

Anke Renter/Dr. Christian Utler

# Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

*Die Autoren beschreiben den Prozess der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach ISO 9001 im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Entscheidend sind nach dieser Darstellung eine ausreichende Ist-Analyse, klare inhaltliche Vorgaben, eindeutige strukturelle und organisatorische Festlegungen sowie die personellen Verantwortlichkeiten bis hinunter in die einzelnen Kliniken, wo die Hauptarbeit beim Aufbau des Qualitätsmanagement-Systems zu leisten ist. Ausreichende Personalressourcen sowie Motivation, Ansporn und Unterstützung durch die Klinikleitung bilden die Grundvoraussetzung für den Erfolg der QM-Projektarbeit.*

## 1. Einleitung

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ist mit 1 369 Betten, 120 Betten der „Universitären Herzzentrum gGmbH“ und 330 000 ambulanten Patientenkontakten im Jahr an einem Standort das größte Krankenhaus in Hamburg. Gegliedert ist das UKE in 14 Zentren, 37 Kliniken und Polikliniken sowie 35 Institute. Hinzu kommen verschiedene regionale Kooperationen und weiter wachsende internationale Aktivitäten, die für ein Universitätsklinikum unerlässlich sind. Durch den Gesetzgeber sind die Krankenhäuser seit 2001 zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Die Androhung von Vergütungsabschlägen und die geforderte Transparenz durch die Qualitätsberichte zwingen zur zügigen Implementierung eines prozessorientierten Qualitätsmanagement-Systems (QM-System).

Die Verpflichtung des Gesetzgebers sollte von den Krankenhäusern nicht als eine lästige Pflicht betrachtet, sondern als Chance genutzt werden, um das eigene Denken und Handeln zu hinterfragen. Die wichtigste Entscheidung fällt zu Beginn des QM-Prozesses: Welches der verschiedenen verfügbaren QM-Systeme ist für uns das passende? Welche Ziele verfolgen wir? Welche Kosten und welcher nachhaltige Nutzen sind für das Unternehmen zu erwarten?

Das UKE hat sich für ein QM-System nach DIN EN ISO 9001:2000 entschieden, im Folgenden als ISO 9001 bezeichnet. Die ISO 9001 bildet einen Rahmen, der nach den Anforderungen und Gegebenheiten der medizinischen Einrichtung zu erfüllen ist. Im Mittelpunkt stehen die Prozesse für die Dienstleistungsentstehung und das Ressourcenmanagement. Die „Kunden“, in diesem Fall die Patienten, die Einweiser, die Kostenträger, aber auch die Klinikbeschäftigten mit ihren unterschiedlichen Anforderungen an die Leistungserstellung und die Zufriedenheit mit der Dienstleistung, stehen im Fokus. Es gilt unter anderem, Verantwort-

lichkeiten verbindlich zuzuordnen, Prozesse zu überdenken, Schwachstellen und Rationalisierungsoptionen aufzudecken sowie Abläufe und Schnittstellen durch die Dokumentation in Arbeitsanweisungen transparent zu machen.

## 2. Projektablauf

### 2.1 Planung

Gemäß der Strategie des Vorstands soll der Aufbau von ISO-konformen QM-Systemen in den Kliniken und Instituten des UKE bis Mitte 2008 abgeschlossen sein. Die Bestätigung der Wirksamkeit soll durch Peer-Review-Verfahren oder auf Wunsch der Klinik alternativ durch eine externe Zertifizierung erfolgen. Bis Mitte 2006 wurden durch den Geschäftsbereich Qualitätsmanagement (GB-QM) bereits 16 Kliniken, 8 Institute sowie 6 weitere Bereiche akkreditiert bzw. zertifiziert (vergleiche Tabelle 1). Der Aufbau und die Einführung des QM-Systems in einer Klinik sind organisatorisch klar strukturiert. Die Projektlaufzeit bis zur Fertigstellung des QM-Handbuchs beträgt 9 Monate und lässt sich in die Vorbereitungs-, die Implementierungs- und die Abschlussphase unterteilen (vergleiche Abbildung 1). ▶



### „Weiterbildung zur Leitung einer Station oder Abteilung“ (E-Learning unterstützt)

**Kursstart: 15.01.07 Kursende: 10.06.08**

Dieser Lehrgang erfüllt die Anforderungen zur Leitung eines ambulanten Pflegedienstes nach § 80 SGB XI und entspricht der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonal für die pflegerische Leitung einer Station oder Abteilung vom 15.03.1996.

Die Fortbildung umfasst 576 Stunden Theorie sowie 144 Stunden Praxis - Blockunterricht.

### „Fachweiterbildung zum Praxisanleiter“

**Kursstart: 23.04.07 Kursende: 27.11.07** Die Fortbildung umfasst 208 Stunden Theorie sowie 40 Stunden Praxis - Blockunterricht.

Nähere Informationen unter  
www.augusta-akademie.de oder in der  
Augusta-Akademie, Dr.-C.-Otto-Str. 27,  
44879 Bochum, Tel.: 0234/517-4901 -4902

**2.2 Leitfaden zur Projektsteuerung**

Die Kliniken werden ausschließlich durch Mitarbeiter des GB-QM unterstützt. Als Orientierungs- und Steuerungsinstrument wurde ein Leitfaden entwickelt und in der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin pilotiert, die Ende 2005 nach ISO 9001 zertifiziert wurde. Die Kontrolle und Überwachung der Projekte anhand von Meilensteinen und kritischen Kontrollfaktoren, wie in Abbildung 2 auf Seite 978 dargestellt, sind unerlässlich. Die Klinikleitung und der Vorstand des UKE als Mitglied der Steuerungsgruppe werden über den Stand der Projekte mittels monatlicher Statusberichte informiert. Ein frühzeitiges Eingreifen bei Problemen oder Verzögerungen im Projektablauf wird so möglich, Gegenmaßnahmen können umgehend eingeleitet werden.

**2.3 Ressourcenmanagement**

Ausreichende Personalressourcen sind die Grundvoraussetzung für den Erfolg der QM-Projektarbeit (siehe Tabelle 2). Der Verantwortliche vor Ort ist der Qualitätsmanagement-Koordinator (QMK) der jeweiligen Klinik. Die Aufgaben der QMKs – in Abgrenzung zu den Tätigkeiten des GB QM – sind in einer Arbeitsanweisung festgelegt. Unterstützt wird der QMK durch eine mit interessierten Mitarbeitern interdisziplinär besetzte Projektgruppe (Q-Team), die sich an der Erarbeitung von Prozessbeschreibungen insbesondere im Zusammenhang mit der Schnittstellenproblematik und der Ermittlung von Kennzahlen beteiligt. Diese Gruppe steht weiteren Mitarbeitern als „peers“ für Fragen und Probleme zur Verfügung. Die Quali-

**Tabelle 1: Zertifizierte bzw. akkreditierte Bereiche im UKE**

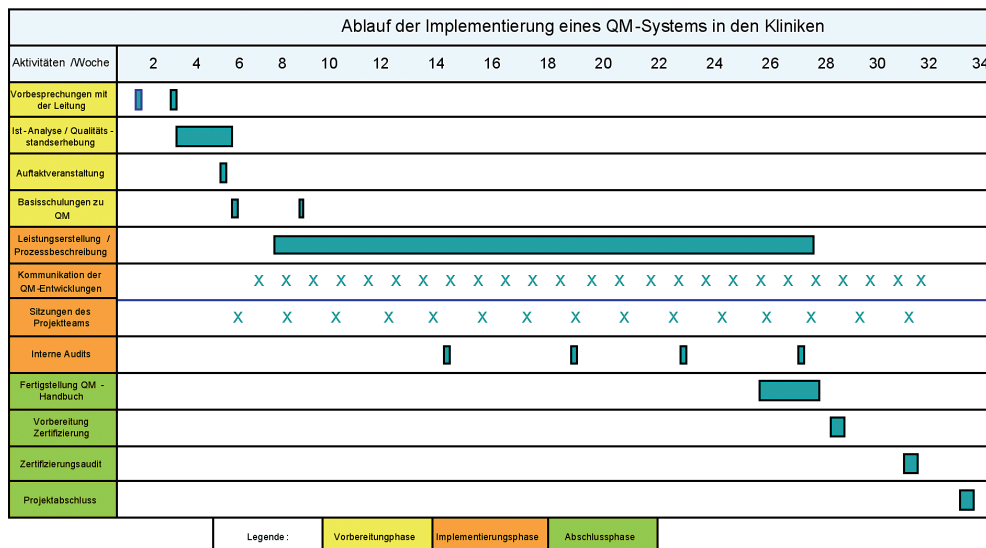
Klinik und Poliklinik für bzw. Zentrum (ISO 9001)	seit	Institut für	seit	Weitere Bereiche	seit
Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde	05/2003	Toxikologie (GLP) ausgesetzt 2005	06/1998 04/2002	Apotheke (ISO 9001) Apothekenkammer	1998/99 2003
Brustzentrum	04/2004	Transfusionsmedizin (GMP)	ca. 2000	Klinik Medizintechnik Eppendorf GmbH (ISO 13485, 9001)	05/2006
II. Medizinische Klinik und Poliklinik	08/2005	Neuropathologie (ISO 45001/17025) (ISO 17020)	06/2000 09/2005	Klinik Gastronomie Eppendorf GmbH (ISO 9001)	08/2005
Augenheilkunde	08/2005	Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene (ISO 17025) (ISO 15189)	01/2001 09/2005	Klinik Facility Management Eppendorf GmbH (ISO 9001)	11/2005
Radiologisches Zentrum: Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Strahlentherapie und Radioonkologie, Nuklearmedizin, Neuroradiologie, Kinderradiologie, MVZ	10/2005	Klinische Chemie/ Zentrallaboratorien (ISO 17025) (ISO 15189)	07/2001 07/2006	Geschäftsbereich Qualitätsmanagement (ISO 9001)	02/2006
	04/2002	Rechtsmedizin (ISO 17025)	10/2004	Sozialdienst (ISO 9001)	06/2006
	12/2004	Immunologie (ISO 15189)	01/2005		
	09/2000 07/2003 10/2005 12/2004	Neugeborenscreening (ISO 15189)	11/2005		
Geburtshilfe und Pränatalmedizin	11/2005				
Universitäres Herzzentrum: Kardiologie und Angiologie, Herz- und Gefäßchirurgie, Kinderkardiologie, Kinderherzchirurgie	06/2006				
Kinder- und Jugendpsychiatrie	06/2006				

Quelle: eigene Darstellung auf der Intranet-Seite des GB QM

tätsmanagement-Koordinatoren und die Projektgruppen stellen den entscheidenden Personenkreis für die klinikinterne Kommunikation im Zusammenhang mit dem Aufbau des QM-Systems dar.

Die entsprechenden materiellen Ressourcen (Zeit, Überstundenvergütung, technische und räumliche Ausstattung etc.) werden von der Klinikleitung im Vorhinein geklärt und bereitgestellt. Nach einem Projekterfolg kann auf ein vom Vorstand zugewiesenes Budget zurückgegriffen werden. Schulungen

**Abbildung 1: Darstellung des Projektablaufs**



Quelle: eigene Darstellung aus Leitfaden für die Implementierung eines QM-Systems

der Mitarbeiter über die Bedeutung der wichtigsten QM-Begriffe, die QM-Philosophie und den Umgang mit dem elektronischen QM-Dokumentenmanagement werden im Verlauf durch den GB QM durchgeführt. Der Umgang mit der QM-Dokumentation und die Einbindung der entsprechenden Formulare in die tägliche Arbeit werden auf diesem Weg allen Mitarbeitern vertraut gemacht. Bei Projektabschluss mit einem Zertifizierungsaudit finden weitere vorbereitende Schulungen statt.

**2.4 Qualitätsstandserhebung vor Ort**

Die ausführliche Erhebung des aktuellen Qualitätsstands in einer

**Tabelle 2: Benötigte Ressourcen (QMK, gesamte Klinik, Mitarbeiter des GB QM)**

Tätigkeiten	Std. nur QMK	Std. Klinik gesamt	Std. GB QM
Vorbereitungen	50	118	23
Prozessbeschreibungen, Erstellung von Standardarbeitsbeschreibungen	115	371	232
Interne Audits (ca. 4)	10	24	16
Management Bewertung	5	20	4
Vorbereitung/Durchführung der Zertifizierung	30	35	25
Projektabschluss	10	10	8
Summe	220	585	311

Quelle: eigene Darstellung aus Leitfaden für die Implementierung eines QM-Systems

Klinik (Ist-Analyse) bildet die Grundlage für zu erstellende Prozessbeschreibungen, führt zur Klärung von Verantwortlichkeiten bzw. Zuständigkeiten und gehört damit zu den wichtigsten Erfolgskriterien bei der konkreten Implementierung eines QM-Systems. Die Ist-Analyse sollte möglichst vor der Auftaktveranstaltung durchgeführt werden, um bereits genaue Angaben über vorhandene bzw. zu erstellende QM-Dokumente und damit zu dem auf die jeweilige Klinik zukommenden Arbeitsaufwand machen zu können. Anhand der ermittelten Schwachstellen werden klinikspezifische Optimierungsprojekte benannt und bearbeitet. Beispiele hierfür sind: die einheitliche Regelung der Blutentnahmen (wer und wann?); die Festlegung der Aufgaben der Stationssekretärin (was gehört dazu und was nicht?); die Darstellung der Besprechungen (wer mit wem, worüber, wie häufig?); die Regelung von ärztlichen Sprechzeiten. Die Priorisierung der zu beschreibenden Prozesse und die Konkretisierung des Projektplans erfolgen in der Projektgruppe nach Rücksprache mit den Mitarbeitern der Klinik. Somit müssen und werden alle Mitarbeiter in den Aufbau des QM-Systems miteinbezogen werden.

## 2.5 Erstellen von Prozessbeschreibungen

Für die Beschreibung der Verfahren und Leistungen sind der Detaillierungsgrad und die Art der Darstellung möglichst frühzeitig festzulegen. Es bieten sich die rein textliche Darstellung, Fließdiagramme, Tabellen, Matrizen oder Bebilderung an. Entscheidend ist, die QM-Dokumentation entsprechend den Wünschen und Anforderungen der je-

**Tabelle 3: Grundvoraussetzungen für die Implementierung eines QM-Systems**

Grundvoraussetzungen für die Implementierung eines QM-Systems
• Motivation, Ansporn und Unterstützung durch die Leitung: „Mit gutem Beispiel vorangehen!“
• Bildung eines Projektteams (Q-Team) aus interessierten Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen. Dieses unterstützt den benannten Qualitätsmanagement-Koordinator (QMK) bei seiner Tätigkeit.
• Schulungen für den QMK und das Q-Team
• Strikte Zeitplanung mit Vorgaben, was wer bis wann erledigen muss.
• Einrichtung eines interprofessionellen Forums mit 14-tägigen Sitzungen
• Wöchentliche Kommunikation der SOPs und der QM-Entwicklungen (zum Beispiel bei Übergaben, Mitarbeiterbesprechungen)
• Zeitressource für den QMK, das Q-Team und andere beteiligte Mitarbeiter

Quelle: eigene Darstellung aus Leitfaden für die Implementierung eines QM-Systems



**Ihr Anschluss an die Zukunft: ganzheitliche Kommunikationslösungen**

Insbesondere im Gesundheitswesen erfolgt die Auswahl der Technik mit besonderer Sorgfalt und Weitblick. Wer als Betreiber sein Krankenhaus fit für die Zukunft machen möchte, braucht daher einen starken Partner. Als Marktführer bietet Ackermann clino langlebige Kommunikationslösungen aus einer Hand.

Systeme von Ackermann clino vereinfachen Planung und Installation und senken den Zeit- und Kostenaufwand erheblich – nicht nur bei der Implementierung, sondern aufgrund langlebiger Systemkomponenten mit verlässlicher Technik über einen außergewöhnlich langen Zeitraum.

Systeme von Ackermann clino vereinfachen Planung und Installation und senken den Zeit- und Kostenaufwand erheblich – nicht nur bei der Implementierung, sondern aufgrund langlebiger Systemkomponenten mit verlässlicher Technik über einen außergewöhnlich langen Zeitraum.

**ACKERMANN clino**  
by Honeywell

Besuchen Sie uns in Düsseldorf auf der MEDICA in **Halle 14, Stand B40**, vom 15. bis 18. November 2006.

weiligen Zielgruppe zu gestalten, wobei hier immer von Experten der Inhalte ausgegangen und der Fokus auf die Klärung von Schnittstellen, Verantwortlichkeiten, Information und Prävention gelegt wird. Gleichzeitig sind dadurch Abläufe effizienter zu gestalten und Schwachstellen zu bearbeiten. Dabei werden übergeordnete Verfahrensanweisungen des UKE mit eingebunden, dem jeweiligen „klinikinternen Kosmos“ angepasst und kommuniziert. Die systematische Bearbeitung solcher Prozesse erfolgt in der Regel in der Projektgruppe unter Einbeziehung der betroffenen Mitarbeiter. Verbesserungen direkt an einzelnen Schwachstellen sind ein wichtiger Effekt bei der Einführung eines QM-Systems, das auf diese Weise als sinnvoll erlebt wird. Die Einbindung des zentralen Beschwerdemanagements und des medizinischen Risikomanagements steht am Ende der Implementierungsphase.

### 2.6 Reporting

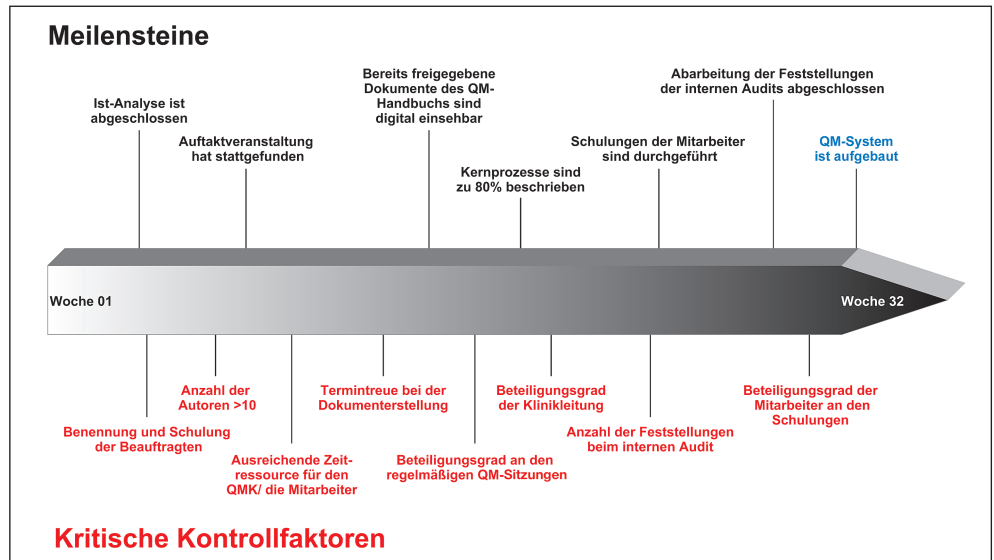
Während der QM-Einführung sind die Kommunikation und die Information der Mitarbeiter über den Projektstand von großer Wichtigkeit und sollten nicht unterschätzt werden. Die 14-tägigen Sitzungen des Q-Teams werden durch wöchentliche Kurzbesprechungen, zum Beispiel bei Übergaben oder Frühbesprechungen, flankiert. Diese dienen der Diskussion von neu erstellten oder angepassten Prozessbeschreibungen, von Schwachstellen, der Information über den Stand der QM-Einführung und der Umsetzung möglicher Korrekturmaßnahmen. Auch Mail-Rundbriefe und Aushänge in den Aufenthaltsräumen kommunizieren den Stand der QM-Projektarbeit. Durch das Reporting-System wird die Klinikleitung in die Entwicklung des QM-Systems eingebunden und ist verpflichtet, sich auch bei der Erarbeitung von Prozessbeschreibungen einzubringen.

### 2.7 Durchführung von Internen Audits

Mit Unterstützung durch den GB QM werden im Projektverlauf pro Klinik mindestens 4 interne Audits in einzelnen Bereichen und/oder zu Themenschwerpunkten organisiert. Besonders Audits zu gesetzlichen Anforderungen, zum Beispiel MPBetreibV, Hygiene, Einhaltung von Sicherheitsvorschriften, werden frühzeitig eingeplant, um der Klinik genügend Zeit für die Umsetzung von Korrekturmaßnahmen einzuräumen.

Im weiteren Projektverlauf werden die erstellten SOPs auf ihre Richtigkeit und Angemessenheit bezüglich einzelner Arbeitsabläufe und ihrer Anwendbarkeit überprüft und die Mitarbeiter dazu befragt. Die jeweiligen Auditergebnisse werden durch den GB QM in einem strukturierten Auditbericht zusammengefasst und bewertet. Neben der Benennung der festgestellten Probleme, Schwachstellen und Normabweichungen werden nach Möglichkeit bereits Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen festgelegt.

Abbildung 2: Meilensteine und kritische Kontrollfaktoren



Quelle: eigene Darstellung aus Leitfaden für die Implementierung eines QM-Systems

### 3. Fazit

Seit Oktober 2005 wurde in 14 Kliniken mit der Implementierung eines ISO-konformen QM-Systems begonnen. Die Voraussetzungen in den einzelnen Kliniken waren sehr unterschiedlich. Die in der Tabelle 3 genannten Grundvoraussetzungen wurden für den Projektbeginn gefordert und durchgesetzt. Im weiteren Projektverlauf konnten zwar individuelle Wünsche der Kliniken berücksichtigt werden, zum Beispiel Zeitpunkt und Ablauf einer Auftaktveranstaltung, das prinzipielle Vorgehen gemäß Abbildung 1 wurde jedoch beibehalten. Die bisherigen Projektverläufe zeigen, dass mithilfe des Leitfadens ein strukturiertes Vorgehen gelingt. Bereits die Implementierung eines QM-Systems generiert spürbare Verbesserungen in unterschiedlichen Klinikbereichen. Unterstützt werden Aktivitäten zur Verbesserung durch engagierte Mitarbeiter, einen motivierten und motivierenden Klinikdirektor sowie durch die Bearbeitung und Auswertung von Meldungen an das zentrale Beschwerdemanagement des UKE und den Meldekreis im Critical Incident Reporting System.

Mit der Empfehlung des externen Auditors zur Zertifizierung ist das QM-System allerdings nicht ein für alle Mal fertig gestellt. Es muss ständig weiterentwickelt, überprüft und verbessert werden. Gleiches gilt für den Leitfaden zur Implementierung eines ISO-konformen QM-Systems. Er wurde und wird in regelmäßigen Abständen vom GB-QM evaluiert und entsprechend angepasst, um die Implementierung von QM-Systemen in den Kliniken des UKE noch effizienter und effektiver zu gestalten.

Anschrift der Verfasser:

Anke Renter, Dipl.-Pfleger. (FH),  
 (E-Mail: a.renter@uke.uni-hamburg.de)  
 Zentrale Dienste, Geschäftsbereich Qualitätsmanagement/  
 Dr. Christian Utler,  
 Leiter des Geschäftsbereichs Qualitätsmanagement,  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
 Martinistraße 52,  
 20246 Hamburg ■