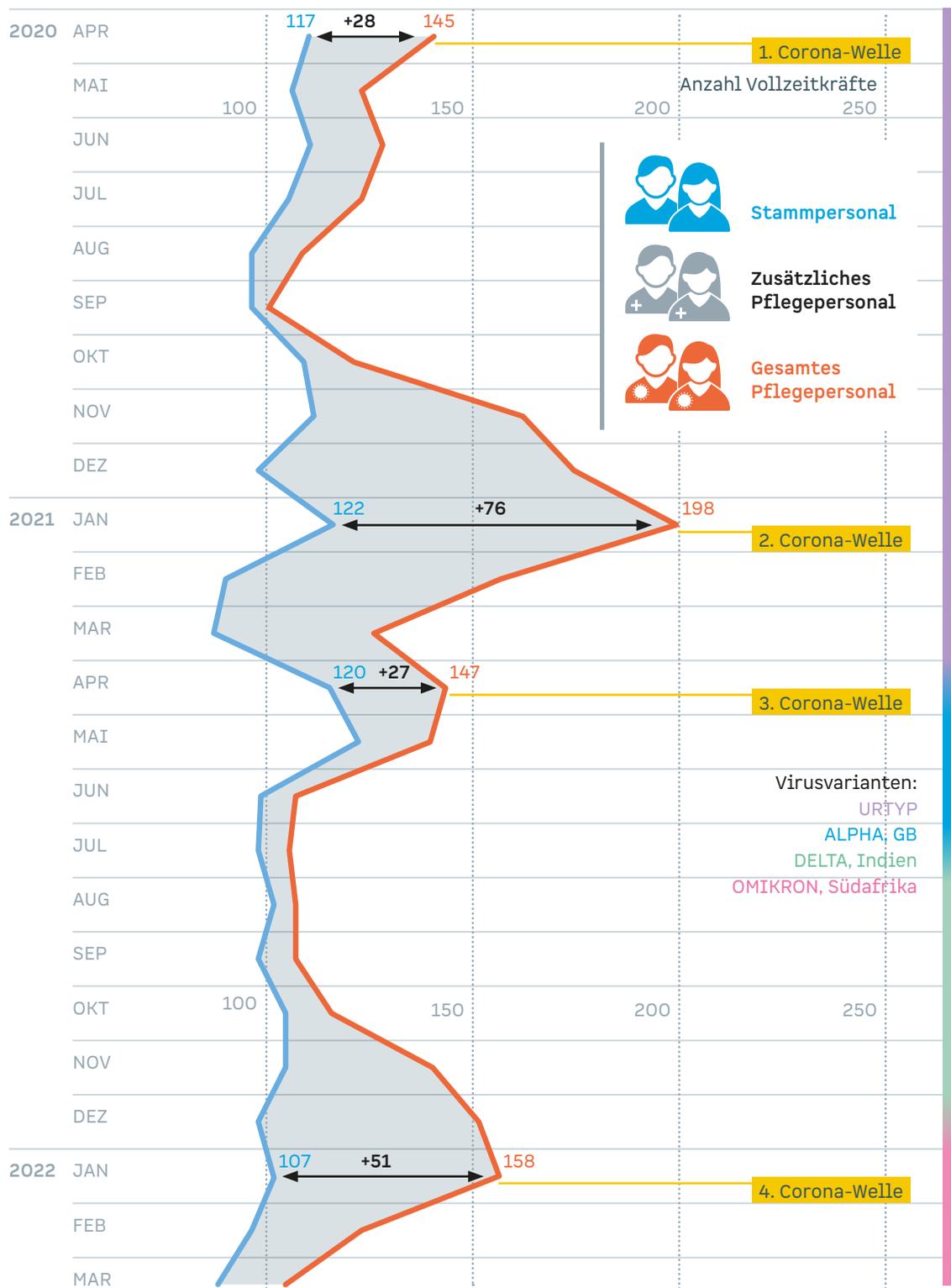
Anzahl Patientinnen und Patienten Intensivstation in Sachsen	Anzahl Patientinnen und Patienten Normalstation in Sachsen*	Ampel	Steuerung von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung
>420	>1.300		Überlastungsstufe
>180	>650		Warnstufe
<180	<650		Keine Einschränkung

* Mit Aufkommen der Omikron-Variante Ende 2021 ist die Bedeutung der Normalstationsbelegung gesunken.

Stationäre Covid-19-Fälle im Universitätsklinikum April 2020 bis März 2022



Einsatz von Pflegekräften in der stationären Versorgung von Covid-19-Kranken im Universitätsklinikum April 2020 bis März 2022



Stationäre Covid-19-Fälle am Uniklinikum April 2020 bis März 2022

Durchschnittliches Alter

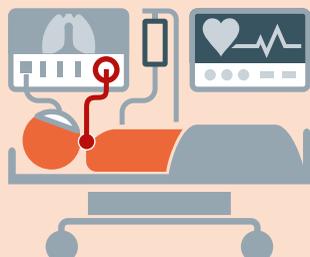


Durchschnittliche Verweildauer



Mit dem Aufkommen neuer Varianten haben sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie die Schwere der Krankheitsverläufe und die durchschnittliche Verweildauer verändert. Das Maximum der Verweildauer beträgt 216 Tage.

ECMO-Versorgung von Covid-19-Erkrankten am Universitätsklinikum



2020

58

Patientinnen und Patienten,

davon

34 aus 19

externen Kliniken
übernommen.

2021

190

Patientinnen und Patienten,

davon

130 aus 37

externen Kliniken
übernommen.

ENTWICKLUNGEN ANTIZIPIEREN



Frühjahr 2021
58,2
Jahre



Sommer 2021
48,2
Jahre



Herbst 2021
63,5
Jahre



Winter 2021
59,1
Jahre



Frühjahr 2022
53,8
Jahre



04/20 bis 03/22
Ø 56
Jahre



MAXIMUM
216
Tage

Immunstatus (Impfung oder Genesung) Stationäre Covid-19-Fälle

Zeitraum Oktober 2021 bis März 2022

Covid-19 Fälle sind definiert als positive SARS-CoV-2 PCR-Befunde beziehungsweise einer dokumentierten Sekundärdiagnose U07.1. Immunschutz ist definiert als geimpft oder genesen. Valide Daten zur Erfassung des Schutzstatus sind seit Oktober 2021 verfügbar.



ungeschützt
851 Fälle
51,9 %



infiziert trotz
Immunschutz
491 Fälle
29,9 %

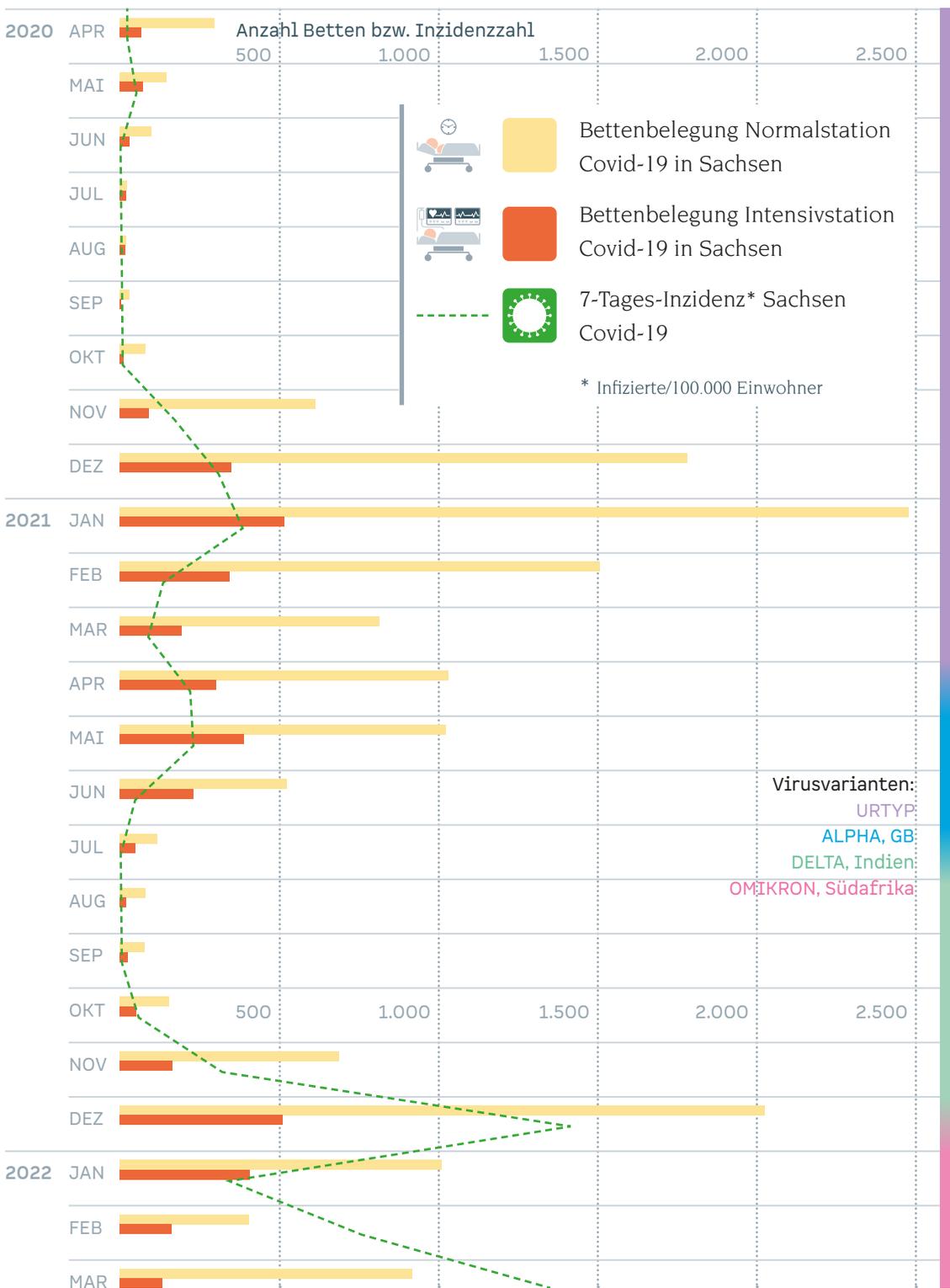


nicht
vorliegend
298 Fälle
18,2 %

Pandemiemanagement

Stationäre Versorgung von Covid-19-Kranken in Sachsen

April 2020 bis März 2022



Durchschnittliche Bettenbelegung in Sachsen mit
Covid-19-Patientinnen und -Patienten (pro Tag)
April 2020 bis März 2022

NORMALSTATION



April 2020 bis März 2021

2.480 Maximum
(01/2021)

20 Minimum
(08/2020)

659 im Durchschnitt

April 2021 bis März 2022

2.028 Maximum
(12/2021)

78 Minimum
(09/2021)

672 im Durchschnitt

INTENSIVSTATION



April 2020 bis März 2021

516 Maximum
(01/2021)

5 Minimum
(09/2020)

144 im Durchschnitt

April 2021 bis März 2022

511 Maximum
(12/2021)

20 Minimum
(08/2021)

204 im Durchschnitt

Dresdner Informations- und Prognosetool für Erkrankungsverlauf und Bettenauslastung in Sachsen

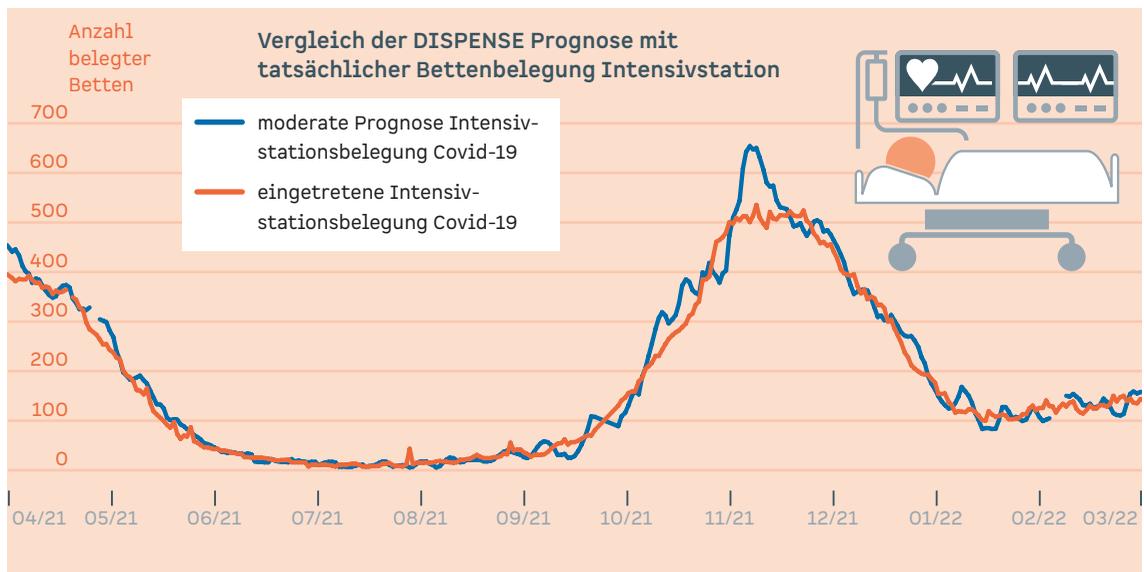
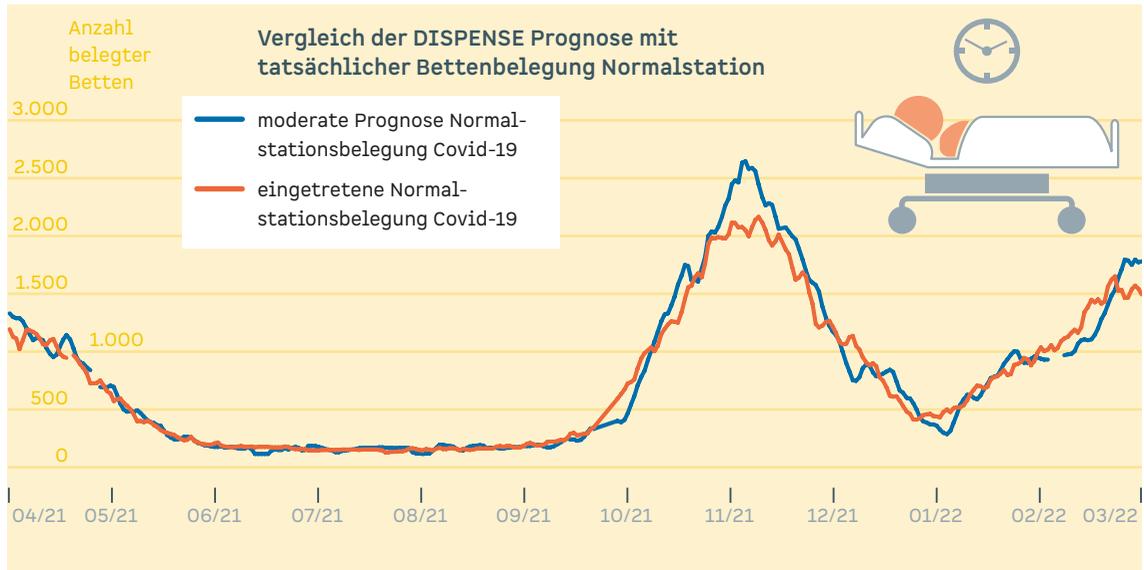
Die Entwicklung des „Dresdner Informations- und Prognosetools für Erkrankungsverlauf und Bettenauslastung in Sachsen“ (DISPENSE) wurde bereits 2020 in den ersten Wochen der Pandemie initiiert. Das Tool ermöglicht es, die Anzahl schwerer Corona-Verläufe, die einer stationären Behandlung bedürfen, vorherzusagen.

Basis für die auf Landkreisebene zugeschnittene Prognose des Infektions- sowie klinischen Geschehens der Covid-19-Pandemie ist die Analyse eines umfassenden Daten-Sets. Dies ermöglicht eine aktuelle und kleinräumige Prognose des pandemischen Geschehens und erlaubt einen Blick auf die Entwicklung der kommenden 14 Tage.

Pandemiegeschehen vorhersagen

Seit dem Frühjahr 2021 liefert DISPENSE validierte und konsistente Daten, die auch der Politik bei der Planung von Maßnahmen hilfreich waren. Der Vergleich von Prognosezahlen und der tatsächlichen Zahl an Erkrankten hat die Genauigkeit des Instruments bestätigt. Große Abweichungen zwischen den beiden Verlaufskurven belegen die Wirksamkeit der auf der Basis der DISPENSE-Daten ergriffenen Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung. So ließ sich eine Überbelastung der Krankenhäuser in Sachsen verhindern. _

Wie DISPENSE funktioniert – Prognose für Sachsen April 2021 bis März 2022



Kapazitäten steuern und Maximalversorgung sichern
 April 2020 bis März 2022

**Zentrale Krankenhausleitstelle (KLS)
 Dresden/Ostsachsen**

Volumen seit März 2020



34.377
 Anrufe

darunter u.a.

22.257	Dispositionen
8.797	Anfragen
1.270	Nachmeldungen (DISPENSE)
517	Fachberatungen

120 
 Anrufe durchschnittlich
 pro Tag in der Hochphase

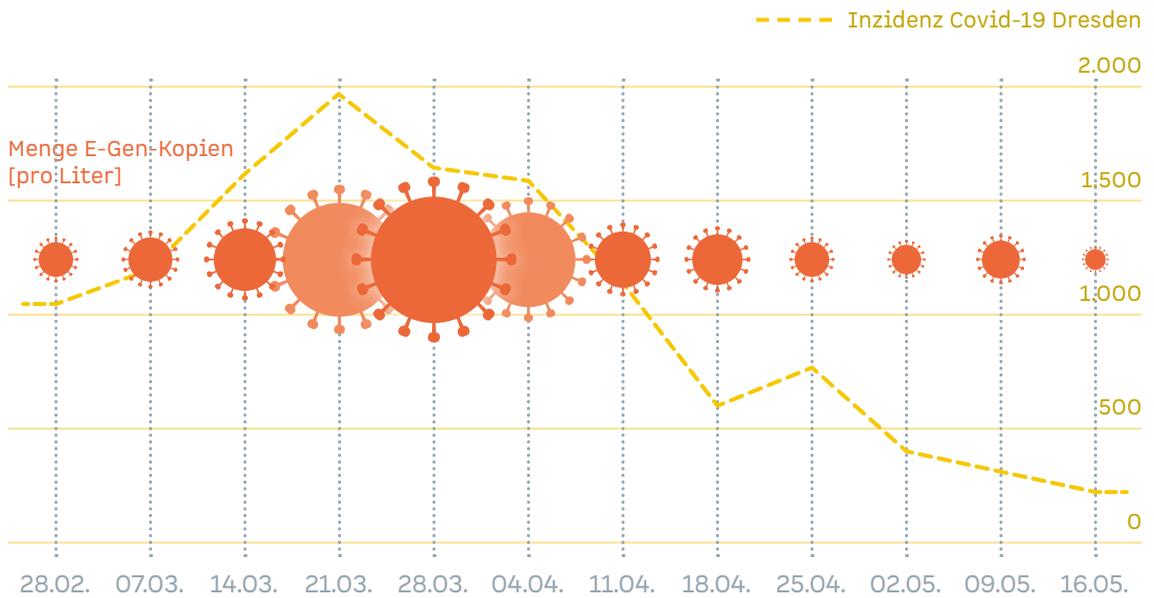
96 
 Clusterkonferenzen

Im Auftrag des Freistaats Sachsen hat das Dresdner Uniklinikum die „Zentrale Krankenhaus-Leitstelle Corona Dresden/Ostsachsen“ konzipiert und etabliert. Seit dem Frühjahr 2020 hat sie die Belegung aller 36 Krankenhäuser sowie acht Rehakliniken der Region mit insgesamt rund 6.500 Betten – darunter 288 Intensivbetten – koordiniert. In das zentrale Vergabesystem wurden zudem alle fünf Rettungsdienstbereiche, die beiden integrierten Regionalleitstellen Dresden und Ostsachsen sowie alle Ärztlichen Leiter der Rettungsdienste einbezogen. Die Leitstelle sorgte dafür, dass hospitalisierungspflichtige Patientinnen und Patienten mit SARS-CoV-Infektion zu jeder Zeit stationär versorgt werden konnten.



Dieses konzertierte Vorgehen stellte sicher, dass die Patientinnen und Patienten jeweils in das Krankenhaus eingeliefert wurden, welches sie am besten behandeln konnte. So wurden Überbelegungen einzelner Kliniken verhindert. _

SARS-CoV-2-Abwassermonitoring 28. Februar bis 16. Mai 2022



Messzeitpunkt. Valide Daten aus dem Abwasser-Monitoring sind seit dem Frühjahr 2022 verfügbar.

Lücke schließen in Zeiten geringer Testzahlen

Das Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung Leipzig und die Hochschulmedizin Dresden haben im Frühjahr 2020 als erste in Deutschland gemeinsam mit Kläranlagenbetreibern ein SARS-CoV-2-Monitoring des Abwassers begonnen und dieses kontinuierlich ausgebaut. Das Ziel: Valide Aussagen zur tatsächlichen Anzahl an Infizierten. Darunter sind auch diejenigen, die aufgrund milder Verläufe oder anderer Gründe nicht getestet und gemeldet sind.

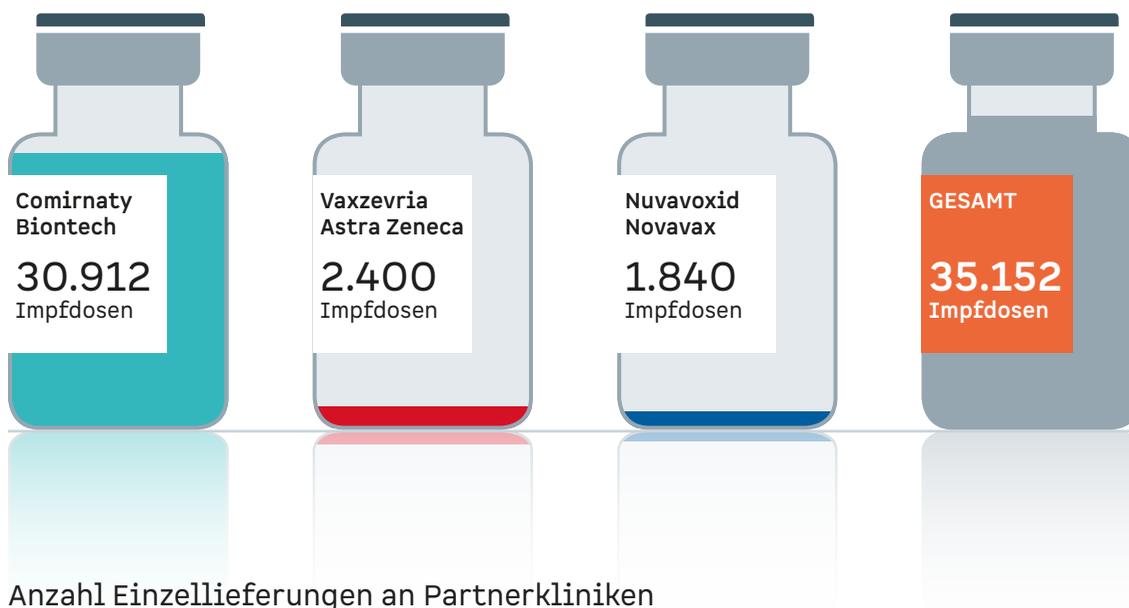
Dabei galt es geringste Konzentrationen an Viren und RNA zuverlässig in den Abwasserproben zu erfassen. Die Empfindlichkeit herkömmlicher Nachweisverfahren reichte nicht aus, um die im Abwasser stark verdünnten und nicht mehr infektiösen SARS-CoV-2-Viren zu detektieren. Zusammen mit dem Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie des Dresdner Uniklinikums wurde deshalb ein empfindliches, für die Hochdurchsatzanalytik geeignetes Analyseprotokoll entwickelt. Mathematische Modelle aus dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Hochschulmedizin Dresden machen aus den Ergebnissen einen nutzbaren, und ins Prognosetool DISPENSE integrierbaren Datensatz.

Das Abwasser-Monitoring ist in Zeiten niedriger Testzahlen beziehungsweise einer hohen Zahl milder Krankheitsverläufe ein zusätzliches Werkzeug zum verbesserten epidemiologischen Monitoring der Pandemie. —

Impfen am Universitätsklinikum Dresden Dezember 2020 bis März 2022

Ende 2020 standen in Deutschland die ersten Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 bereit. Das Universitätsklinikum Dresden begann gleichzeitig mit der Impfung seiner Mitarbeitenden. Im Rahmen der hausintern festgelegten Reihung wurden zuerst die Mitarbeitenden der Covid-Bereiche geimpft – von der Reinigungskraft bis zum leitenden ärztlichen Personal. Zudem engagierte sich das Dresdner Uniklinikum bei der Verteilung der vom Freistaat Sachsen bereitgestellten, aufgrund der starken Kühlung bei -80 °C schwer handhabbaren Impfstoffe, die in mehreren Tranchen zentral an die Klinik-Apotheke geliefert wurden. Die Herausforderung bestand darin, dass die Impfdosen nur begrenzt verfügbar waren und deshalb einer strengen Zuteilung unterlagen. Die Abgabe an die Kliniken erfolgte nach einem durch das Cluster Dresden/Ostsachsen festgelegten Verteilungsschlüssel. _

Anzahl gelieferte Einheiten



Anzahl Einzellieferungen an Partnerkliniken

517

Die hohe Anzahl der Abgaben bei insgesamt elf Lieferungen ans Uniklinikum ergibt sich durch die gleichberechtigte Belieferung aller Kliniken im Cluster Dresden/Ostsachsen. Jede Teillieferung wurde mittels eines Verteilschlüssels auf alle Kliniken aufgeteilt.

Etappen der klinikumsinternen Impfkampagne

-
-  **28.12.2020** Die Corona-Schutzimpfungen am Uniklinikum beginnen. In den ersten Tagen erhalten über 500 Mitarbeitende ihre initiale Impfung.
-
-  **01.04.2021** Als erste Einrichtung in Ostsachsen startet das Dresdner Universitätsklinikum mit der Impfung von besonders schwer betroffenen Erkrankten der Ambulanzen und Stationen. Knapp 3.000 Impfdosen für rund 1.500 Menschen stehen zur Verfügung.
-
-  **01.11.2021** Doppelte Impfung für Mitarbeitende: Zur Gripeschutz-Kampagne bekommen Mitarbeitende auch den Booster (3. Impfung) angeboten.
-
-  **13.11.2021** Prof. Albrecht wirbt in einem Instagram-Video für die wichtige Schutzimpfung und erklärt den Ernst der Lage. Die Anzahl der Infizierten steigt zu diesem Moment sprunghaft. Das Video wird über 30.000 Mal aufgerufen und dutzendfach kommentiert.
-
-  **17.12.2021** Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin beginnt mit der Impfung von Kindern ab einem Alter von fünf Jahren. Geimpft wird nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO.

Vom ultratiefgekühlten Vakzin zur fertigen Spritze

Die Klinik-Apotheke des Universitätsklinikums verantwortete nicht nur die Logistik der Corona-Impfstoffe für das Corona-Cluster Dresden/Ostsachsen, sondern sicherte parallel auch die klinikumsinternen Impfungen ab. Dazu wurden die Impfstoffdosen kontrolliert aufgetaut und durch pharmazeutisches Personal in den Räumen der Apotheke in anwendungsbereite Spritzen aufgezogen. Da die fertigen Spritzen innerhalb von sechs Stunden verabreicht werden müssen, wurde das Vakzin in der Klinik-Apotheke mehrmals täglich termingenau zubereitet. Dies erfordert präzise und genau aufeinander abgestimmte Abläufe bei der Vergabe der Impftermine, dem Aufziehen der Spritzen und dem innerbetrieblichen Transport. _



Ambulante Nachsorge von Covid-19-Betroffenen

Etwa 10 bis 20 Prozent der Covid-19-Genesenen leiden unter Langzeitfolgen nach durchgemachter Erkrankung. Davon fühlen sich über 40 Prozent auch nach längerer Zeit immer noch nicht vollständig gesund. Seit dem Sommer 2020 beobachten Medizinerinnen und Mediziner Personen mit diesen Beschwerden. Dabei wird zwischen Long-Covid und dem Post-Covid-19-Syndrom unterschieden. Bei **Long-Covid** sind die Symptome nach einer Infektion oder Erkrankung auch nach mehr als vier Wochen noch nicht abgeklungen. Beim **Post-Covid-19-Syndrom** bestehen mehr als zwölf Wochen nach der Infektion oder Erkrankung noch immer anderweitig nicht erklärbare Symptome oder es treten neue auf. Eine anhaltende Symptomatik ist nicht zwingend mit dem Schweregrad der initialen Infektion assoziiert. Am Universitätsklinikum beschäftigen sich unterschiedliche Bereiche mit den beschriebenen Symptomen. _

				
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik	Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Medizinische Klinik I	Zentralbereich Klinische Infektiologie (KIF)
Ambulanz des Interdisziplinären Zentrums für Riechen und Schmecken	Psychosomatische Sprechstunde für Menschen mit Covid-19-Spätfolgen	Post- / Long-Covid-Ambulanz	Post-Covid-Ambulanz	Post-Covid-19-Ambulanz
640 Betroffene seit 04/2021	150 Betroffene seit 06/2021	86 Betroffene seit 09/2021	67 Betroffene seit 02/2021	124 Betroffene seit 06/2020

Führende Symptome (alphabetisch):

- Angststörungen
- Atembeschwerden
- Belastungsintoleranz (postexponenzielle Malaise)
- Erkrankungen der Blutgefäße
- Konzentrations-, Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen (Brain Fog)
- Erkrankungen der Lunge
- ausgeprägte Müdigkeit (postvirales Fatigue)
- Erkrankungen des Nervensystems
- Schlafstörungen
- Schmerzen der Brust, Gelenke, Muskeln
- Schwindelgefühl
- Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns

Weiteres Versorgungsangebot des Dresdner Uniklinikums

Integrierte Post-Covid-Versorgung für ältere Menschen im Rahmen der Kooperation zwischen den Fachkliniken für Geriatrie Radeburg und dem Universitätsklinikum Dresden





SYSTEMWECHSEL

MEDIZIN

PANDEMIE
VERSTEHEN

Erstmals in der Geschichte ließ sich ein Virus in kürzester Zeit präventiv und wirksam bekämpfen. Die Effizienz der globalen Kooperation bei der Bekämpfung der Pandemie war beispielgebend. Nun kommt es darauf an, die Strategien lokal und nachhaltig weiterzuentwickeln.

Der Kampf gegen das Coronavirus ist bei allen Einschränkungen auch ein Beleg für die Leistungsfähigkeit der Medizin und des Gesundheitswesens. Die Tatsache, dass es nicht einmal ein Jahr brauchte, um einen hochwirksamen Impfstoff zu entwickeln und in Größenordnungen zu produzieren, ist eine beispiellose Erfolgsgeschichte.

In weniger als zwei Monaten gelang es Virologen im Frühjahr 2020, das Genom des Virus zu sequenzieren und damit – sozusagen „im Handumdrehen“ – eine zielgerichtete Diagnostik zu etablieren. Dieses Tempo hat wesentlich dazu beigetragen, dass die Pandemie nicht in eine weltweite Katastrophe mit vielen Millionen an Todesopfern mündete.

Auch das Dresdner Universitätsklinikum und die Medizinische Fakultät haben sich frühzeitig der nachhaltigen Pandemiebekämpfung verschrieben und in zahlreichen internationalen und regionalen Initiativen ihre führende Rolle in der Gestaltung neuer Versorgungsansätze unter Beweis gestellt.

Dabei spielte der Spirit der Dresdner Hochschulmedizin eine wichtige Rolle: Er hat dazu beigetragen, diese Krise als Chance wahrzunehmen und als Katalysator für Veränderungen zu begreifen. Die positiven Effekte wirken nicht nur regional auf das Versorgungsgebiet des Dresdner Uniklinikums, sondern unterstreichen weit darüber hinaus das exzellente Renommee seiner Beschäftigten.

Erfolge und Misserfolge in zwei Jahren Pandemie

Die tragischen Bilder aus Bergamo und persönliche Kontakte zu dort tätigen Ärztinnen und Ärzten ließen am Universitätsklinikum Dresden den unbändigen Willen wachsen, solche Verhältnisse zumindest im eigenen Versorgungsgebiet mit aller Macht zu verhindern.

Das Team der Hochschulmedizin Dresden übernahm in Zeiten düsterer Prognosen selbstbewusst die Verantwortung dafür, die Krankenversorgung in der Region sicherzustellen.

In kaum einem anderen Bundesland waren die Kliniken durch das Infektionsgeschehen so stark belastet wie im Freistaat Sachsen. Mit großem Engagement und einer einmaligen Kooperation aller Partnerkliniken des Clusters Dresden/Ostsachsen ist es gelungen, die adäquate Versorgung eines jeden Covid-19-Erkrankten in allen Kliniken der Region jederzeit zu gewährleisten, obwohl insgesamt über 34.000 Patientinnen und Patienten versorgt werden mussten. Auf diese Weise ließen sich viele – leider nicht alle – Menschenleben retten, die unter anderen Umständen dem Tod preisgegeben worden wären – so wie in Norditalien, im Elsass, in Madrid oder in New York. Ein Erfolg, dem angesichts der demografischen Voraussetzungen in Sachsen ein besonderer Stellenwert zukommt.

Währenddessen beteiligten sich unzählige Ärztinnen und Ärzte sowie Forschende der Hochschulmedizin Dresden an internationalen Projekten zum Verständnis der Pandemie beziehungsweise initiierten eigene Vorhaben. Damit zeigten sie ihre Entschlossenheit, den nationalen und globalen Kampf gegen das Virus gewinnen zu wollen.

Diese Beherztheit, die Expertise und das Geschick im Krisenmanagement strahlten offenbar auch ohne viele Worte große Überzeugungskraft aus: Der Medizinische Vorstand und auch weitere Expertinnen und Experten des Dresdner Uniklinikums gehörten von der ersten Stunde an zum Stammpersonal der Krisenstäbe des Freistaats und auch der Bundesregierung. Das ist bis heute so geblieben. Trotz dieser in weiten Teilen positiven Bilanz gab und gibt es weiterhin Defizite bei der Bewältigung dieser Pandemie. Hierfür nun nach Schuldigen zu suchen, ist der falsche Weg. Denn keiner der Verantwortlichen hatte Erfahrungen mit einem pandemischen Geschehen dieses Ausmaßes.

Der erfahrenen und leistungsfähigen Intensivmedizin war es zu Beginn der Pandemie in vielen Fällen nicht möglich, das Leben der zumeist betagten Patientinnen und Patienten zu retten. In den ersten Monaten kämpften die Klinikteams mit hohem persönlichen Risiko, einem minimalen und oft improvisierten Eigenschutz um das Leben dieser Patienten. Jeder, der trotz größten Engagements gestorben ist, hinterlässt tiefe Spuren im Gedächtnis des ärztlichen und pflegerischen Personals. Diese Narben werden viele der Beteiligten wohl ein ganzes Leben lang begleiten.

Großen Einsatz zeigten auch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Hintergrund eine sichere und zuverlässig funktionierende Krankenversorgung gewährleisteten. Mit dem Beginn der Pandemie im März 2020 gab es nahezu keine standardisierten Testverfahren. Die Virologie des Dresdner Uniklinikums baute diese Diagnostik mit Unterstützung des Robert-Koch-Instituts eigenständig und zunächst händisch auf. Dank hoch motivierter Laborteams und mit tatkräftiger Unterstützung von Mitarbeitenden anderer Labore der Hochschulmedizin gelang es, die rasant steigende Zahl an PCR-Tests zu bewältigen. Mittlerweile stellen täglich 1.000 Tests mit einer Umlaufzeit von nur wenigen Stunden kein Problem mehr dar. Damit ist das Dresdner Uniklinikum sehr gut aufgestellt. Die Innovationskraft der Zusammenarbeit wirkt nachhaltig und weit über die Pandemie hinaus. So profitieren nun auch Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen wie beispielsweise HIV oder Hepatitis von den angepassten innovativen Abläufen.

Ohne Frage waren viele der unmittelbar an der Bewältigung der Pandemie Beteiligten bisweilen selbst unzufrieden über Vielfalt und Geschwindigkeit der Veränderungen und die notwendigen Einschränkungen im beruflichen wie privaten Alltag. – Dennoch haben sie zum Wohle jedes einzelnen aber auch der Gesellschaft insgesamt entschlossen gehandelt und begegneten den Herausforderungen der Pandemie mit größtem Engagement. Auch deshalb erscheint der Mehrzahl der in der Krankenversorgung Tätigen die in der hiesigen Bevölkerung verbreitete Skepsis bis zur Negierung der Erkenntnisse über Covid-19 unverständlich.

Aus den Fehlern lernen

Die Aussicht auf eine wirksame Impfung schien für die Bevölkerung der Strohalm zu sein, an den sich alle klammern konnten. Mit Verfügbarkeit der ersten Impfdosen übernahm das Universitätsklinikum die Verteilung an die Partnerkliniken der Region. Als Ende Dezember 2020 die ersten Impfdosen eintrafen, fiel umgehend der Startschuss, um in einer groß angelegten Impfkation die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschulmedizin zu immunisieren. Das Vertrauen der Belegschaft in die hochmodernen Therapeutika war und ist ungebrochen.

Die Enttäuschung über die handwerklichen Fehler in der Gesundheitskommunikation gegenüber der Bevölkerung stellten das Vertrauen der Klinikumsbelegschaft in die Politik wiederholt auf die Probe. Es ist der Politik nicht gelungen, die Bürger gezielt mit Informationen zu versorgen, um den Stellenwert dieser Immunisierung fest im Bewusstsein der Menschen zu verankern. Ebenso mussten die Teams der Dresdner Hochschulmedizin resignierend feststellen, dass die politisch ungesteuerte Kommunikationskampagne die mangelnde Akzeptanz der weiterhin notwendigen Schutzmaßnahmen beförderte. Die Kakophonie an Informationen verunsicherte die Menschen, gab ihnen ein Gefühl der Hilflosigkeit und säte am Ende Misstrauen und auch Ablehnung.

Rückblickend wirken die klaren,
teils mahnenden Worte
der Hochschulmedizin, flankiert
durch breite Informationskampagnen
der regionalen Krankenhäuser,
einmal mehr richtungsweisend.

Während bundesweit Inzidenzen, Hospitalisierungsindices und andere Parameter als Entscheidungsgrundlagen dienten, erfolgte die politische Steuerung des Infektionsschutzes in Sachsen auf Grundlage von Konzepten der Expertinnen und Experten der Hochschulmedizin Dresden. Kriterien waren die tatsächliche Belastung der Krankenhäuser. Diese Zahlen fanden auch in der skeptischen Bevölkerung Akzeptanz.

Dass im Zeitverlauf ein abnehmender Impfschutz, vorhersehbare Impfdurchbrüche und später steigende Zahlen an Reinfektionen bei immunisierten Menschen auftreten, war allen Expertinnen und Experten klar. Die Gefahren überzeichnender, unzureichender, ungesteuerter politischer Kommunikationsaktivitäten in der Krise wurden vielerorts unterschätzt. Aus der darüber empfundenen Enttäuschung kann sich – verbunden mit einem Anstieg an Impfskeptikerinnen und -skeptikern – eine Dynamik entwickeln, die möglicherweise die Pandemie verlängert. Was genau im Herbst und Winter 2022 passieren wird, lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht jedoch nicht seriös vorhersagen.

Entscheidend ist nun, dass sich die Fehler der vergangenen Jahre nicht wiederholen.

So darf die Infektionsdynamik des Corona-Virus' keineswegs vorrangig als bundesweit einheitliches Geschehen beobachtet und beschrieben werden. Es gibt nicht „die eine Welle“, sondern Entwicklungen, die nicht einmal in Sachsen einheitlich sind und waren. Deshalb ist es wichtig, künftig das Beobachten des pandemischen und endemischen Geschehens sowie das eingesetzte Instrumentarium regional zu steuern. Die Verläufe in den drei sächsischen Clustern haben gezeigt, dass dieses Vorgehen sehr erfolgreich ist und keiner zentralistischen Steuerung bedarf. Das partnerschaftliche, auf Freiwilligkeit beruhende Miteinander aller Krankenhäuser des Freistaats ist ein überzeugender Beleg für diese Form des Pandemiemanagements, das Vorbild für andere Bundesländer, aber auch andere Bereiche sein sollte.

Die fünf größten Fehler in der Pandemiebekämpfung

- **Pandemien lassen sich nicht aus zentralistischer Perspektive bekämpfen. Es braucht einen Blick auf regionale Besonderheiten.**

Die gesamtdeutschen Zahlen eignen sich nicht, um daraus verlässliche Trends ableiten zu können. Bundesweite Durchschnittswerte geben keinen validen Aufschluss über das pandemische regionale Geschehen. Durch die zeitverzögerte Erfassung der bundesweiten Klinikkapazitäten lässt sich die stationäre Versorgung der Covid-Patientinnen und -Patienten nicht erfolgreich steuern.

- **Der Verzicht auf eine fundierte Prognose der pandemischen Lage und der Klinikkapazitäten hat die Versorgung unnötig erschwert und verteuert.**

Die Option auf ein System wissenschaftlich fundierter Prognosen wird bis auf wenige Ausnahmen weiterhin nicht genutzt, obwohl heute – anders als noch in den ersten Monaten der Pandemie – belastbare Daten verfügbar sind. Die ungleich ausgelasteten Krankenhauskapazitäten haben zu unnützen Leerständen und überproportional hohen Absagen elektiver Behandlungen geführt. Resultat sind trotz der Ausgleichszahlungen aufgelaufene Finanzdefizite der Krankenhäuser, die Minderversorgung von Non-Covid-Patientinnen und -Patienten sowie Misstrauen in der Bevölkerung.

- **Defizite beim öffentlichen Gesundheitswesen haben die Situation in den Pandemiewellen weiter verschärft.**

Die schlechte personelle Ausstattung der Gesundheitsämter wurde durch deren nur rudimentäre Digitalisierung in vielen Bundesländern weiter verschärft. Ein stets aktueller Datenstand zu den Infektionen ist auch zwei Jahre nach Ausbruch der Pandemie ebenso wenig vorhanden wie eine effiziente Nachverfolgung und damit vor allem Unterbrechung der Infektionsketten. Die starke Zergliederung des öffentlichen Gesundheitswesens auf der kommunalen Ebene verhindert insbesondere in den Flächenbundesländern ein konzertiertes Vorgehen bei einem sich verschärfenden Infektionsgeschehen. Deshalb wurde und wird in den Kommunen nach wie vor zu bürokratisch, zeitverzögert und unentschlossen agiert.

- **Das wenig klare und entschlossene Agieren der Verantwortlichen hat allgemein zur mangelnden Akzeptanz der Anti-Corona-Maßnahmen beigetragen.**

Auch nach zwei Jahren Corona-Pandemie gibt es auf Bund-Länder-Ebene kein adäquates Vorgehen, das den regionalen Gegebenheiten Rechnung trägt. Die Kompetenzstreitigkeiten und die damit in vielen Aspekten unklaren Regelungen verunsichern die Menschen und verhindern, dass sie sich ein realistisches Bild der Lage machen können.

Es fehlt nach wie vor an klaren, leicht nachvollziehbaren und auch durchsetzbaren Regelungen beim Infektionsschutz. Hinzu kommt der inflationäre Gebrauch an Vorhersagen, die im Wesentlichen Ausdruck politischen Taktierens sind und häufig jeder wissenschaftlichen Basis entbehren. Es kommt der Eindruck auf, dass zunehmend versucht wird, die Pandemie in Talkshows zu bekämpfen anstatt mit innovativen, aber vor allem nachhaltigen, belastbaren Konzepten.

Insbesondere bei den Impfkampagnen haben es viele Bundesländer versäumt, aktiv und empathisch auf die Menschen zuzugehen. Das hat die Impfskepsis befeuert und den Boden für die Kräfte bereitet, die aus dieser Thematik politisches Kapital schlagen.

- **Bei der Bekämpfung der Pandemie fehlt es nach wie vor an der notwendigen Lernkultur und an Impulsen zu Kehrtwenden in der Gesundheitspolitik.**

Für viele der Herausforderungen gibt es Erfolg versprechende Lösungen. Doch auch die Pandemie scheint für die Gesellschaft nicht bedrohlich genug zu sein, um sie als Katalysator für eine Erneuerung des Systems zu nutzen. Viele Verantwortliche verschanzen sich hinter den Gegebenheiten des Gesundheitswesens und sind trotz Finanznöten, Personalmangel oder Unterversorgung nicht bereit, im Sinne des Gemeinwesens forciert neue Lösungen zu entwickeln und umzusetzen.

SYSTEMWECHSEL

**KRANKENVERSORGUNG
NEU DENKEN**



**Der aktuellen Situation mit neuen
Management-Paradigmen begegnen**

Die Klinikumsvorstände

Professor Michael Albrecht und Frank Ohi

im Gespräch mit

Rainer Striebel, AOK PLUS-Vorstandsvorsitzender

Die Transformation der Pandemie zur gut zu managenden Epidemie erscheint für viele das so oft bemühte Licht am Ende des Tunnels. Gilt dies auch für die Hochschulmedizin Dresden?

Michael Albrecht → Leider nicht. Zu der Pandemie und ihren Folgen kommt nun der Ukraine-Krieg mit einem enormen Anstieg der Energiepreise und der Materialknappheit. Das belastet nicht nur uns, sondern auch alle anderen Krankenhäuser – und das gleich doppelt: Die eigenen Kosten steigen und die öffentlichen Haushalte stehen vor der Herausforderung, dass diese erneute Krise die ohnehin schon angegriffene finanzielle Lage mittelfristig weiter beeinträchtigen wird. Deshalb befürchten wir, dass es für uns noch schwerer wird, mithilfe selbst erwirtschafteter Mittel dezidiert in die Zukunft zu investieren.

Wie stellt sich die postpandemische Situation für die AOK PLUS und die Krankenkassen ganz allgemein dar?

Rainer Striebel → Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist in einer schwierigen finanziellen Lage. Die Ausgaben steigen weiter deutlich und die Einnahmen können nicht Schritt halten. Die Pandemie und der Krieg in der Ukraine haben das Problem, das schon vorher existierte, noch zusätzlich verschärft. Wir sprechen aktuell von einem Defizit von rund 17 Milliarden Euro für das kommende Jahr.

Hauptursache sind die Ausgabensteigerungen, die in der vorangegangenen Legislaturperiode mit Jens Spahn als Gesundheitsminister beschlossen wurden, wie zum Beispiel das „Terminservice- und Versorgungsgesetz“, das zusätzliche Kosten verursacht, aber den Patientinnen und Patienten kaum eine Verbesserung der Versorgung gebracht hat.

Darüber hinaus gibt es längst überfällige Reformen, wie zum Beispiel die der Notfallversorgung, der notwendigen Regulierung im Arzneimittelmarkt, aber auch die Reform der bundesweiten Krankenhausstruktur, die länger auf sich warten lassen.

Welchen Stellenwert haben Investitionen für das Universitätsklinikum und wo liegen die Schwerpunkte?

Frank Ohi → Die notwendigen Investitionen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Einmal sind wir mit einem Modernisierungstau von derzeit rund 120 Millionen Euro konfrontiert. Großgeräte und vor allem die IT-Infrastruktur sind oft bereits nach drei bis fünf Jahren veraltet und müssten ausgetauscht werden. Für das Uniklinikum bedeutet dies einen jährlichen Investitionsbedarf von etwa 40 Millionen Euro. Zusätzlich benötigt gerade die Hochschulmedizin Dresden finanzielle Mittel, um neue Felder in der Krankenversorgung und Forschung erschließen zu können. Diese Investitionen in Neubauten und Großgeräte dürfen nicht als Extra gesehen werden, sondern haben denselben hohen Stellenwert wie die standardmäßige Ersatzbeschaffung. – Wir müssen den Kurs der vergangenen 20 Jahre fortsetzen.

Michael Albrecht → Begonnen hat die Entwicklung mit vier Großgebäuden der Krankenversorgung – angefangen mit dem Chirurgischen Zentrum, das 2019 mit einem ähnlich großen Neubau erweitert wurde, dem Kinder-Frauzentrum sowie dem Diagnostisch-Internistisch-Neurologischen Zentrum. Der Bau der Protonentherapieanlage und der beiden Häuser für das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden waren weitere Investitionen, die das Profil der Hochschulmedizin Dresden auch infrastruktureseitig geschärft haben. Dies wird mit dem gerade fertiggestellten Zentrum für Metabolisch-Immunologische Erkrankungen und Therapie-technologien Sachsen sowie dem im Bau befindlichen Zentrum für Seelische Gesundheit und weiteren Räumen für das Else Kröner Fresenius Zentrum für Digitale Gesundheit fortgesetzt. Nur so ist es möglich, unsere führende Rolle in Deutschland in bestimmten Profilen halten und in dem über die Grenzen Deutschlands hinaus geltenden harten Wettbewerb weiter bestehen zu können.

Durch die Pandemie kamen die politischen Aktivitäten in vielen Bereichen zum Erliegen. Trotz der Omnipräsenz der Gesundheitsminister in den Jahren der Corona-Krise ist bei den dringend notwendigen Reformen im Gesundheitswesen nichts geschehen. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Frank Ohi → Durch Corona hat sich der Reformstau noch weiter vergrößert – nicht nur für die Universitätsklinika, sondern für alle Krankenhäuser in Deutschland. Deshalb muss die im Koalitionsvertrag festgeschriebene Strukturreform in der stationären Krankenversorgung im Mittelpunkt aller gesundheitspolitischen Aktivitäten stehen. Mit einer besseren Planung und Finanzierung der Krankenhäuser soll es unter anderem gelingen, die Ressourcen effizienter auszuschröpfen, um die chronischen Nöte der Krankenhäuser aller Versorgungsstufen zu beenden.

Michael Albrecht → Bei den jetzt aufkommenden Diskussionen sollten wir von den üblichen Konfrontationen partikularer Interessen abrücken. Wenn es den einzelnen Akteuren vor allem darum geht, ein Regularium durchzusetzen, das ihnen das größte Stück vom Kuchen sichert, ist das Vorhaben von vornherein zum Scheitern verurteilt. Diese Vorgehensweise zeugt von altem Denken und hat bereits bei den früheren Reformversuchen nicht funktioniert. Vielmehr muss es darum gehen, einen Modus zu finden, bei dem alle Beteiligten ihre Aufgabe gut und vor allem wirtschaftlich auskömmlich erfüllen können.

Rainer Striebel → Das kann ich nur unterstreichen. Wir haben es in Sachsen Anfang der 90er-Jahre geschafft, mit einer gemeinsamen und vorausschauenden Planung und Investitionsfinanzierung eine robuste Krankenhauslandschaft zu schaffen. Im Bundesvergleich gehören die sächsischen Krankenhäuser wirtschaftlich zu den Stärksten, doch die wirtschaftlichen, investiven, personellen und letztlich auch qualitativen Probleme machen sich mehr und mehr bemerkbar. Eine Reform der stationären Versorgung ist dringend notwendig. Und doch sollte das Gesundheitssystem als Ganzes in den Blick genommen werden. Im europäischen Vergleich haben wir eine Menge Reserven. Allein die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erhöht. Hier sollten auch den Krankenhäusern neue Perspektiven eingeräumt werden, insbesondere, wenn sie für die stationäre Versorgung nicht mehr im bisherigen Umfang notwendig sind. Die Krankenhäuser auf dem Land sind wichtige Partner im Gesundheitssystem, vor allem für die wohnortnahe Grundversorgung. Es gibt viele gute Ideen, kleinere Krankenhausstandorte künftig auch für die ambulante Versorgung zu nutzen, zum Beispiel als Gesundheitszentren. Die Kliniken können als Anlaufpunkt dienen, an dem Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegepersonal und weitere Berufsgruppen angeschlossen sind. Als Gesundheitszentren sind sie für die Bevölkerung gut erreichbar, sichern eine wohnortnahe Notfallversorgung und verfügen über eine begrenzte Anzahl von Betten. Die veränderte Arbeitswelt, das auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften deutliche Bestreben, Arbeit und Familie besser zu vereinbaren, verlangt neue Perspektiven. Gespräche in vielen Regionen zeigen, wie groß der Bedarf ist, flexiblere Arbeits- und Versorgungsmodelle zu ermöglichen. Wir setzen uns hier für eine bundesrechtliche Regelung ein, die im Rahmen der Krankenhausreform umgesetzt werden kann.

Wie sollte nach Ihren Vorstellungen die Politik vorgehen, um diesmal die Erfolgchancen der anstehenden Reformen zu erhöhen?

Michael Albrecht → Oberster Maßstab für ein zukunftsweisendes Konzept sollte die Frage sein, was das Beste für den einzelnen Menschen und dann für das gesamte Gesundheitswesen ist. Dieses Motiv begleitet das Dresdner Uniklinikum beim Aufbau der regionalen Netzwerke bereits seit Jahren. Wir wissen, dass das Vertrauen unter den Krankenhäusern entscheidend ist, auch wenn es im Detail weiterhin Konkurrenzverhältnisse gibt und geben wird. Begründet ist dies nicht. Denn unser Ansatz besteht darin, andere Häuser mit unserer Expertise zu unterstützen – das kann anderen Regionen durchaus als Blaupause dienen. Bei der Konzeption von Netzwerken haben wir die kooperierenden Häuser stets mitgenommen und gemeinsam neue Lösungen ausprobiert. Auf diese Weise konnte und kann sich jeder Partner in den Netzwerkstrukturen wiederfinden.

Frank Ohi → Mit dieser Vorgehensweise können wir verhindern, dass die Akteure der jeweils höheren Versorgungsstufe eine Verteilmacht zu Ungunsten der in der Hierarchie jeweils untergeordneten Krankenhäuser ausüben. Vielmehr erkennen wir durch unser Tun insgesamt an, dass jedes Haus mit dem finanziellen Druck zurechtkommen muss, der auf allen Beteiligten lastet und den wir mit neuen Lösungen wirksam abfedern können.

Rainer Striebel → Den Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, ist der absolut richtige Weg. Wir haben in Deutschland ein System der gestuften Versorgung – wohnortnah wird eine Notfall- und Grundversorgung gewährleistet. Spezielle Behandlungen werden an wenigen, besonders qualifizierten Krankenhäusern erbracht. An dieses System glaube ich auch weiterhin. Es muss aber über Kooperationen und Netzwerke eine stärkere Ordnung erhalten. Regional können Leistungsbereiche dem Bedarf entsprechend verteilt werden – dass nicht mehr jedes Krankenhaus alles machen kann, ist auch angesichts der Fachkräftesituation klar. Aber über verbindliche Kooperationen und Vernetzung, wie Sie sie beschreiben und heute schon leben, steht den Patientinnen und Patienten fachliche Expertise überall offen.

Bei der Pandemie wirkten die von einer überalterten Bevölkerung und dem hohen Anteil an chronisch Kranken geprägten Verhältnisse in Sachsen wie ein Brennglas. Jetzt kommt noch der Faktor der bundesweit niedrigsten Impfquote hinzu. Was bedeutet das für den weiteren Verlauf der Pandemie?

Michael Albrecht → Mir ist es wichtig zu sagen, dass geringe Impfquoten und die Skepsis gegenüber den Pandemiemaßnahmen keine typisch sächsischen Phänomene sind, sondern der Bevölkerungsstruktur zum Beispiel in den Unterschieden zwischen Stadt und Land sowie der politischen Konstellation entsprechen. Ungeachtet dessen dürfen Öffentlichkeit und Politik nirgendwo in Deutschland auch dann das Corona-Virus nicht aus dem Blick verlieren, wenn es endemisch wird. Um frühzeitig gegensteuern zu können, muss es deshalb weiterhin ein regional aufgesetztes Monitoring des Infektionsgeschehens geben. Jedoch lassen sich neue Infektionswellen weder durch zeitnah gemeldete Infektionszahlen und nur eingeschränkt durch das Screening des Abwassers auf Viruspartikel vollständig verhindern. So bleibt zu hoffen, dass die Menschen eigenverantwortlich handeln und sich in allen Situationen schützen, in denen die Infektionsgefahr ansteigt. Auch sollte jeder so einsichtig sein, dass er sich beim Aufkommen von Symptomen sofort testet und freiwillig einen Mund-Nasen-Schutz verwendet. Hier müssen wir kontinuierlich Aufklärungsarbeit leisten. Mit Blick auf die deutlich zu niedrige Impfquote dürfen wir den Sommer nicht vertrödeln, sondern müssen weiterhin für die dringend notwendige Immunisierung werben, nachdem die generelle Impfpflicht leider gescheitert ist.

Frank Ohi → Wichtig ist zudem, dass die Landesregierung bei steigenden Infektionszahlen entsprechende Regelungen schneller als bisher wieder in Kraft setzt, um eine neue Welle frühzeitig zu dämpfen. Wie in den vergangenen beiden Jahren steht die Expertise der Hochschulmedizin Dresden dem Freistaat und auch dem Bund jederzeit zur Verfügung.

Rainer Striebel → Die Pandemie hat letztlich viele Probleme, die wir vorher schon hatten, überdeutlich gemacht – im Gesundheitswesen genauso wie in anderen Bereichen. In Bezug auf das Gesundheitswesen meine ich damit zum Beispiel das tradierte Nebeneinander von ambulanter und stationärer Versorgung, den Mangel an Fachkräften oder die Rückstände bei der Digitalisierung. Wir agieren in Deutschland zu oft nach herkömmlichen Mustern und finden nur schwer dort heraus – ob das bei der Schulpolitik ist oder im Gesundheitswesen. Zentralismus ist einerseits oft hinderlich für kreative Projekte und Entscheidungen in den Regionen. Andererseits war die Kakophonie der Akteure in vielen Situationen der Pandemie oft Auslöser von Missverständnissen und Unmut bei den Menschen, deren Verstehen, solidarisches Agieren und Geduld man aber braucht. Politik sollte nicht populistisch agieren, sondern sich immer auf Faktenkenntnis und Expertenwissen stützen.

Was empfehlen Sie bezüglich der Lockerungen beziehungsweise der Schutzmaßnahmen?

Michael Albrecht → Als Krankenhaus der Maximalversorgung gehen wir den in vielen Bereichen aufkommenden Leichtsinn nicht mit. Die Patientinnen und Patienten, die sich uns anvertrauen, benötigen nach wie vor den höchsten Schutz. Deshalb wird es beispielsweise bei den Besuchsregelungen auch künftig bestimmte Einschränkungen geben. Die Pflicht, einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, besteht ebenso weiter.

Frank Ohi → Auch wenn von den aktuellen Virus-Varianten nicht mehr dieselben Gefahren ausgehen wie beispielsweise von der Delta-Variante, gefährden klinikumsinterne Ausbrüche nicht nur besonders vulnerable Menschen. Vielmehr wirkt sich eine höhere Zahl an Infektionen in der Klinikumsbelegschaft unmittelbar auf die Kapazitäten in der Krankenversorgung und damit auch auf die Erlössituation des Uniklinikums aus.

Mit dem Frühjahr sank auch am Uniklinikum die Zahl der stationären Covid-19-Fälle. Inwieweit lässt sich nun der Stau an aufgeschobenen Elektivbehandlungen auflösen?

Michael Albrecht → Die von den Medien kolportierte Schwarz-weiß-Malerei hat es so nicht gegeben. Nicht alle Kliniken und Bereiche am Uniklinikum stehen vor dem Problem, große Wartelisten abarbeiten zu müssen. Und das Abebben der letzten Corona-Welle führt auch nicht dazu, dass wir überall die Bettenkapazitäten voll auslasten können. Das hängt stark davon ab, ob die jeweiligen Personalkapazitäten verfügbar sind.

Frank Ohi → Während der Pandemie sind wir in der Regel auf Sicht gefahren. Das heißt, dass wir täglich auf die Betten- und Personalkapazitäten geschaut haben, um die Auslastung so zu steuern, dass wir die Aufgaben in der Krankenversorgung so gut wie möglich erfüllen konnten. Diese Flexibilität ermöglicht es uns nun, verstärkt die Kliniken zu unterstützen, in denen besonders viele Elektivpatientinnen und -patienten auf ihre Behandlung warten.

Die in den beiden vergangenen Jahren im Uniklinikum aufgelaufenen pandemiebedingten Erlöseinbrüche lassen sich nicht vollständig kompensieren. Wie gehen Sie mit dieser Situation um?

Michael Albrecht → Unsere Antwort ist es, die Personaldecke weiter aufzustocken, um so unsere Leistungsfähigkeit gezielt ausbauen zu können. Damit erhöhen wir unsere Flexibilität, um mit größter Schnelligkeit auf die sich stetig verändernde Situation reagieren zu können. Wir sind dabei, uns einen Vorsprung zu erarbeiten. Dabei geht es nicht allein darum, neue Mitarbeitende zu gewinnen. Vielmehr investieren wir auch in die Aus- und Fortbildung des bestehenden Personals. Auf diese Weise können wir unsere Mitarbeitenden enger an unser Haus binden. Wer immer noch glaubt, dass dies vor allem eine monetäre Frage ist, der irrt. Dazu sind die Vergütungsunterschiede in den verschiedenen Häusern zu gering.

Obwohl die Krankenhauslandschaft in Sachsen deutlich besser aufgestellt ist als in vielen anderen Flächenbundesländern, hat die Pandemie die wirtschaftliche Situation weiter verschlechtert. Welche Lösungsansätze sehen Sie, um die stationäre Krankenversorgung im Freistaat zukunftsfest zu machen?

Rainer Striebel → Sachsen ist aufgrund seiner Demografie stärker und früher vom Fachkräftemangel betroffen gewesen als beispielsweise die alten Bundesländer. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in Sachsen – wir haben 800.000 Einwohner weniger als 1990 – wird sich der Fachkräftemangel weiter zuspitzen. Ein Drittel des Personals in sächsischen Krankenhäusern wird bis 2035 in Rente gehen. Das betrifft über 18.000 Vollzeitstellen. Wir wissen heute schon, dass diese nicht alle nachbesetzt werden können. Deshalb ist es wichtig, die Krankenhauslandschaft in Sachsen insgesamt weiterzuentwickeln. Wir müssen die Strukturen zukunftsfest machen. Dabei stehen für uns Patientenorientierung, Leistungsfähigkeit, Vernetzung und Digitalisierung im Vordergrund. Im letzten Jahr hat unter Leitung des Staatsministeriums für Soziales ein intensiver Diskussionsprozess stattgefunden, der sich mit der Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft befasst hat. Das entstandene Zielbild beschreibt Kriterien, unter denen die Versorgungslandschaft gestaltet werden soll. Dieses Bild soll für die Krankenhausplanung des Freistaates eine Orientierung geben: Ziele sind eine abgestimmte, an regionalen Bedarfen orientierte, gestufte Versorgung; Qualitätsvorgaben für eine hochwertige Versorgung; Netzwerke sowie eine enge fachliche Zusammenarbeit und Kooperationen auf regionaler Ebene. Sie bringen Fachexpertise zu Patientinnen und Patienten, unterstützen aber auch die Fort- und Weiterbildung medizinischer Fachkräfte sowie des ärztlichen Personals. Zudem muss eine kluge Strukturplanung die Balance zwischen Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit herstellen. Dies alles setzt auch eine ausreichende Investitionsfinanzierung durch den Freistaat voraus, also eine deutliche Erhöhung der Fördermittel. Auch darin besteht Einigkeit.

Rainer Striebel → Die Beteiligten im Zielbildungsprozess sind überzeugt, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erhöht werden kann. Die Bündelung von stationären Leistungen an definierten Standorten ist ein effizientes Mittel. Die Behandlungsqualität steigt, wenn Ärztinnen und Ärzte viel Erfahrung bei Operationen und Behandlungen haben, weil sie diese häufig durchführen. Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten großen Wert auf gute Qualität legen und eben auch bereit sind, dafür einen weiteren Weg auf sich zu nehmen. Konkret bedeutet das: Die Leistungsangebote der Krankenhäuser müssen noch besser aufeinander abgestimmt sein. Wo ein Krankenhaus spezialisierte Leistungen in guter Qualität erbringt, muss nicht das Nachbar Krankenhaus das Gleiche auch tun. Doppelstrukturen können wir uns künftig nicht mehr leisten. Dazu braucht es eine aktiv gestaltende Krankenhausplanung und das Miteinander aller Beteiligten.

Frank Ohi → Die Pandemie könnte uns einen Ausweg aus diesem Hamsterrad weisen. In den vergangenen beiden Jahren wurde die Elektivversorgung pandemiebedingt jeweils über Monate deutlich reduziert – die gesundheitlichen Nachteile für die Patientinnen und Patienten waren ebenso gravierend wie die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser. Obwohl die Verteilung der Covid-19-Kranken im Cluster Dresden/Ostsachsen dazu beigetragen hat, die Auslastung so zu steuern, dass möglichst viele Personen mit anderen Erkrankungen versorgt werden konnten, bedarf es einer anderen Lösung, um bei der nächsten Pandemie effizienter agieren zu können.

Michael Albrecht → Eine Lösung ist es, in den Clustern jeweils einige kleinere Häuser dauerhaft aus dem Versorgungsnetz zu lösen und als sogenannte Pufferkliniken zu nutzen. Sie können alle Covid-19-Patientinnen und -Patienten versorgen, sofern sie keiner Intensivtherapie bedürfen. Um diese Häuser auskömmlich finanzieren zu können, müssen sie aus dem DRG-Erlössystem genommen werden. Auf diese Weise ließen sich in den jeweiligen Regionen bestehende Überkapazitäten sekundär abbauen. Zugleich haben die weiter bestehenden Häuser die Chance eines kostendeckenden Normalbetriebs. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass mit dieser Aufteilung der finanzielle Aufwand insgesamt geringer ist als die jetzt von Überkapazitäten geprägte Konstellation.

Wie soll das konkret funktionieren?

Michael Albrecht → In einem ersten Schritt zu dem System der Pufferkliniken gilt es, die sich dafür eignenden Häuser zu identifizieren und deren Träger für dieses Modell zu gewinnen. Parallel müssen Politik und Kostenträger von diesem Konzept überzeugt werden. Dass ein solcher Ansatz sinnvoll sein kann, haben Beispiele aus der Region gezeigt. Die Pufferkliniken sind somit nicht ausschließlich zur Bewältigung der Corona-Pandemiewellen geeignet. Sie lassen sich bei saisonal bedingten Systembelastungen sowie bei anderen Infektionskrankheiten wie Influenza oder bei Noro-Virus-Ausbrüchen nutzen. Eine weitere denkbare Verwendung wäre der Einsatz als Akutgeriatrien oder geriatrische Tageskliniken. Darüber hinaus wäre ein Teil der Belegschaft als Personalressource verfügbar, die flexibel in anderen Häusern einsetzbar ist.

Welche Ansätze verfolgt das Universitätsklinikum, um sich als Supra-Maximalversorger auch in Zukunft eine wirtschaftlich zukunftsfeste Basis zu schaffen?

Michael Albrecht → Ein gutes Beispiel ist die Onkologie. Das Universitätsklinikum bietet bei allen Krebsarten exzellente Leistungen in der Diagnostik und der Krankenversorgung. Die hier ebenfalls hervorragend etablierte patientennahe Forschung hat den Weg zu einer zunehmend individualisierten Therapie geöffnet. Ausgangspunkt ist das 2021 neu eröffnete Molekularbiologische Forschungslabor (MFL). Die hier für die Krebspatientinnen und -patienten geleistete Molekulardiagnostik ebnet neue Wege zu neuen Therapien, mit denen sich die Heilungschancen von Tumorerkrankungen deutlich erhöhen lassen oder zumindest ein längeres Überleben ermöglicht wird. Doch dem deutlich höheren Aufwand beispielsweise bei der Genomdiagnostik von Tumorgewebe steht eine derzeit nicht adäquate Vergütung gegenüber. Das Erbringen dieser neuen Leistung bleibt im Dickicht der üblichen Sektorenabgrenzungen und eingefahrenen Abrechnungsmuster stecken. Die Versorgung der schwerst Erkrankten wird dadurch behindert, dass ein Krankenhaus diese als ambulant eingestufte Leistung nicht erstattet bekommt.

Frank Öhi → Paradoxerweise aber gibt es in der Region gar keine Labore von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, die diese Untersuchungen vornehmen. Das Universitätsklinikum könnte diese und auch andere Leistungen vermehrt anbieten, wird derzeit jedoch ausgebremst. Bei vielen anderen diagnostischen und therapeutischen Verfahren betreten wir ebenfalls Neuland, aber die Krankenkassen tun sich in vielen Fällen schwer, obwohl diese Angebote für die Patientinnen und Patienten große Vorteile hätten.

**Der Personalmangel vor allem in der Pflege betrifft alle Krankenhäuser.
Wie stark ist das Universitätsklinikum betroffen und welche Strategien greifen,
um die Personalausstattung zu verbessern?**

Michael Albrecht → Im Gegensatz zu anderen Häusern ist das Universitätsklinikum noch recht gut aufgestellt. Das belegt zum Beispiel die während der Pandemie gesunkene Fluktuation unter den Mitarbeitenden der Pflege. Das zeigt uns, dass wir als attraktiver Arbeitgeber in der Region wahrgenommen werden. Dennoch verzeichnet auch das Uniklinikum Dresden einen Mangel an Pflegekräften, der sich innerhalb der Bereiche stark unterscheidet. Besonders hoch ist dieser beispielsweise in der Anästhesie- und Intensivpflege. Dennoch registrieren wir eine unterdurchschnittliche Quote an offenen Pflegestellen, und das obwohl der Bedarf insgesamt gestiegen ist, weil wir jedes Jahr neue Pflegestellen geschaffen haben.

Frank Ohi → Ohne Frage sind die Mitarbeitenden unsere wichtigste Ressource und der Schlüssel zum Erfolg der Hochschulmedizin Dresden. Selbstverständlich nehmen wir die Belastungen unserer Pflegekräfte ernst und unternehmen alles uns Mögliche, um eine Entlastung zu erreichen. Dazu haben wir ein ganzes Bündel an Maßnahmen entwickelt. Beispiel dafür ist ein intensivierter Dialog mit den Mitarbeitenden, der auf Augenhöhe geführt wird und einen konstruktiven Austausch ermöglicht. Konkret heißt das, den Mitarbeitenden die Gelegenheit zu geben, nicht nur ihre Probleme zu schildern, sondern sie zu animieren, diskussionswerte Lösungsvorschläge selbst einzubringen. Es soll keine Klagemauer entstehen, sondern es sollen Verbesserungen eintreten.

Welche Schritte gehen Sie noch zur Bindung von Mitarbeitenden?

Michael Albrecht → Ein weiterer wichtiger Moment zufriedenstellender Arbeitsverhältnisse ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Wir sind davon überzeugt, dass nur ein kollegiales Miteinander von ärztlichem Dienst, Pflege, Physiotherapie und Verwaltung eine gute Patientenversorgung sicherstellen kann. Das wollen wir als Vorstände noch gezielter als bisher fördern. Beispiele dafür sind Führungskräfte trainings oder die praxisnahe Aus- und Weiterbildung, um das Bewusstsein für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und entsprechende Skills zu fördern.

Frank Ohi → Was die Mitarbeiterbindung betrifft, sind wir seit Jahren Vorreiter. Wir bieten zahlreiche Zusatzleistungen an, zum Beispiel das Jobticket oder das eigene Gesundheitszentrum auf dem Campus. Diese Angebote konnten wir in der jüngsten Zeit erweitern: So haben wir zusätzliche Beschäftigtenparkplätze zu vernünftigen Preisen geschaffen und bieten als eines der ersten Krankenhäuser ein Bike-Leasing an. Innerhalb der ersten Wochen gab es dafür bereits mehr als 300 Anträge. Wir konnten eine gute Feedbackkultur etablieren und identifizieren damit, was Mitarbeitende wollen.

Michael Albrecht → Nicht vergessen sollten wir die Unternehmenskultur: Die Teams haben nicht erst in der Pandemie gezeigt, dass sie gemeinsam durch Zusammenhalt, Engagement und Durchhaltevermögen neue Herausforderungen gemeistert haben. Wir arbeiten an Lösungen, mit denen wir die Mitarbeitenden in ihrem beruflichen Alltag unterstützen können, um ihnen dabei zu helfen, Zeit zu sparen. Die Digitalisierung ist dabei nur eines von mehreren Instrumenten. Als universitäre Einrichtung sind wir auch auf diesem Gebiet privilegiert, weil wir direkten Zugang zu den modernsten sowie auch zu technisch-innovativen Lösungen haben. Auch das macht das Universitätsklinikum zu einem attraktiven Arbeitgeber.

Die Konzepte für die Zukunft hören sich spannend an.

Wie genau sehen die nächsten Schritte aus?

Frank Ohi → Die größte Herausforderung besteht darin, die unterschiedlichen Einflussfaktoren und die dafür zu entwickelnden Stellschrauben zusammenzubringen. Wie die Pandemie und die Folgen des Ukraine-Kriegs zeigen, sind viele Gegebenheiten kaum noch vorhersehbar. Bei vielen Themen fahren wir zwangsläufig auf Sicht. Aber nicht bei allen: Auf unserer mittelfristigen Agenda stehen die weiter auszubauende Digitalisierung und die Erhöhung der IT-Sicherheit. Um beim Thema Cybersecurity voranzugehen, wollen wir über die Institutionsgrenzen hinaus neue Partner finden, um effizienter und schlagkräftiger zu werden.

Michael Albrecht → Bei vielen Managementthemen stehen wir vor einem Paradigmenwechsel, denn die Dimensionen der Veränderungen erfordern neue Vorgehensweisen. In der Vergangenheit waren wir in der komfortablen Situation, auf ein oder sogar mehrere Jahre ausgelegte Strategien setzen zu können. Das ist aktuell nicht mehr möglich. Ich bin aber optimistisch, dass wir als Hochschulmedizin Dresden auch diese Herausforderung meistern, solange wir auf unseren Spirit – das Carus Gen – setzen können. Gemeinsam und entschlossen an einem Strang zu ziehen, das bleibt unsere Stärke, die heute wichtiger denn je ist.

Wie beurteilen Sie angesichts der aktuellen Herausforderungen die Situation der Krankenhäuser im Allgemeinen und des Uniklinikums im Besonderen? Und können Sie als Kostenträger dazu beitragen, im Sinne Ihrer Versicherten die Unwägbarkeiten der stationären Krankenversorgung in bestimmten Aspekten abzuschwächen?

Rainer Striebel → Als größter Krankenversicherer im Freistaat bringt sich die AOK PLUS deutlich in die Diskussionen ein. Stabile Versorgungs- und ganz besonders leistungsfähige Krankenhausstrukturen sind die Grundlage für eine optimale Versorgung unserer Versicherten. Wir verstehen uns in diesem Zusammenhang nicht nur als Kostenträger, sondern haben den Anspruch, gute Versorgung mitzugestalten. Dies tun wir als Mitglied im Krankenhausplanungsausschuss, als Partner in Innovationsfondsprojekten, als Vertragspartner von Netzwerken wie dem Schlaganfallnetzwerk, aber auch über eine tagtäglich enge und kooperative Zusammenarbeit mit allen Vertragspartnern im Land.

Im Zuge der Novellierung des Sächsischen Krankenhausgesetzes sind viele Impulse aus den Diskussionen eingeflossen. Wichtige Instrumente für eine gestaltende, am Patientenwohl orientierte Krankenhausplanung sind Bestandteil des Gesetzes geworden – ich nenne da als Stichworte nur Qualität als Planungskriterium, Gesundheitszentren, Kooperationen und Vernetzung sowie die Digitalisierung. Das sollte uns zuversichtlich machen in Bezug darauf, dass wir in der Lage sind, gemeinsam die sächsische Krankenhauslandschaft nachhaltig, finanzierbar und leistungsfähig zu gestalten. Die AOK PLUS wird in diesem Prozess ein verlässlicher Partner bleiben.



Politik sollte sich auf Fakten und Expertenwissen stützen.



Mitarbeitende sind die wichtigste Ressource und der Schlüssel zum Erfolg.



Die Dimensionen der Veränderungen erfordern neue Vorgehensweisen.





Das Beste für den Patienten und für das gesamte Gesundheitswesen ist oberster Maßstab.

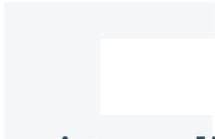




MANAGEMENT UPDATE

KRÄFTE BÜNDELN

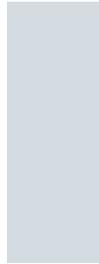




**Für das Uniklinikum ist es selbstverständlich,
für die Region da zu sein. Die Pandemie hat
gezeigt, wie wichtig Supra-Maximalversorger
mit ihrer Steuer- und Hilfsfunktion sind.
Leider haben das noch nicht alle verstanden.**

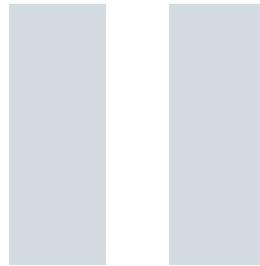
Das Aufgabenprofil und die Rolle der Universitätsklinika sind einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Häuser, die sich dieser Herausforderung stellen, können ihre wirtschaftliche Basis langfristig stabilisieren.

Der vielerorts bestehende Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal wächst sich vor allem außerhalb der Ballungsgebiete zunehmend zu einer Versorgungskrise aus. Nicht zuletzt dadurch droht in weiten Teilen der Flächenländer ein Krankenhaussterben. Vor allem kleine Häuser sind in die ausweglose Lage gerutscht, immer weniger Patientinnen und Patienten behandeln zu können. Auch wenn Universitätsklinika von dieser Entwicklung weitestgehend abgekoppelt sind, sollten sie dem Geschehen nicht länger passiv gegenüberstehen. Vielmehr können sie mit ihrem Know-how und ihrer Personalausstattung einen wichtigen Beitrag dafür leisten, dass es auch in der Peripherie möglich ist, eine hochqualitative Grund- und Regelversorgung sicherzustellen. Ohne eine komplett neu aufgesetzte Krankenhausplanung und eine daran orientierte Finanzierungsstruktur ist dies jedoch nicht umsetzbar. Es ist unzureichend, bei der an vielen Stellen bereits umgesetzten Telemedizin zu verharren. Der nächste Schritt besteht darin, Fachpersonal institutionenübergreifend einzusetzen. Entscheidend ist es zudem, Kapazitäten und Aufgaben innerhalb der Regionen zu steuern. Auch hier können die hochschulmedizinischen Standorte die Regionen mit ihrem Wissen und ihren Kapazitäten unterstützen. Ideale Basis sind organisch gewachsene, von Partnerschaftlichkeit und von Vertrauen geprägte Netzwerke. Bei allen diesen Ansätzen ist es Aufgabe einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik, nicht in zunehmende Reglementierungen zu verfallen, sondern den neu zu schaffenden Handlungsrahmen so flexibel wie möglich zu gestalten. Nur so kann es gelingen, in kürzester Zeit Herausforderungen wie der einer neuen Pandemie erfolgreich zu begegnen. _



**Strikt getrennte ambulante und stationäre
Versorgungsmodelle haben keine Zukunft.
Wer es mit der Ambulantisierung ernst meint,
aber dennoch komplett zwei voneinander
getrennte Sektoren weiter betreiben will,
ist nicht mehr glaubwürdig.**

Deutschland befindet sich in der paradoxen Situation, dass die ambulante Krankenversorgung trotz einer bundesweit stetig wachsenden Zahl an Ärztinnen und Ärzten in vielen Regionen – insbesondere außerhalb der Ballungszentren – zusammenzubrechen droht. Vor allem Universitätsklinika jedoch sind begehrte Arbeitsorte und haben damit das Potenzial, dieses Problem zu lösen. Entscheidende Voraussetzung für innovative Modelle ist es, die starren Grenzen der drei Sektoren ambulant, stationär und Rehabilitation aufzubrechen. Erst wenn es Kliniken erlaubt wird, außerhalb der Konstrukte von Hochschulambulanzverträgen und Medizinischer Versorgungszentren Patientinnen und Patienten finanziell auskömmlich ambulant zu behandeln und dabei flexibel auf die regionalen Notwendigkeiten einzugehen, lässt sich die Situation vielfältigen Mangels an Versorgungskapazitäten beheben. Es ist unverständlich, dass Kliniken beispielsweise ihre Abteilungen und damit etablierte Versorgungsangebote für Kinder- und Jugendmedizin aufgrund geringer stationärer Auslastung schließen müssen, obwohl es auf der ambulanten Seite einen eklatanten Mangel an kinderärztlichen Praxen gibt. Sich hier in einem berufspolitischen Stellungskrieg zu verschanzen, ist ein völlig falscher Weg, der zulasten der Versorgungssicherheit ganzer Landstriche geht. _



Die Dynamik der Veränderungen in allen gesellschaftlichen Bereichen lässt sich nicht mehr länger ignorieren. Das ist auch für die Krankenhäuser mit einem Paradigmenwechsel verbunden. Dies muss bei Reformen des Gesundheitswesens berücksichtigt werden.

Abseits des pandemiebedingten Krisenmanagements müssen die grundlegenden gesundheitspolitischen Fragen wieder in den Mittelpunkt rücken. Leider ist zu beobachten, dass die im Koalitionsvertrag angekündigten Reformvorhaben bisher offenbar im Ungefähren verharren. Es ist zu befürchten, dass dem gestiegenen ökonomischen Druck mit zusätzlichen Regulierungen begegnet wird. Das würde bedeuten, dass allen Akteuren im Gesundheitswesen weitere Fesseln angelegt werden, anstatt ihnen Freiräume zu gewähren. Wie die in den beiden vergangenen Pandemie Jahren erfolgreich gelebte vorbehaltlose Kooperation der Kliniken in Ostsachsen gezeigt hat, gibt es ein großes Potenzial, neue Wege zu gehen. Dies muss im Sinne der Patientinnen und Patienten geschehen, aber auch den Notwendigkeiten Versorgungssicherheit im Allgemeinen sowie eines kosteneffizienten Gesundheitswesens gerecht werden. Diese Ansätze dürfen nun nicht durch eine neue Bürokratisierungswelle im Keim erstickt werden, welche die Krankenhäuser finanziell und personell weiter unter Druck setzen. _

KRÄFTE BÜNDELN

Leipzig/Nordsachsen

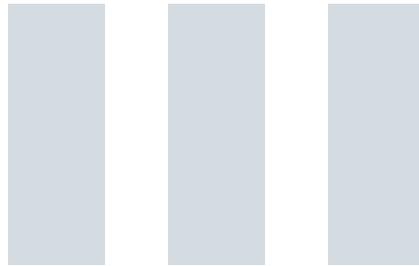
Dresden/Ostsachsen

Chemnitz/Westsachsen



PUFFERKLINIK

- Vermeidung punktueller Überlastungen.
- Qualitativ hochwertige medizinische Versorgung.
- Präventive systematische Vorsorge für epidemische und pandemische Großlagen.



**Es genügt nicht, die Innovationen der
vergangenen zwei Jahre zu feiern
und zu verstetigen. Die Krankenhauslandschaft
muss neu geordnet werden. Das gelingt nur,
wenn alle Akteure in der Region gemeinsam neue,
zukunftsweisende Strukturen schaffen.**

Das System der Krankenversorgung muss jetzt angepackt und verändert werden. Dabei geht es nicht darum, Legenden zu bedienen – allein Personalzuwächse sind keine Lösung. Es gilt, Kapazitäten und Ressourcen jeder Art vernünftig zu verteilen und zu koordinieren. Die Etablierung von Pufferkliniken ist in diesem Zusammenhang eine Lösung. Wenn einige kleinere Häuser dauerhaft aus dem Versorgungsnetz gelöst als Pufferkliniken fungieren und somit eine wirtschaftliche Perspektive erhalten, kann es gelingen, regional Personal- und Versorgungssicherheit zu schaffen. Zum einen lassen sich in diesen Kliniken alle Covid-19-Patientinnen und -Patienten versorgen, die keiner Intensivtherapie bedürfen. Zum anderen führt dieses Modell dazu, dass in den jeweiligen Regionen bestehende Überkapazitäten sekundär abgebaut werden. Weiterhin bekommen die übrigen Häuser die Chance eines kostendeckenden Normalbetriebs und eines umfassenden Versorgungsangebotes für die regulären Patientinnen und Patienten. Es ist wahrscheinlich, dass mit einer klaren Aufgabenteilung der finanzielle Aufwand insgesamt geringer ausfällt als die jetzt von Überkapazitäten geprägte Konstellation.

Damit dies gelingen kann, müssen alle Akteure in einer Region an einem Strang ziehen. Die für den Standort einer Pufferklinik infrage kommenden Krankenhäuser und ihre Träger sind dabei genauso wichtig, wie Politik, Kostenträger und die Mitarbeitenden vor Ort. Gelingt dieser Systemwechsel, bieten sich auch Lösungen für andere Herausforderungen im Gesundheitswesen an, zum Beispiel für saisonal bedingte Systembelastungen oder die Notwendigkeit zur Schaffung flexibel einsetzbarer Personalressourcen in der Region. _

2021/2022

.....

**BESTANDS-
AUFNAHME**

.....

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



MENSCHEN AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM 2021

Mitarbeitende am Universitätsklinikum, haushaltsfinanziert

	Vollzeitkräfte Jahresdurchschnitt	Anzahl Personen 31.12.2021
Verträge Uniklinikum	5.205,92	6.712
davon:		
Ärztlicher Dienst		1.006
Pflegedienst		2.247
durch Medizinische Fakultät gestelltes Personal an Einrichtungen des Universitätsklinikums	335,31	500
davon:		
Ärztlicher Dienst		115
Pflegedienst		0
Gesamt	5.541,23	7.212
davon:		
Ärztlicher Dienst		1.121
Pflegedienst		2.247

Auszubildende/Schülerinnen und Schüler

	Anzahl Personen
Schülerinnen und Schüler an der Carus Akademie	514
davon:	
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	98
sonstige Auszubildende	79
Studierende Hebammenkunde*	10

* mit Arbeitsvertrag am Universitätsklinikum

MENSCHEN AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM 2021

**Studierende an der Medizinischen Fakultät
Wintersemester 2021/22**

Stichtag 1.12.2021

Anzahl Personen

Studierende gesamt	3.037
<hr/>	
Medizin*	2.454
<hr/>	
Erasmus	22
<hr/>	
Promovierende (noch im Promotionsverfahren)	207
<hr/>	
Regulär Studierende	2.225
<hr/>	
Erstsemester	233
<hr/>	
Absolvierende	272
<hr/>	
Zahnmedizin*	391
<hr/>	
Promovierende (noch im Promotionsverfahren)	36
<hr/>	
Regulär Studierende	353
<hr/>	
Erstsemester	58
<hr/>	
Absolvierende	44
<hr/>	

MENSCHEN AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM 2021

	Anzahl Personen
Public Health*	37
Promovierende (noch im Promotionsverfahren)	4
Regulär Studierende	33
Erstsemester (Immatrikulation nur zu geraden Kalenderjahren)	0
Absolvierende	15
Medical Radiation Sciences*	36
Promovierende (noch im Promotionsverfahren)	12
Regulär Studierende	24
Erstsemester	11
Absolvierende	17
MEDiC	95
Erstsemester	50
Absolvierende	0
Hebammenkunde	24
Erstsemester	24
Absolvierende	0

*Mehrfachnennungen möglich.

BILANZ ZUM 31.12.2021

AKTIVA	TEUR
A. Anlagevermögen	599.136
B. Umlaufvermögen	371.624
C. Rechnungsabgrenzungsposten	904
Summe Aktiva	971.664

PASSIVA	TEUR
A. Eigenkapital	79.408
B. Sonderposten aus Zuweisungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	561.629
C. Rückstellungen	163.524
D. Verbindlichkeiten	167.094
E. Rechnungsabgrenzungsposten	9
Summe Passiva	971.664

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG ZUM 31.12.2021

AUSGEWÄHLTE POSITIONEN DER GEWINN-UND-VERLUST-RECHNUNG ZUM 31.12.2021

	TEUR
Erträge	691.330
davon:	
Erlöse aus Krankenhausleistungen	468.890
Erlöse aus ambulanten Leistungen	114.700
Sonstige Erlöse/Erträge	107.740
Aufwand	693.212
davon:	
Personalaufwand	371.630
Sachaufwand	272.514
Sonstiger Aufwand	49.068
Betriebsergebnis vor investitionsbedingten Effekten	-1.882
Investitionsbedingte Effekte, Finanzergebnis, Steuern	-8.013
Gesamtergebnis	-9.895

LEISTUNGSDATEN KRANKENVERSORGUNG 2021

Vollstationärer KHEntgG-Bereich	2021	2020
Planbetten	1.227	1.227
Fälle Katalog-DRG	52.251	53.937
Summe der Bewertungsrelationen (Case Mix) ¹⁾	69.064	68.726
Durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index) ¹⁾	1,322	1,274
Fälle krankenhausesindividuelle DRG ²⁾	264	300
Fälle gesamt	52.515	54.237
Summe Bewertungsrelationen Pflegeerlös ³⁾	469.541	412.255
Behandlungstage gesamt	372.695	375.005
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) ⁴⁾	7,10	6,91
Vollstationärer BPfIV-Bereich	2021	2020
Planbetten	175	175
Berechnungstage Katalog-PEPP	50.271	53.663
Summe der Bewertungsrelationen (Case Mix) ⁵⁾	56.273	59.167
Durchschnittl. Case Mix je Tag (Day Mix Index)	1,1194	1,1026
Berechnungstage krankenhausesindividuelle PEPP	131	316
Fälle gesamt	1.449	1.598
Berechnungstage gesamt	50.402	53.979
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	34,78	33,78

LEISTUNGSDATEN KRANKENVERSORGUNG 2021

Vollstationäre integrierte Versorgung	2021	2020
Planbetten ⁶⁾	8	8
Fälle	25	42
Behandlungstage	266	458

UKD insgesamt, vollstationärer Bereich	2021	2020
Planbetten lt. KHPf	1.410	1.410
Fälle	53.989	55.877
Berechnungstage	423.363	429.442
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) ⁴⁾	7,84	7,69

Teilstationärer KHEntgG-Bereich ^{2) 7)}	2021	2020
Tagesklinische Plätze	77	77
Fälle	6.631	6.964
Berechnungstage	16.081	16.551
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	2,43	2,38

Erläuterungen:

- ¹⁾ Im Jahr 2020 erfolgte die Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System. Zur einheitlichen, vergleichbaren Darstellung der Jahre 2021 vs. 2020 wurden die in 2020 entlassenen Überlieger 2019/2020 nach aG-DRG übergeleitet (Abrechnung erfolgte nach G-DRG mit 5.027 BR, Gruppierung nach aG-DRG entspricht 3.574 BR).
- ²⁾ Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.
- ³⁾ Summe der BR-Pflege aus Katalog-DRG und krankenhausindividuellen DRG. In 2020 keine Abrechnung von BR-Pflege für Überlieger 2019/2020 mit Abrechnung nach G-DRG-System. In 2020 und 2021 erfolgte mangels Budgetvereinbarung keine Abrechnung von BR-Pflege im teilstationären KHEntgG-Bereich.
- ⁴⁾ Bezogen auf Berechnungstage und Fälle inkl. gesunde Neugeborene.
- ⁵⁾ Inklusive Bewertungsrelationen aus ergänzenden Tagesentgelten (ET).
- ⁶⁾ Betten Universitäts SchmerzCentrum.
- ⁷⁾ Ohne TK Augenheilkunde außerhalb Budget (2021: 146 Behandlungstage, 146 Fälle; 2020: 152 Behandlungstage, 152 Fälle).

LEISTUNGSDATEN KRANKENVERSORGUNG 2021

Teilstationärer BPfIV-Bereich	2021	2020
Tagesklinische Plätze	115	115
Berechnungstage Katalog-PEPP	19.968	20.117
Durchschnittl. Case Mix je Tag (Day Mix Index)	0,8698	0,8899
Summe der Bewertungsrelationen (Case Mix) ⁵⁾	17.369	17.901
Berechnungstage krankenhausesindividuelle PEPP	37	98
Fälle gesamt	776	854
Berechnungstage gesamt	20.005	20.215
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	25,78	23,67

Teilstationärer Bereich, integrierte Versorgung	2021	2020
Tagesklinische Plätze	9	9
Fälle	134	142
Berechnungstage	1.448	1.494
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	10,81	10,52

UKD insgesamt, teilstationärer Bereich	2021	2020
Tagesklinische Plätze lt. KHPf	201	201
Fälle	7.541	7.960
Berechnungstage	37.534	38.260
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	4,98	4,81

LEISTUNGSDATEN KRANKENVERSORGUNG 2021

Ambulanter Bereich	2021	2020
Pauschal vergütete Fälle nach HSAV	159.897 ¹⁰⁾	159.105 ⁹⁾
Fälle Instituts-/Einzelermächtigungen	16.043	16.612
Fälle Stomatologie/Kieferorthopädie ⁸⁾	22.794	24.244
Fälle ambulante Operationen	6.095	6.488
Notfälle außerhalb der Sprechzeit	19.784	19.920
Fälle Zytologie	7.762 ¹⁰⁾	7.606 ⁹⁾

Erläuterungen:

- ⁵⁾ Inklusive Bewertungsrelationen aus ergänzenden Tagesentgelten (ET).
- ⁸⁾ Abrechnungsfähige zahnärztliche Leistungen ggü. den Krankenkassen. Abrechnungsfähige zahnärztliche Nofalleistungen ggü der KVZS, Stand 2021 am 04.01.2022.
- ⁹⁾ Abrechnungsfähige ärztliche bzw. zytologische Leistungen, inklusive der Fälle besondere Kostenträger, Sozialhilfeempfänger, ohne Berücksichtigung der Deckelung, geschätztes IST per 31.12.2020, Stand 15.02.2021.
- ¹⁰⁾ Abrechnungsfähige ärztliche bzw. zytologische Leistungen, inklusive der Fälle besondere Kostenträger, Sozialhilfeempfänger, ohne Berücksichtigung der Deckelung, geschätztes IST per 31.12.2021, Stand 14.02.2022.

Stand: 20. Juni 2022 | Detaillierte Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.ukdd.de/organigramm

Aufsichtsrat

Medizinischer Vorstand

Kaufmännischer Vorstand

**Dekanin der Medizinischen Fakultät
(beratend)**

Geschäftsleitung

Betriebsleitung

Kliniken

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde		CHIRURGISCHES ZENTRUM		UNIVERSITÄTS ZAHNMEDIZIN
Klinik und Poliklinik für Dermatologie		Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin		Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinik und Poliklinik für Neurologie		Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	UNIVERSITÄTS KINDER-FRAUENZENTRUM	Poliklinik für Kieferorthopädie
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Poliklinik für Parodontologie
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	Medizinische Klinik und Poliklinik I : Abteilung Transfusionsmedizin	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie	Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Klinik und Poliklinik für Urologie	Medizinische Klinik und Poliklinik III	UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin : Abteilung Neuropädiatrie	Poliklinik für Zahnerhaltung mit Bereich Kinderzahnheilkunde

Zentren der Hochschulmedizin Dresden (Auswahl)

Zentrum für Medizinische Informatik : Datenintegrationszentrum : Geschäftsbereich Informationstechnologie : Professur für Medizinische Informatik und Biometrie am IMB : CIO Bereich Medizin der TU Dresden	Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) Else Kröner Fresenius Zentrum für Digitale Gesundheit (EKFGZ) Zentrum für translationale Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung
---	--

Institute

Institut für Infektiologie und Krankenhaushygiene	Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Institut für Pathologie
Institut für Klinische Genetik	Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie	

Institute der Fakultät mit Aufgaben der Krankenversorgung

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
Institut für Immunologie
Institut für Klinische Pharmakologie
Institut für Rechtsmedizin

Tochter- und Beteiligungsgesellschaften

Carus Consilium Sachsen GmbH		Nuklearmedizin und bildgebende Diagnostik am Universitätsklinikum Dresden GmbH	Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation gGmbH (Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Leipzig, der Universitätsmedizin Rostock und dem Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg)
Carl Gustav Carus Management GmbH	Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus GmbH	MRT-Kooperations-GmbH	Einkaufsgemeinschaft EK-UNICO GmbH
UKD Service GmbH			

Personalrat

UniversitätsCentren

ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Psychosoziale Medizin und Entwicklungsneurowissenschaften

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC)

- : Gynäkologisches Krebszentrum
- : Hauttumorzentrum
- : Kinderonkologisches Zentrum
- : Kopf-Hals-Tumorzentrum
- : Neuroonkologisches Zentrum
- : Regionales Brustzentrum Dresden
- : Sarkomzentrum
- : Uroonkologisches Zentrum
- : Viszeralonkologisches Zentrum
- : Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Universitäts AllergieCentrum (UAC)

UniversitätsCentrum für Autoimmun- und Rheumatische Erkrankungen (UCARE)

Universitäts DemenzCentrum (UDC)

Universitäts GefäßCentrum (UGC)

Universitäts Mukoviszidose Centrum (UMC)

Dresdner NeurovaskuläresCentrum (DNVC)

Universitäts PalliativCentrum (UPC)

Universitäts-Physiotherapie-Zentrum (UPZ)

Universitäts Plastisch-Ästhetisches Centrum (UPÄC)

UniversitätsProtonen Therapie Dresden – Klinik für Strahlentherapie/ OncoRay (UPTD)

Universitäts SchmerzCentrum (USC)

UniversitätsCentrum für Gesundes Altern (UCGA)

UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen (USE)

Traumazentrum

Zentrum für Infektiologie und Krankenhaushygiene

Zentrum für fetoneonatale Gesundheit

Sächsisches Kinderpalliativzentrum

Ostdeutsches Lungenzentrum

Geschäfts- und Zentralbereiche

Geschäftsbereich Finanzen

Geschäftsbereich Controlling

Zentralbereich Medizincontrolling

Geschäftsbereich Personal und Recht

- : Personal
- : Recht
- : Compliance und Versicherungen
- : Arbeits- und Gesundheitsschutz

Geschäftsbereich Pflege, Service und Dokumentation : Carus Akademie

Geschäftsbereich Logistik und Einkauf

Klinik-Apotheke

Geschäftsbereich Bau und Technik

Bauherrenteam

Zentralbereich Kommunikation

- : Pressesprecher

Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement

Kooperierende Einrichtungen am Standort des Universitätsklinikums (Auswahl)

Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung – DKTK

Deutsches Zentrum für Diabetesforschung – DZD, Paul-Langerhans-Institut Dresden

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen – DZNE

Herzzentrum Dresden GmbH

KfH – Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.

Tumorzentrum Dresden e.V.

Krankenhaushygiene in einer herausfordernden Zeit

Auch im Berichtsjahr 2021 dominierte die in Wellen auftretende Corona-Pandemie das Geschehen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus. Der damit verbundene Zuwachs an Covid-19-Patientinnen und -Patienten wirkte sich weiterhin auf das Aufgabenspektrum des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und Umweltschutz aus. Routineaufgaben beispielsweise zur Überwachung der Compliance der Mitarbeitenden bezüglich der Händedesinfektion konnten wegen starker personeller Beanspruchung des Zentralbereichs aufgrund der Pandemie und dem damit verbundenen deutlich verschobenen Arbeitsspektrum mitunter nur noch eingeschränkt stattfinden. Stattdessen standen die Verfolgung von SARS-CoV-2-Kontaktketten, die Beratung und Unterstützung bei Aufbau und Betrieb von Covid-19-Stationen sowie die Hygieneberatung und Unterstützung bei den nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) geforderten Meldepflichten im Mittelpunkt.

Dennoch konnte in enger Zusammenarbeit mit dem Geschäftsbereich Informationstechnologie Anfang Juli 2021 ein umfangreiches neu eingerichtetes ORBIS-Modul zur Hygieneberatung und Surveillance in Betrieb genommen werden. Darüber hinaus hat der Zentralbereich Krankenhaushygiene und Umweltschutz die damit befassten Bereiche bei der Etablierung der gesetzlich geforderten elektronischen DEMIS-Erregermeldung nach § 7 IfSG unterstützt.

Zwar kehrte durch die 2020 etablierten Prozesse und Strukturen eine gewisse Routine ein, doch durch die zeitweise hohe Zahl an Patientinnen und Patienten in Sachsen mit schweren Covid-19-Verläufen und die dadurch hohe Belastung der Teams am Dresdner Uniklinikum bildeten auch im Jahr 2021 Tätigkeiten rund um die SARS-CoV-2-Pandemie einen Schwerpunkt in der Arbeit des Hygieneteams. [...](#)

ANALYSE DES DESINFEKTIONSMITTELEINSATZES
(ohne Ethanol, Formaldehydlösung) im Universitätsklinikum Dresden

Handdesinfektionspräparat	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Desderman pure	19.199	20.978	23.341	23.097	20.672	25.996
Skinman soft	3.300	3.430	3.502	3.715	2.142	2.265
Sterillium classic pure	7.558	7.832	7.814	8.658	5.519	5.637
Skinman complete	1.380	353	0	0	36	0
Skinman complete pure	0	510	668	299	422	161
Poly-Alcohol Hände-Antisepticum	180	230	240	255	256	90
Ethanol (80 Vol.-%)- Händedesinfektion UKD ¹⁾	0	0	0	0	7.510	0
Manorapid Classic- Händedesinfektion UKD ¹⁾	0	0	0	0	2.045	0
Desderman pure- Händedesinfektion UKD ¹⁾	0	0	0	0	840	115
Ethanol (85,5 Vol.-%)- Händedesinfektion UKD ¹⁾	0	0	0	0	4.225	0
Sterillium virugard Händedesinfektion	0	0	0	0	0	10
Ethanol 80 MEK verg. 500 ml Braun Händedesinfektion	0	0	0	0	0	787
Desderman	0	0	0	0	0	2.659
Einsatzgebiet Hände						
Gesamtverbrauch in Litern	31.617	33.333	35.565	36.024	43.667	37.720

Erläuterungen:

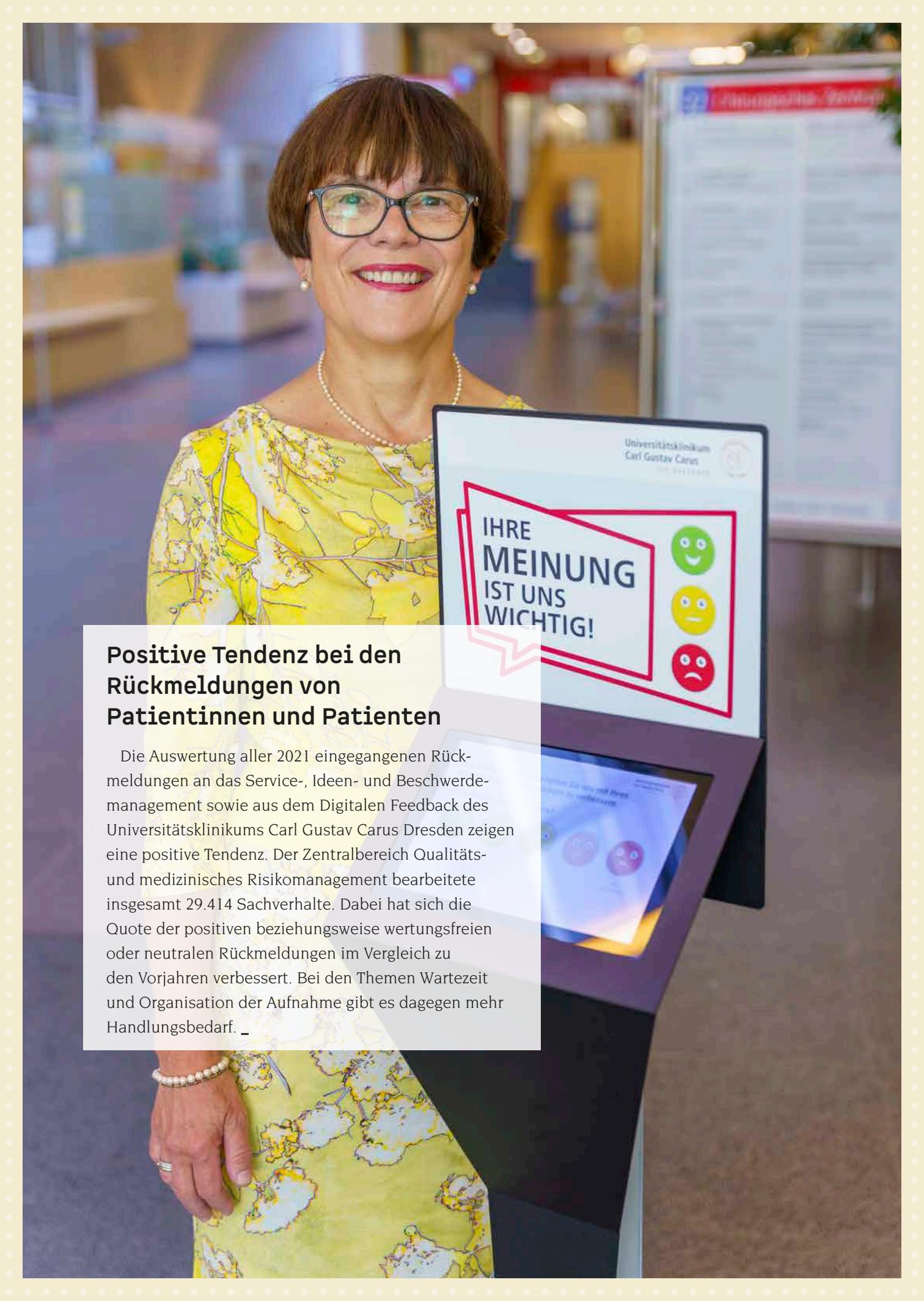
¹⁾ Besonderheit: Eigenherstellung der Klinik-Apotheke aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie

PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT MRSA-NACHWEIS

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
stationär und ambulant	465	448	398	375	314	227
stationär aufgenommene	390 (100%)	374 (100%)	315 (100%)	306 (100%)	243 (100%)	184 (100%)
davon bei Aufnahme bekannt oder durch Screening erfasst	314 (80,5%)	310 (82,9%)	275 (87,3%)	258 (84,3%)	232 (95,5%)	173 (94,0%)
davon nosokomiale Nachweise (nicht bekannt oder durch Screening erfasst)	76 (19,5%)	64 (17,1%)	40 (12,7%)	48 (15,7%)	11 (4,5%)	15 (8,2%)
davon Nachweis in Blutkultur oder Liquor	23 (5,9%)	24 (6,4%)	16 (5,1%)	5 (1,6%)	7 (2,9%)	7 (3,8%)

MITTLERE TÄGLICHE MRSA-LAST AUF DEN INTENSIVSTATIONEN

MRSA-Patiententage pro 100 Patiententage	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ITS der Klinik für Neurologie	3,69	1,04	1,47	3,46	2,2	0,54
ITS 1 der Medizinischen Klinik I	-	5,69	1,78	0,62	3,1	2,51
ITS 2 der Medizinischen Klinik I	4	2,16	1,78	-	6,1	3,15
ITS der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie (ANE-ITS)	3,3	4,71	5,81	2,76	-	0,54
ITS des Zentrums für Chirurgie (ZCH-ITS)	8,8	9	3,58	3,6	2,8	0,71
Herzzentrum Dresden, Klinik für Kardiologie Station 1B	3,3	2,7	-	1,89	-	4,8
Herzzentrum Dresden, Klinik für Kardiologie Station 2B	-	2,1	0,6	0,08	-	3,8
ITS der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	0,36	-	1,9	-	-	0,79



Positive Tendenz bei den Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten

Die Auswertung aller 2021 eingegangenen Rückmeldungen an das Service-, Ideen- und Beschwerdemanagement sowie aus dem Digitalen Feedback des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden zeigen eine positive Tendenz. Der Zentralbereich Qualitäts- und medizinisches Risikomanagement bearbeitete insgesamt 29.414 Sachverhalte. Dabei hat sich die Quote der positiven beziehungsweise wertungsfreien oder neutralen Rückmeldungen im Vergleich zu den Vorjahren verbessert. Bei den Themen Wartezeit und Organisation der Aufnahme gibt es dagegen mehr Handlungsbedarf. _

28. Dezember 2020

Erste Impfungen am Uniklinikum Dresden

Die Teams des Betriebsärztlichen Diensts, der Klinikapotheke sowie Freiwillige der ärztlichen wie pflegerischen Berufsgruppen beginnen mit der Immunisierung der Mitarbeitenden gegen SARS-CoV-2. In den ersten beiden Wochen haben sich bereits mehr als 1.000 Personen impfen lassen. Damit hat der größte Teil der besonders gefährdeten Personalgruppen die erste Immunisierung erhalten.



26. Januar 2021

Uniklinikum verzeichnet Zuwachs an Gewebespenden

2020 wurden insgesamt 133 Gewebepräparate von Verstorbenen im Uniklinikum entnommen. Neben Augenhornhäuten vermittelte die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation Herzklappen und Blutgefäße von Dresdner Spenderinnen und Spendern. 100 Patientinnen und Patienten erhielten Augenhornhauttransplantate.



29. Januar 2021

Dresdner Pflegedirektorin ist Pflegemanagerin des Jahres

Der Bundesverband Pflegemanagement zeichnet Jana Luntz aus. Mit dem Preis wird das Pflegemanagement auf Topebene geehrt, das die pflegerische Gesamtverantwortung für eine Einrichtung übernimmt, durch nachhaltiges und innovatives Handeln überzeugt, ganzheitlich und ergebnisorientiert denkt und Vorbildcharakter für andere Einrichtungen hat.



8. Februar 2021

Dokumente für das Dresdner Stadtarchiv

Das Corona-Tagebuch, Schilder, Prozessbeschreibungen und weitere Unterlagen aus dem Uniklinikum dokumentieren die Ausnahmesituation in der Pandemie. Das Stadtarchiv Dresden ergänzt mit den Materialien den Bestand seiner Corona-Sammlung. Der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement setzt die Dokumentation zur Pandemie fort.





12. Februar 2021

Uniklinikum als bester Arbeitgeber ausgezeichnet

Mehrere Rankings bescheinigen eine hohe Zufriedenheit der Beschäftigten. Diese empfehlen das Klinikum als Arbeitgeber und loben Kriterien wie die Bezahlung, die Führungskräfte, die Kolleginnen und Kollegen sowie das Betriebsklima. Die Ergebnisse zeigen, wie ernst das Uniklinikum seine Rolle als verantwortungsbewusster Arbeitgeber in der Region nimmt.



28. Februar 2021

Welttag der Seltenen Erkrankungen

Seltene Erkrankungen lassen sich schwer erkennen und erfordern häufig komplexe Therapien. 2020 wurden im UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen insgesamt 130 Patientinnen und Patienten in interdisziplinären Fallkonferenzen besprochen. Die Gendiagnostik hilft dem Expertenteam in einem Drittel der Fälle die Ursachen für seltene Erkrankungen zu finden.



3. März 2021

Experten warnen am Welttag des Hörens

„Ignorieren Sie eine Hörstörung nicht“ – wenn ein Hörgerät keinen Nutzen mehr bringt, kann ein Cochlear-Implantat helfen. Wer Hörprobleme missachtet, riskiert Folgeschäden nicht nur am Ohr. Das Sächsische Cochlear Implant Centrum (SCIC) hilft bei der Suche nach Lösungen bei gestörtem Hören und begleitet Betroffene bei der Operation und der anschließenden Reha.



17. März 2021

Auch Kinder leiden unter Rheuma

Anlässlich des „World yOung Rheumatic Diseases (WORD) Days“ sensibilisiert die Uni-Kinderklinik für die oft spät diagnostizierte Erkrankung. Ein überschießendes und fehlreguliertes Immunsystem ist Ursache für vielfältige Symptome. Das überregionale Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie soll sachsenweit eine qualitative und wohnortnahe stationäre Behandlung sicherstellen.

23. März 2021

Immuntherapien für Kinder mit Krebserkrankung

Die Uni-Kinderklinik nutzt mit der CAR-T-Zell-Therapie eine maßgeschneiderte medikamentöse Behandlung. Vor allem Kinder und Jugendliche mit bösartigen Erkrankungen des blutbildenden Systems profitieren von der Chance auf weniger Nebenwirkungen. Der Ausbau dieser Expertise erspart Patientinnen und Patienten sowie den Eltern weite Wege.



26. März 2021

Maximalversorgung startet bereits im Kreißsaal

Am Zentrum für fetoneonatale Gesundheit wurde erstmals ein frühgeborenes Kind auf einem neuartigen Geburtstisch versorgt. Deutschlandweit ist es der erste Einsatz eines solchen Tisches überhaupt. Der Geburtstisch macht eine Versorgung des zu früh geborenen Kindes noch im angenabelten Zustand direkt bei der Mutter möglich.



31. März 2021

Wechsel im Vorstandsbüro

Zum April übernimmt Frank Ohi sein Amt als neuer Kaufmännischer Vorstand des Uniklinikums Dresden. Er folgt auf Janko Haft, der diese Vorstandsposition 2020 interimistisch übernommen hatte. Der studierte Betriebswirt Frank Ohi bringt eine breite Expertise im Krankenhausmanagement mit.



1. April 2021

Uniklinikum Dresden impft erste Patienten

Als erste Einrichtung in Ostsachsen startet das Uniklinikum mit der Impfung von besonders schwer erkrankten Patientinnen und Patienten gegen Covid-19. Das Sozialministerium stellt im Rahmen eines Modellprojekts knapp 3.000 Impfdosen für rund 1.500 Menschen zur Verfügung.





16. April 2021

MS-Zentrum erprobt neue Diagnosetechnik

Als bundesweit erste Einrichtung setzt das Multiple Sklerose Zentrum am Uniklinikum eine Kraftmessplatte zur Verlaufskontrolle ein. Menschen mit dieser oder anderen neurodegenerativen Erkrankungen profitieren von den Erfahrungen aus dem Leistungssport, die nun zur gezielten Diagnostik des Bewegungsvermögens eingesetzt werden.



19. April 2021

Spatenstich für Neubau auf dem Campus

Im Uniklinikum entsteht das Zentrum für Seelische Gesundheit und Altersforschung. Der Neubau vereint Medizin, Wissenschaft, Labordiagnostik und Mikrobiologie. Hier ist die Versorgung für die gesunde Psyche und den gesunden Körper unter einem Dach möglich. Der Bau soll bis zum dritten Quartal 2025 bezugsfertig sein. Dafür stellt der Freistaat 95 Millionen Euro bereit.



17. Mai 2021

Der digitale Zwilling im MS-Zentrum

Eines der größten akademischen Zentren für Multiple Sklerose kündigt die nächste Errungenschaft im Rahmen fortschreitender Digitalisierung an: Ein Daten-Dashboard wird in Zukunft Krankheitsverläufe sowie Erfolgsaussichten von Therapien vorher-sagen. Unter anderem sorgt künstliche Intelligenz dafür, vorab die individuelle Medikamentenverträglichkeit virtuell zu testen.



28. Mai 2021

1.000. Baby heißt Matteo

Ein Junge ist 2021 das 1.000. Kind, das am Uniklinikum zur Welt gekommen ist. Am 27. Mai, 13.43 Uhr, konnten die Eltern Nancy und Christian Schwalenberg ihren Sohn (3.595 Gramm, 51 Zentimeter) in die Arme schließen. Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zählte bis dahin 960 Geburten. Dabei wurden 463 Mädchen und 537 Jungen geboren.

1. Juni 2021

Gemeinsam aus der Krise durch integrierte Versorgung

Die Fachkliniken für Geriatrie Radeburg und das Uniklinikum Dresden bieten ab sofort die erste integrierte Post-Covid-Versorgung für ältere Menschen in Sachsen an. Grundlage ist eine patientenorientierte und klinikübergreifende Behandlung altersmedizinischer Patientinnen und Patienten mit Post-Covid-Syndrom.



3. Juni 2021

Innovatives Kraftgerät unterstützt Olympioniken

Die Sportmedizin des Uniklinikums erweitert ihren Gerätepark. Das computergestützte, isokinetische Kraftgerät gilt als „Goldstandard“ der Kraftdiagnostik im Leistungssport. Der Olympiastützpunkt Sachsen hat hierfür Gelder aus der Sonderförderung des Innenministeriums an die Sportmedizin vermittelt, von denen auch Hobbysportlerinnen und -sportler profitieren.



3. Juni 2021

Hochmoderne Labore für die Onkologie

Im Neubau der Molekularbiologischen Forschungslabore wird an der patientennahen Krebstherapie geforscht. Die Institute für Pathologie und die Klinische Genetik bündeln hier deutschlandweit erstmals ihre Kompetenzen für Tumorpatientinnen und -patienten. Ziel ist es, mit den modernsten Analysen die Optionen individueller Therapien auszuloten.



14. Juni 2021

Start für Sächsisches Kinderpalliativzentrum

Sachsens Ministerpräsident Michael Kretschmer sowie seine Frau Annett Hofmann sind bei der Festveranstaltung für das neu eingerichtete Sächsische Kinderpalliativzentrum zu Gast. Annett Hofmann hat die Schirmherrschaft über dieses im Krankenhausplan des Freistaats festgeschriebene Zentrum übernommen. Initiiert wurde die Einrichtung vom Uniklinikum.





24. Juni 2021

Freiluftkonzert im Uniklinikum

20 Holz- und Blechbläser der Sächsischen Staatskapelle Dresden sind im Uniklinikum zu Gast. Bei drei 20-minütigen Konzerten im Außenbereich des Klinikums erfreuen sie die Patientinnen und Patienten mit Märschen und Polkas und sammeln gleichzeitig Spenden für einen guten Zweck. Die Aktion findet zugunsten der Stiftung Hochschulmedizin Dresden statt.



9. Juli 2021

Künstliche Intelligenz revolutioniert Krebsdiagnostik

Das Institut für Pathologie und das Dresdner Start-up »asgen« erproben ein auf künstlicher Intelligenz (KI) basierendes Softwaresystem. Dies hat bei der Bildanalyse das Potenzial, automatisiert Gewebemerkmale zu bestimmen. Das Else Kröner Fresenius Zentrum für Digitale Gesundheit schreibt zudem die Professur für Clinical Artificial Intelligence aus.



14. Juli 2021

Eine Chance für erfolgreichen Schulbesuch

Das Zentrum für Entwicklungsstörungen hilft Kindern und Jugendlichen bei der Integration in den Schulalltag. Der Rotary Club Dresden »Goldener Reiter« unterstützt mit einer Spende die pädagogische Arbeit des Zentrums sowie acht tagesklinische Plätze für spezielle Diagnostik und schulisch-therapeutische Förderung.



23. Juli 2021

Bronze-Zertifizierung „rauchfrei plus“ für die MK I

Die Medizinische Klinik I hat im Sommer die erste Zertifizierungsrunde durchlaufen und damit den Bronze-Status „rauchfrei plus“ nach den Vorgaben des „Global Network for Tobacco Free Healthcare Services“ erhalten. Die dazu eingegangenen Selbstverpflichtungen sowie die initiierten Strukturen strahlen in vielen Aspekten auf das gesamte Uniklinikum aus.

11. August 2021

„Du schaffst das!“

Olympiasieger Tom Liescher bedankt sich beim Universitäts Centrum für Orthopädie, Unfall- und Plastische Chirurgie für die Betreuung nach seinem Trainingsunfall im Herbst 2020. Dafür kommt er samt Goldmedaille an das Uniklinikum. Nach seinem Trainingsunfall mit fünf gebrochenen Wirbelfortsätzen war lange nicht klar, ob und wann er wieder in das Boot steigen kann.



23. August 2021

Individualisierte Hochpräzisions-Bestrahlung

So sieht die Zukunft in der Strahlentherapie aus: Photonen im Magnetfeld ermöglichen eine Strahlentherapie bei gleichzeitigem Blick ins Körperinnere des Menschen. Der hochmoderne MR-Linearbeschleuniger „Unity“ der Firma Elekta setzt dabei neue Standards in der personalisierten Strahlentherapie.



5. September 2021

Berufsschule für Medizinische Fachangestellte

Die vom Universitätsklinikum gegründete Einrichtung begrüßt den ersten Jahrgang mit insgesamt zwölf Schülerinnen und Schülern. Sie beginnen ihre Ausbildung zu Medizinischen Fachangestellten (MFA) und bilden den ersten Jahrgang, der komplett am Uniklinikum ausgebildet wird. Bisher fand am Uniklinikum lediglich die praktische Ausbildung der MFA statt.



7. September 2021

Stiftung Hochschulmedizin mit neuem Vorstand

Dr. Andreas Sperl löst die Gründungsvorstände Prof. Michael Meurer und Prof. Hans-Detlev Saeger ab. Seit 2012 hat die Stiftung 5,7 Millionen Euro eingeworben. Kernthemen sind bessere Forschung, Lehre und Patientenversorgung. Ebenfalls neu im Vorstand ist Prof. Dr. Lena Seifert. Sie ist Oberärztin in der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie.





8. September 2021

Ein Herz für Insekten und Vögel

Die klinikumsinterne Umweltinitiative „Carus Green“ engagiert sich für einen bewussteren Umgang mit natürlichen Ressourcen. Beim neunten Umwelttag werden über 100 neue Büsche und Sträucher gepflanzt. Bereits ein Sechstel des Klinikumsfuhrparks besteht aus elektrisch angetriebenen Fahrzeugen.



7. Oktober 2021

Anton ist das 2.000. Baby

Der Junge kam am 7. Oktober um 7.07 Uhr zur Welt. Er wog bei der Geburt 4.045 Gramm und war 53 Zentimeter groß. Bis zu diesem Tag zählte die Uni-Frauenklinik 1.920 Geburten mit insgesamt 2.000 geborenen Kindern. Davon waren 976 Mädchen und 1.024 Jungen. 79 Mehrlingsgeburten sind in der Statistik – davon 78 Zwillingspaare und einmal Drillinge.



14. Oktober 2021

Katheter-Eingriffe nach Schlaganfall trainiert

Das Institut für Neuroradiologie schult 16 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland. Sie werden in einem Hands-on-Training in die mechanische Thrombektomie eingewiesen. Dieser katheterbasierte Eingriff zur Entfernung von Blutgerinnseln großer Hirngefäße ist zentraler Baustein der Akut-Behandlung des ischämischen Schlaganfalls.



29. Oktober 2021

Netzwerk „SOS-NET“ erfolgreich rezertifiziert

Das Neurovaskuläre Netzwerk ist von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie erfolgreich rezertifiziert worden. Mit dem positiven Votum zeichnen die Auditoren das Netzwerk für Qualität und Abläufe in der klinikübergreifenden Akutversorgung von Schlaganfallbetroffenen aus.

1. November 2021

Gripeschutz und Covid-19-Booster-Impfungen

Seit Oktober impfen die Teams des Betriebsärztlichen Dienstes die Mitarbeitenden des Uniklinikums. Nur bei ausreichend hoher Impfquote unter medizinischem und pflegerischem Personal sowie unter älteren und immunsupprimierten Menschen lässt sich eine Überforderung des medizinischen Systems und der Krankenversorgung verhindern.



4. November 2021

Auszubildende übernehmen eine Station

Zwei Wochen lang übernehmen 19 Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege aus dem dritten Lehrjahr einen Teil der Strahlentherapiestation des Klinikums. Sie koordinieren die Versorgung der Patientinnen und Patienten und nehmen pflegerische Aufgaben wahr. Begleitet werden sie von examiniertem Pflegepersonal und dem Team der Praxisanleitung.



8. November 2021

Zusätzliche Stationen für an Covid Erkrankte

Die Umstrukturierung aufgrund steigender Covid-19-Fälle zwingt das Klinikum zur vorübergehenden Aufgabe der geriatrischen Station und einem reduzierten OP-Betrieb. Bestehende Termine in den Ambulanzen und zu stationären Behandlungen finden dennoch statt. Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten bleibt ebenso gewährleistet wie die Notfallversorgung.



22. November 2021

Gedenkort für Opfer der Corona-Pandemie

Eine im Seelsorgezentrum aufgestellte Holzskulptur wird in aller Stille eingeweiht. Angesichts erneut dramatisch steigender Infektionszahlen verbindet der Vorstand die Einweihung mit dem dringenden Appell zur Vorsicht, für Abstand, Hygiene und zur Impfung. Die Skulptur des Künstlers Prof. Ulrich Eißner in Form des griechischen Omegas steht für das Ende des Lebens.





17. Dezember 2021

Kinderimpfung am Uniklinikum

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin hat mit der Impfung von Kindern ab einem Alter von fünf Jahren begonnen. Geimpft wird nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision. Demnach sollen vor allem chronisch kranke Kinder den Schutz gegen das Corona-Virus bekommen. Hierzu beraten die Ärztinnen und Ärzte der Uni-Kinderklinik die Eltern eingehend.



31. Dezember 2021

Zwei Mädchen bestimmen den Jahreswechsel

Am 1. Januar 2022 erblickte Vivi (49 Zentimeter / 3.300 Gramm) um 1.35 Uhr das Licht der Welt. Sie folgte auf Maja Marta (54 Zentimeter / 4.015 Gramm), die am 31. Dezember um 22:33 Uhr geboren wurde. Das Team im Kreißsaal betreute 2021 insgesamt 2.502 Geburten – das sind zehn mehr als 2020 – darunter 107 Zwillingsgeburten und zwei Drillingsgeburten.

Ausblick 20. Juni 2022

MR-LINAC geht in Betrieb

Für das erfolgreiche Fortbestehen und Wirken der Hochschulmedizin Dresden im Sinne einer modernen Patientenversorgung sind auch künftig weitere Neubauten und Investitionen notwendig. An vielen Stellen auf dem Campus in der Johannstadt wird gebaut. Im Juni 2022 ist der neue Magnetresonanz-Linearbeschleuniger (MR-LINAC) in Betrieb gegangen. Erste Patientinnen und Patienten werden nun damit therapiert. Es ist das fünfte dieser Geräte in Deutschland. Weltweit gibt es nur 50 Standorte, an denen die Bestrahlung mit Photonen kombiniert mit Echtzeit-Bildgebung des Tumors möglich ist. Der Freistaat Sachsen fördert Forschungsvorhaben zum Einsatz des Geräts und zur Vorhersage von Tumoransprechen. (Bild rechte Seite)

Elekta

Unity

Volle Kraft für die Hochschulmedizin Dresden

Synergien schaffen, Kooperationen leben – unter diesem Motto stehen die nächsten Entwicklungsschritte für das Universitätsklinikum. Dabei spielen die Mitarbeitenden der Hochschulmedizin Dresden eine entscheidende Rolle. Nur mit ihnen kann es gelingen, den vielfältigen aktuellen und künftigen Herausforderungen erfolgreich zu begegnen und gleichzeitig der Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie den Menschen in der Region gerecht zu werden. Vorstand, Medizinerinnen und Mediziner, Pflegende, Mitarbeitende in den technischen Bereichen sowie in der Verwaltung können nur gemeinsam zielorientiert arbeiten und so erfolgreich sein. Dabei geht es auch darum, offene Stellen zu besetzen und Mitarbeitende langfristig zu binden. Mit dem Renommee einer attraktiven, exzellenten Marke, für die die Hochschulmedizin Dresden als einer der größten Arbeitgeber in der Region und als Supra-Maximalversorger steht, kann es gelingen, Menschen aus der Region und darüber hinaus zu überzeugen.

Ziel ist es, neue Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu rekrutieren, aber auch vorhandenes Personal zu halten. Im Fokus stehen dabei der Lebensalltag der Mitarbeitenden und die individuellen Bedürfnisse der Menschen in den einzelnen Arbeitsbereichen. Als neue Angebote bietet das Universitätsklinikum unter anderem das Bike-Leasing mit bereits über 300 registrierten Jobrädern unter den Mitarbeitenden. Es geht aber auch um gemeinsames Erleben und Wirken, gegenseitige, gelebte Wertschätzung und die Chance für jeden einzelnen Mitarbeitenden, sich einzubringen und mitzuwirken. Hier Modelle und Angebote zu schaffen, die angenommen und genutzt werden, ist eine der großen Herausforderungen der kommenden Jahre. _



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Herausgeber

Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Telefon +49 351 458-0, www.ukdd.de

Kontakt

Zentralbereich Kommunikation, Claudia Dietz,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Telefon +49 351 458-2028, kommunikation@ukdd.de

Konzept, Redaktion, Gestaltung

© 2022 | Ketchum GmbH Dresden, www.ketchum.de

Copyright: Bild · Grafik · Illustration

Thomas Albrecht, Annechristin Bonß, Michael Doerwald, Marc Eisele, Kirsten Johannes Lassig,
Holger Ostermeyer, Christoph Reichelt, Marcel Tenschert, Stephan Wiegand,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Foto Dähn, iStock.com

2. Auflage, 1.500 Stück, 08|2022

© 2022 · Alle Rechte vorbehalten.

Das Urheberrecht für Konzept sowie gestalterische Umsetzung dieses Buches liegt komplett bei dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden sowie bei der Ketchum GmbH. Die Vergabe der zeitlich und räumlich unbegrenzten Nutzungsrechte obliegt den oben bezeichneten Urhebern. Eine Adaption bedarf der ausdrücklichen Zustimmung durch die oben bezeichneten Urheber. Nachdruck und Vervielfältigung der redaktionellen Texte einschließlich Speicherung und Nutzung auf optischen und elektronischen Datenträgern sind nur mit Zustimmung der oben bezeichneten Urheber möglich. Die ganze oder teilweise Adaption des Konzepts und damit der Gestaltung durch unberechtigte Dritte ist untersagt.





[/ukdresden](#)

ukdd.de