

HKG

Hamburgische
Krankenhaus-
gesellschaft e.V.

**Berichte der
Hamburger Krankenhäuser
gemäß Hamburger Erklärung
2008**

Inhaltsverzeichnis

Grußwort.....	3
Albertinen Krankenhaus/Albertinen Haus.....	4
Altonaer Kinderkrankenhaus	8
Asklepios Klinik Altona	10
Asklepios Klinik Barmbek	15
Asklepios Klinik Harburg.....	18
Asklepios Klinik Nord.....	21
Asklepios Klinik St. Georg	24
Asklepios Klinik Wandsbek.....	27
Asklepios Westklinikum Hamburg	30
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	33
Bethesda – Allgemeines Krankenhaus.....	36
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg	38
Cardio Clinic Hamburg	45
Diakonie – Klinikum Hamburg	47
Die Facharztambulanz Hamburg	49
ENDO – Klinik Hamburg	51
Evangelisches Amalie Sieveking – Krankenhaus.....	54
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf.....	57
Fachklinik Helmsweg.....	60
Heinrich – Sengelmann – Krankenhaus	63
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg	68
Israelitisches Krankenhaus Hamburg	71
Janssen – Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg	73
Katholisches Marienkrankenhaus.....	74
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift.....	77
KLINIK Dr. GUTH	79
Klinik Fleetinsel Hamburg	82
Krankenhaus Großhansdorf	83
Krankenhaus Jerusalem.....	85
Krankenhaus Reinbek St. Adolf – Stift	87
Krankenhaus Tabea	89
Praxis – Klinik Bergedorf	91
Praxisklinik Mümmelmannsberg.....	93
Schön Klinik Hamburg-Eilbek.....	96
Universitätsklinikum Eppendorf	99
Werner Otto Institut	101
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand.....	102
Impressum	105

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen erstmals einen Bericht über die Umsetzung der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in unseren Hamburger Krankenhäusern vorlegen zu können.

Die Hamburger Krankenhäuser verpflichten sich seit 2004 mit Unterzeichnung der Hamburger Erklärung jedes Jahr freiwillig, ein strukturiertes Beschwerdemanagement vorzuhalten. Dies ist eine weitreichende Selbstverpflichtung mit vielen Konsequenzen für die tägliche Arbeit. Besonderes Augenmerk soll der leichten Erreichbarkeit der Beschwerdestellen, der zügigen Bearbeitung von Beschwerden und einer größtmöglichen Unabhängigkeit der Beschwerdestellen zuteil werden. Die Transparenz bei der Bearbeitung der Beschwerden, die Pflichten und Befugnisse der Beschwerdebeauftragten, eine beschwerdefreundliche Unternehmenskultur und eine unabhängige Zertifizierung gehören ebenfalls dazu. Um Transparenz auch nach außen zu schaffen, veröffentlichen die Krankenhäuser jährlich – in diesem Jahr erstmals gebündelt durch die Hamburgische Krankenhausgesellschaft - einen Bericht über die Tätigkeiten der Beschwerdestellen.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft unterstützt die Krankenhäuser bei ihrer Arbeit. Seit Juli 2008 liegt die Fortführung und Weiterentwicklung der Hamburger Erklärung in der Verantwortung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. Dazu gehört auch die fachliche Begleitung der Beschwerdebeauftragten und in diesem Jahr erstmals die Unterstützung bei der Erstellung des Berichtes über die Tätigkeit der Beschwerdestellen.

Alle 38 Mitgliedskrankenhäuser der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft haben die Hamburger Erklärung im Juli 2008 unterzeichnet. Alle Krankenhäuser sind in diesem Jahr ihrer Berichtspflicht über die Tätigkeiten der Beschwerdestellen in 2008 nachgekommen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft veröffentlicht mit diesem Bericht einen thematisch gebündelten Auszug aus allen Berichten der Krankenhäuser. Der Schwerpunkt der Berichte liegt dabei auf der Frage, in welcher Form die Hamburger Erklärung umgesetzt ist, wie viele Patientenrückmeldungen es im Jahr 2008 gegeben hat und welche Ziele für die Weiterentwicklung der Hamburger Erklärung für das nächste Jahr in dem jeweiligen Krankenhaus bestehen.

Mit der Veröffentlichung dieses Berichtes möchten wir deutlich machen, dass die Krankenhäuser die Beschwerden der Patientinnen und Patienten in hohem Maße wertschätzen. Sie suchen nach Möglichkeiten, ihre Arbeit stetig zu verbessern. Denn mit Hilfe von Beschwerden können die Krankenhäuser Verbesserungsmöglichkeiten im Klinikalltag erkennen und beheben – für zufriedene Patienten. Aber auch um die medizinische Qualität weiter zu steigern und Spitzenklasse zu bleiben, wie es sich für Krankenhäuser einer Medizinmetropole gehört.



Dr. Claudia Spenk
HKG Geschäftsführerin



Kontakt

Ulrike Jaenicke
Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. (HKG)
Grevenweg 89
20537 Hamburg
Tel: (040) 25 17 36 29
presse@hkgev.de

Albertinen Krankenhaus Albertinen-Haus Medizinisch Geriatriische Klinik

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Albertinen-Krankenhaus (mit Geriatrie im Albertinen-Haus) hat 2004 die sogenannte Hamburger Erklärung, eine freiwillige Selbstverpflichtung der Hamburger Krankenhäuser zum Beschwerdemanagement, erstmalig unterzeichnet. Seitdem wurde das Beschwerdemanagement ständig weiter ausgebaut. Im September 2006 wurden in unserem Hause „Meinungskarten“ als eine zusätzliche Möglichkeit eingeführt, Lob, Anregungen oder Beschwerden aller Art vorzubringen. Seit Oktober 2006 sind in unserem Haus zwei Patientenfürsprecherinnen im ehrenamtlichen Einsatz.

Wir wollen das Beschwerdemanagement laufend weiterentwickeln und arbeiten deshalb zusammen mit Kooperationspartnern an einer Art „Prüfkatalog“, um die Qualität des Beschwerdemanagements messen bzw. uns mit anderen Einrichtungen vergleichen und von diesen lernen zu können. Im Folgenden soll stichpunktartig aufgeführt werden, wie das Albertinen-Krankenhaus und das Albertinen-Haus die Kriterien der Hamburger Erklärung umgesetzt hat:

1. Zugänglichkeit

Wir weisen über folgende Wege auf die Beschwerdemöglichkeiten hin: Die Kontaktdaten aller im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen (Telefon, Mail) sind im Internet veröffentlicht.

Alle aushängenden Stationsinformationen enthalten u.a. auch die Kontaktdaten zum Beschwerdemanagement. An zentralen Stellen des Hauses sind Kästen für Meinungskarten aufgestellt. Auf den meisten Stationen liegen Meinungskarten aus. Die Mitarbeiter der Zentrale wissen um die Möglichkeiten, eine Beschwerde vorzubringen (Meinungskarte, Beschwerdeformular etc.) und vermitteln Telefonate bzw. den Gesprächspartner vor Ort an die Beschwerdebeauftragte. Über Zeiten der Abwesenheit und die Vertretungsregelung sind sie informiert. Im Aufnahmeflyer des Albertinen-Krankenhauses wird auf die Ansprechpartner für den Beschwerdefall hingewiesen. Die Beschwerdebeauftragte ist während der Regelarbeitszeit jederzeit über ein mobiles Telefon erreichbar. Beschwerdeführer, die eine mündliche Beschwerde vorbringen wollen, werden in der Regel durch die Beschwerdebeauftragte persönlich an der Zentrale abgeholt. Das Büro der Beschwerdebeauftragten ist in beiden Häusern vom Haupteingang aus barrierefrei zu erreichen.

2. Zügige Bearbeitung

Direkt nach Eingang einer Beschwerde werden die Recherchen eingeleitet. Bei schriftlich vorgebrachten Beschwerden erfolgt eine erste Rückmeldung bzw. Eingangsbestätigung in der Regel innerhalb von drei Werktagen. Bei mündlichen/telefonischen Beschwerden wird mit dem Beschwerdeführer eine Frist vereinbart, innerhalb derer ein nächster Kontakt erfolgen wird. Sollte sich die Bearbeitung einer Beschwerde verzögern, geht ein Zwischenbescheid zu.

Der aktuelle Stand der Beschwerdebearbeitung wird in einer Datenbank erfasst und kann jederzeit nachvollzogen werden.

Albertinen-Krankenhaus

albertinen[†]

in besten Händen

Albertinen-Haus

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

albertinen[†]

in besten Händen

Kontakt

Ulrike Fuchs
Beschwerdebeauftragte
Albertinen-Krankenhaus
Süntelstraße 11 a
22457 Hamburg
Tel: 040 / 55 88 - 1
ulrike.fuchs@albertinen.de

Erika Luth
Beschwerdebeauftragte
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
Tel: 040/ 55 81 -0
erika.luth@albertinen.de

3. Unabhängigkeit

Neben der Beschwerdebeauftragten sind im Haus zwei Patientenfürsprecherinnen eingesetzt. In einem Konzept zum Beschwerdemanagement sind die Stationen der Beschwerdebearbeitung sowie die Aufgaben aller im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen benannt.

4. Transparenz

Transparenz der Funktion der beauftragten Personen und der Beschwerdewege ist nach innen durch das vorliegende Konzept (siehe Kriterium 3), nach außen durch die unter Kriterium 1 aufgeführten Maßnahmen gewährleistet.

Alle mündlichen und schriftlichen Meldungen sowie die Inhalte aller abgegebenen Meinungskarten werden in einer umfangreichen Datenbank erfasst. Auswertungen der Datenbank werden jährlich im Intranet des Krankenhauses veröffentlicht. Auf diese Weise werden die Mitarbeiter darüber informiert:

- wie viele Meldungen mit Lob- bzw. Beschwerdeäußerungen und wie viele Anregungen jährlich eingehen,
- durch welche Personengruppen diese Meldungen abgegeben wurden,
- welche Arten von Beschwerden, Anregungen und Lob mit welcher Häufung genannt werden,
- wie sich diese auf die einzelnen Bereiche verteilen und
- welche Änderungen/Verbesserungen eingeleitet wurden bzw. geplant sind.

Im Rahmen dieses Gesamtberichtes erfolgt eine ergebnisorientierte Veröffentlichung der Tätigkeiten der Beschwerdestelle durch die HKG.

5. Verantwortung

Für die Entgegennahme einer Beschwerde ist in unserem Haus grundsätzlich jeder Mitarbeiter zuständig. Die Pflichten und Befugnisse der mit der Beschwerdebearbeitung Beschäftigten sind im hausinternen Konzept zum Beschwerdemanagement schriftlich fixiert. Darin finden sich Regelungen zu den folgenden Teilbereichen:

- Beschwerdeanregung
- Beschwerdeannahme
- Beschwerdebearbeitung
- Beschwerdedokumentation, -rapport und Prozessoptimierung
- Anhang: Beschwerdeansprechpartner

6. Unternehmenskultur

Unsere Ziele im Beschwerdemanagement sind:

- Patienten, Angehörige und Besucher sollen angeregt werden, ggf. vorhandene Unzufriedenheit während des Aufenthalts und nicht erst nach Entlassung zu äußern.
- Systematische und kontinuierliche Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Patienten- und Angehörigenbeschwerden.
- Systematische Nutzung der aus Beschwerden gewonnenen Informationen zur kontinuierlichen Verbesserung der Leistungen der Krankenhausbetriebe.

Auch im „Albertinen-Knigge“ findet sich ein entsprechender Bezug: „Wir sehen eine Beschwerde als Möglichkeit an, mit dem Betroffenen in einen Dialog zu kommen und als Chance für Verbesserungen“.

Die Mitarbeiter der Albertinen-Gruppe können in einer eigenen Akademie (Albertinen-Akademie) u.a. Fortbildungen zu den Themen Gesprächsführung, Konfliktmanagement etc. besuchen.

**Albertinen-Krankenhaus
Albertinen-Haus**

7. Zertifizierung

Das Albertinen-Krankenhaus ist nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert. Im Kriterium zum Beschwerdemanagement haben wir überdurchschnittlich gute Ergebnisse erzielt.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Meldungen an das Beschwerdemanagement

schriftlich/ mündlich	231
Meinungskarten	664
Gesamtzahl aller Meldungen	895

Beschwerden 2008

in mündlicher Form	116
in schriftlicher Form	62
Gesamtzahl Beschwerden mündl./schriftl.	178

Meinungskarten

mit Lob-Äußerungen	450
mit Beschwerde-Äußerungen	318
mit Anregungen	78

(Mehrfachnennungen möglich)

Insgesamt werden im Albertinen-Krankenhaus pro Jahr etwa 58.000 Patienten behandelt, (ca. 22.000 stationäre, ca. 36.000 ambulante Patienten).

Verbesserungsmaßnahmen

Nach einer Umstellung der Essenversorgung im September 2006 waren die Beschwerden in 2007 in diesem Bereich stark angestiegen. Durch den Einsatz einer Steuerungsgruppe konnten logistische Probleme gelöst werden. Von anfänglich über 100 Beschwerden pro Monat liegt die Zahl inzwischen seit einem halben Jahr bei unter 10 Beschwerden monatlich.

Im Jahr 2008 lagen die Beschwerde-Schwerpunkte in den Bereichen Organisation und Ausstattung/Service. Ein sehr häufig genanntes Problem war beispielsweise die Bettensituation. Um eine bessere Steuerung der Patientenaufnahmen und der -verlegungen zu erreichen haben wir Anfang 2009 unter anderem ein Projekt zum Belegungsmanagement aufgelegt. An diesem Thema zeigt sich jedoch auch, dass sich im Beschwerdemanagement mitunter auch gesundheitspolitische Probleme widerspiegeln. So führt der stark angestiegene Zulauf in der Zentralen Notaufnahme zu einem enormen Aufnahmedruck auf den Stationen, so dass das Haus teilweise an seine Belegungsgrenzen stößt.

Im Bereich Ausstattung/Service wurden aufgrund von Beschwerden zahlreiche zeitnahe Reparaturen und Renovierungsarbeiten durchgeführt. Die Anregung einer Patientin wurde umgesetzt – ihre Meinungskarte enthielt folgenden Text: Die "Anmeldung" ist als solche schlecht zu erkennen, kein Schild vorhanden, die Leute gehen alle erst mal vorbei. Das Wort "Empfang" sollte in "Anmeldung" abgeändert werden.

Fazit/Ziele für das nächste Jahr

Wir freuen uns, dass die Mehrzahl der ausgefüllten Meinungskarten Lob oder Anregungen enthält – die Meinungskarten werden keineswegs nur als

Albertinen-Krankenhaus
Albertinen-Haus

„Meckerkasten“ genutzt! Unser Bestreben ist es, dieses positive Verhältnis zu halten.

Intern wollen wir die Rückmeldungen an die Mitarbeiter verbessern und führen demnächst in der Mitarbeiterzeitschrift „albertinen intern“ eine Rubrik zu Äußerungen auf Meinungskarten ein. Außerdem wollen wir innerhalb der Albertinen-Gruppe zukünftig unsere Beschwerden und Meinungskarten noch enger mit dem Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus (ein weiteres Krankenhaus der Gruppe) abgleichen, um so ggf. gemeinsame Verbesserungsmöglichkeiten zu finden.

**Albertinen-Krankenhaus
Albertinen-Haus**

Altonaer Kinderkrankenhaus



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit 2005 im Altonaer Kinderkrankenhaus. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement wurde bereits im Jahr 2003 am Altonaer Kinderkrankenhaus eingerichtet. Seither können über Beschwerdekästen, eine Telefonnummer mit Anrufbeantworter und eine E-Mail-Adresse Lob und Kritik dem Krankenhaus mitgeteilt werden. Der Verfahrensablauf ist strukturiert.

1. Zugänglichkeit

Alle Patienten erhalten den Beschwerdebogen bei der Aufnahme. Die ausgefüllten Bögen können in Beschwerdekästen eingeworfen, oder auf der Station abgegeben werden. An den Beschwerdekästen wird durch ein Poster auf das Beschwerdemanagement hingewiesen.

2. Zügige Bearbeitung

Die Beschwerdekästen werden täglich geleert und der Anrufbeantworter wird regelmäßig abgehört. Zuständig für die Bearbeitung der Beschwerden ist jeweils ein Mitarbeiter der Qualitätsmanagement-Gruppe. Bei nicht anonymen Beschwerden erhält der Beschwerdeführer erst eine Bearbeitungsmittteilung und dann innerhalb eines Monats eine endgültige Antwort auf seine Beschwerde.

3. Unabhängigkeit Alle Mitarbeiter der Qualitätsmanagementgruppe arbeiten unabhängig.

4. Transparenz

Der Beschwerdemanager ist namentlich benannt. Die Beschwerdebearbeitung wurde im Rahmen der Zertifizierung des Altonaer Kinderkrankenhauses strukturiert. Der Leiter des Qualitätsmanagements berichtet regelmäßig dem Direktorium über die eingegangenen Beschwerden. Das Direktorium beschließt Verbesserungsmaßnahmen, die dann in den Einzelbereichen umgesetzt werden.

Über erfolgte Verbesserungsmaßnahmen berichtet der Beschwerdemanager jährlich.

Das Altonaer Kinderkrankenhaus veröffentlicht seine Daten des Beschwerdemanagements erstmals für das Jahr 2008 über die Hamburgische Krankenhausgesellschaft.

5. Verantwortung

Alle Pflichten und Befugnisse der Personen, die Beschwerden entgegennehmen, sind klar geregelt.

6. Unternehmenskultur

Das Beschwerdemanagement besitzt im Altonaer Kinderkrankenhaus einen hohen Stellenwert. Qualitätsgruppe, Direktorium und Geschäftsführung begleiten aktiv den Verbesserungsprozess, der über die eingegangene Kritik erreicht wird.

7. Zertifizierung

Das Altonaer Kinderkrankenhaus ist seit dem 17.10.2007 zertifiziert nach DIN ISO 9001:2000.

Kontakt

Dr. Martin Richter
Beschwerdebeauftragter
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38
22763 Hamburg
Tel: 040 / 88 90 8 - 0
martin.richter@kinderkrankenhaus.net

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 gab es 152 erfasste Meldungen im Beschwerdemanagement des Altonaer Kinderkrankenhauses. 62% der eingegangenen Meldungen waren Beschwerden, 38 % Lob.

Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen

Die Beschwerden über zu lange Wartezeiten in der Notfallambulanz wurden analysiert und die Schichten personell verstärkt. Wegen der angespannten Parksituation hat das Altonaer Kinderkrankenhaus im Jahr 2008 einen Eltern- und Patientenparkplatz gebaut. Kleinere Beschwerden konnten oft direkt behoben werden.

Fazit

Das Altonaer Kinderkrankenhaus wird weiterhin offensiv mit Beschwerden umgehen und versuchen, ein höchstmögliches Verbesserungspotential aus jeder Beschwerde zu ziehen.

**Altonaer
Kinderkrankenhaus**

Asklepios Klinik Altona

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der AK Altona seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement wird über die Abteilung Qualitätsmanagement koordiniert und bearbeitet. Die Beschwerdebeauftragten sind in ihrer Arbeit unabhängig. Sie berichten direkt an den Geschäftsführenden Direktor.

Es besteht darüber hinaus eine Kooperation mit der unabhängigen Patienteninitiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement.

Die Abteilung Qualitätsmanagement koordiniert eigenständig spontane oder gezielte Begehungen im Hause mit dem Ziel Gäste, Patienten und



Kontakt

Angela Lichtner
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 81 - 0
a.lichtner@asklepios.com

Mitarbeiter direkt nach einem Leistungsfeedback zu befragen sowie die Räumlichkeiten hinsichtlich der Kundenorientierung zu inspizieren. Diese Begehungen werden in einem Housekeepingprotokoll dokumentiert. Aus den Beschwerden werden systematisch Verbesserungspotentiale abgeleitet, um im Rahmen einer positiven Fehlerkultur nachhaltige Verbesserungen zu bewirken. Der Fokus liegt dabei auf dem Ansatz des präventiven Beschwerdemanagements.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich vor allem niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch übermittelt werden.

Patientenbefragung und Meinungskarte

Um ein fortlaufend aktuelles Meinungsbild der Patienten zu erhalten, wurde eine Meinungskarte für die Patienten eingeführt. Jeder stationär aufgenommene Patient erhält bei der Aufnahme eine Meinungskarte. Sie kann entweder nach Entlassung als Postkarte zurück gesandt oder in Hauspostkästen u.a. auf Station eingeworfen werden.

Die seit mehreren Jahren in der Asklepios Klinik Altona bewährte Meinungskarte für Patienten wurde aufgrund der analysierten Daten weiter verbessert. In einem veränderten Fragenspektrum, speziell zum Thema Wartezeiten, können Patienten nun detaillierte Angaben von Erfahrungen aus der Klinik dokumentieren.

Abgefragte Themenkomplexe sind:

- Aufnahme in das Krankenhaus
- Ärztliche Betreuung
- Pflegerische Betreuung
- Wartezeiten
- Organisation- Wartezeiten, Angaben des Ortes
- Unterbringung und Service
- Entlassung
- Gesamteindruck
- Angaben zur Person
- Freitextfeld

Außerdem gibt es folgende Möglichkeiten für Lob- oder Beschwerdeanliegen:

- Ansprechpartner: Abteilung Qualitätsmanagement
- Ansprechpartner: Mitarbeiter aus den Fachbereichen
- Informationsposter
- Externe Beschwerdemöglichkeiten
- Verbraucherzentrale
- [PI(K)]. Patienteninitiative im Krankenhaus

Einen hohen Stellenwert stellt die Weiterentwicklung unseres Servicelevels dar; ausgewählte Traineeangebote stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Das Lufthansa-Flight-Training und Schulungen durch ein Hotel der Premiumklasse zum Thema Kundenorientierung beeinflussen nachhaltig eine kundenorientierte Haltung sowie Verhaltensweisen der Mitarbeiter. Zielgruppe der Mitarbeiter sind primär Bereiche mit hohen Patientenkontakten.

Zügige Bearbeitung

Jede Beschwerde ist wichtig, wird sehr ernst genommen und sofort an den

Asklepios Klinik Altona

entsprechenden Bereich weitergeleitet.

Sofern der Patient zum Zeitpunkt der Beschwerde noch im Krankenhaus ist, wird ein persönliches Gespräch mit ihm geführt. Zeitgleich werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet, um die eventuellen Abweichungen zu beseitigen.

Beschwerde-, aber auch Lobschreiben, werden zur Verbesserung der Klinik genutzt. Die Kontaktperson bekommt eine Rückmeldung. Die Rückmeldungen erfolgen umfassend, wertschätzend und authentisch. Über das Beschwerdemanagement werden Rückmeldungen von Patienten, Besuchern und anderen Kontaktpersonen statistisch erfasst.

Transparenz

Die Funktion des Beschwerdemanagements ist in der Asklepios Klinik Altona den Mitarbeitern bekannt. Der Weg der Beschwerdebearbeitung ist durch eine Verfahrensanweisung strukturiert, die im Haus allgemein kommuniziert und für jeden Mitarbeiter jederzeit einsehbar ist.

Als Teil der Gesamtzielplanung der Klinik wird jährlich ein Qualitätsmanagementzielplan aufgestellt. Dieser beinhaltet definierte Qualitätsziele auf Klinik- und Abteilungsebene für das kommende Jahr. Zur Erreichung der Ziele sind im QM-Zielplan konkrete Umsetzungsmaßnahmen festgelegt. Die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsziele der einzelnen Abteilungen erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Die Überprüfung der Umsetzung festgelegter Maßnahmen erfolgt anhand eines zentralen QM-Maßnahmenplanes, in dem Verantwortliche und Zieltermine definiert sind. Die Einhaltung der Zieltermine wird durch die Abteilung Qualitätsmanagement überwacht.

Die Qualitätsziele werden von dem Geschäftsführenden Direktor in Abstimmung mit der Abteilung Qualitätsmanagement gemeinsam mit weiteren Führungskräften festgelegt.

Qualitätsziele werden im Intranet veröffentlicht sowie in den Führungsgremien durch das Qualitätsmanagement vermittelt.

Knigge AKA

Auf der Basis der Inhalte des Leitbildes sowie der Trainings zur Kundenorientierung wurde von den Mitarbeitenden ein Verhaltenscodex - ein so genannter AKA Knigge - mit den Grundregeln des täglichen Umgangs mit Menschen entwickelt. Dieser dient nach dem Leitbild als Standard für Kommunikation und Verhalten in allen Ebenen sowie als Richtschnur im Beschwerdemanagement.

Interne Audits

In der Asklepios Klinik Altona werden regelmäßig strukturierte Qualitätsüberprüfungen in Form von internen Audits im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses durchgeführt.

Verantwortung

In der Asklepios Klinik Altona hat der Geschäftsführende Direktor die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement. Die Umsetzung zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Aktivitäten im Qualitätsmanagement wird durch das Qualitätsmanagement gewährleistet.

Die Qualitätsverantwortung für ärztliche Tätigkeiten obliegt den jeweiligen Leitenden Krankenhausärzten für ihre Abteilung. Zu ihrer Unterstützung sind in den Abteilungen Qualitätsbeauftragte benannt. Ihre Arbeit wird durch das Qualitätsmanagement unterstützt. Im Pflegebereich sind ebenfalls Qualitätsbeauftragte benannt.

Asklepios Klinik Altona

Bausteine des Beschwerdemanagements:

- Systematische Beschwerdeerfassung: Strukturierte Erfassung der Kundenanregungen und -anliegen
- Prävention, Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen
- Sicherstellung der Maßnahmenableitung: Überprüfung der Verbesserungsmaßnahmen durch interne Audits
- Kennzahlen: Bewertung der Beschwerdekennzahlen

Das Beschwerdemanagement stellt einen wichtigen Bestandteil der Patienten-/ Kundenorientierung dar.

Sofern der Patient zum Zeitpunkt der Beschwerde noch im Haus ist, wird ein persönliches Gespräch mit ihm geführt. Zeitgleich werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet, um die eventuellen Mängel zu beseitigen.

Jede Beschwerde ist wichtig, wird sehr ernst genommen und sofort an den entsprechenden Bereich weitergeleitet.

Zertifizierung

Neben der KTQ-Zertifizierung aus 2006 (KTQ Version 5.0) wurden folgende Auszeichnungen und Zertifizierungen vorgenommen:

Auszeichnungen:

- Topit Quality Award 2007: Kundenmanagement
- Topit Quality Award 2008: Präventives Beschwerdemanagement

Zertifizierungen:

- Brustzentrum
- Darmzentrum
- Gefäßzentrum
- Onkologisches Zentrum
- Stammzelltransplantation
- Überregionale Stroke Unit

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Beschwerde-, aber auch Lobschreiben, werden zur Verbesserung der Klinik genutzt. Aus den Beschwerden werden systematisch Verbesserungspotentiale abgeleitet, um im Rahmen einer positiven Fehlerkultur nachhaltige Verbesserungen zu bewirken. Der Fokus liegt dabei auf dem Ansatz des präventiven Beschwerdemanagements.

Exemplarische seien hier nur einige der aus Beschwerdefällen abgeleitete-

Asklepios Klinik Altona

ten Maßnahmen genannt:

- Knigge-Weiterentwicklung
- Dokumentenanalyse
- Erweiterung der Auditarten
- Bau eines Parkhauses
- Verbesserung des Aufnahmeprozesses in der Aufnahme
- Erstellung von Informationsbroschüren und –flyern
- Einführung von Sicherheitsarmbändern zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Einstellung von Service-Hostessen zur Aufnahme der Essensbestellung
- Deeskalationstraining
- Entwicklung eines standardisierten Vorgehens zur Messung von Wartezeiten zu nennen.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend aufzubauen, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Asklepios Klinik Altona

Asklepios Klinik Barmbek

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der AK Barmbek seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Die Beschwerdebeauftragte ist in ihrer Arbeit unabhängig. Sie berichtet direkt an die Krankenhausleitung und an die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung. Es besteht darüber hinaus eine Kooperation mit der unabhängigen Patienteninitiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden.

Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch übermittelt werden.

Hinweise auf das Büro und die Zuständigkeit erhalten Patienten, Angehö-



Kontakt

Regina Schmitz-Gericke
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Barmbek
Rübenkamp 220
22291 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 82 - 0
re.schmitz@asklepios.com

rige und Besucher über Schaukästen der Wartebereiche in allen Stations- und Funktionsbereichen, den Ambulanzen sowie schon im Eingangsbereich der Asklepios Klinik Barmbek.

Die Beauftragte für Beschwerden ist namentlich benannt, die Sprechzeiten und die Erreichbarkeit über Telefon, Fax und e-mail sind angegeben (s.o.). Die Kooperation mit der Patienteninitiative im Krankenhaus [Pi(K)] und deren Erreichbarkeit ist ebenfalls an selber Stelle vermerkt.

Die Meinungen unserer Patienten und deren Besucher sind uns wichtig, da sie dazu beitragen, unsere medizinischen, pflegerischen und administrativen Leistungen sowie unseren Service zu verbessern.

An allen Zentrumsrezeptionen und Leitungsstellen unserer Klinik liegen Meinungskarten mit Umschlägen zur portofreien Rücksendung, sowie Karten der Patienteninitiative aus.

Außerdem erhält jeder Patient während seines stationären oder ambulanten Aufenthaltes eine Meinungskarte - mit portofreiem Rücksendeumschlag - mit der Bitte ausgehändigt, die Fragen im Ankreuzverfahren zu beantworten.

Die Rückmeldungen können aber auch an jeder Leitstelle, Rezeption, am Infopoint in der Eingangshalle oder direkt im Büro der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten abgegeben werden. (Briefkasten)

Das Büro der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten befindet sich im Erdgeschoss der Asklepios Klinik Barmbek und ist barrierefrei zu erreichen. Darüber hinaus sprechen wir Patienten aktiv an. Es handelt sich hierbei um strukturierte Befragungen der Patienten vor der Entlassung anhand eines standardisierten Fragebogens.

Mit diesem Vorgehen ist gewährleistet, dass Anlässe zur Kritik zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt aufgefangen werden.

Unsere Mitarbeiter nehmen Anliegen und Beschwerden entgegen, bearbeiten sie im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches oder / und weisen Patienten grundsätzlich auf die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten hin.

Zügige Bearbeitung

Die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten ist an Werktagen für Patienten, Besucher und Mitarbeiter der Klinik erreichbar. Rückmeldungen werden täglich entgegengenommen und zeitnah beantwortet.

Schriftliche eingegangene Beschwerden bestätigen wir von innerhalb von 2 Werktagen und informieren den Beschwerdeführer über die voraussichtliche Dauer der internen Bearbeitung. Kann innerhalb dieser Frist der Sachverhalt nicht abschließend geklärt werden, erhält der Beschwerdeführer einen Zwischenbescheid.

Akute Anliegen von Patienten oder deren Angehörige, während des Aufenthaltes in der Klinik werden umgehend bearbeitet.

Die Bearbeitung der Beschwerden wird mit dem Beschwerdeführer abgesprochen, dabei werden seine individuellen Wünsche unmittelbar berücksichtigt. Dies betrifft Angaben zur Person, den organisatorischen sowie zeitlichen Ablauf der internen Bearbeitung.

Die hausinterne Auswertung der Ergebnisse wird vierteljährlich zusammengefasst und anonymisiert an die Geschäftsführung und die Chefärzte, Abteilungs- und Stationsleitungen gesandt und bei Bedarf auch durch die Beschwerdebeauftragte persönlich erläutert.

In elektronischer Form wird sie im Intranet veröffentlicht.

Verantwortung

Die Verantwortlichkeit zum Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensweisung "Umgang mit Beschwerden" seit 2007 festgelegt.

Zertifizierung

• AKB gesamt:KTQ 5.0 seit Dez 2007

Asklepios Klinik Barmbek

- weitere diverse Zertifizierungen zu medizinischen Fachabteilungen und Verfahren.

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

- Optimierung der Beschilderung innerhalb der Klinik, z.B. Ausweisung des Wickelraums
- Einsatz von Servicekräften zur Optimierung der Bestellaufnahme von Speisen
- Optimierung der Parksituation für Behinderte und Erhöhung der Anzahl von Mutter-Kind-Parkplätzen
- Überarbeitung der Meinungskarten für Ambulanzbereiche mit quantitativer Erfassung von Wartezeiten
- Deutliche Professionalisierung bei den Mitarbeitern bei der konstruktiven, angstfreien Entgegennahme von Beschwerden und der weiteren, gemeinsamen Bearbeitung mit der Beschwerdebeauftragten. Dies führte zu einer Stressreduktion und zeitlichen Entlastung in den Abteilungen.
- Umzug der Beschwerdebeauftragten in ein größeres, zentral liegendes und besser erreichbares Büro, in dem Gespräche in geschützter Atmosphäre und ungestört stattfinden können.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung

aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer

Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Asklepios Klinik Barmbek

Asklepios Klinik Harburg

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der ASKLEPIOS Klinik Harburg seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Die Beschwerdebeauftragte bearbeitet Beschwerden in eigenem Ermessen und folgt dabei festgelegten Abläufen. Darüber hinaus besteht eine sehr kooperative Zusammenarbeit mit der unabhängigen "Patienteninitiative im Krankenhaus" [PI(K)], als externem Partner im Beschwerdemanagement, die eine anonyme Bearbeitung und Begleitung anbietet.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Alle MitarbeiterInnen der AKH sind für Beschwerden ansprechbar. Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch über-



Kontakt

Rosemarie Gerken-Livingstone
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 86 - 0
r.gerken@asklepios.com

mittelt werden.

Alle Haupteingänge der ASKLEPIOS Klinik Harburg sind mit Informationsplakaten "Beschwerdemanagement" versehen, die den Zugang für Beschwerden aufzeigen. Die Erreichbarkeit ist hier beschrieben und wird durch Klinikpersonal im Bedarfsfall kommuniziert.

Patienten erhalten in den Stationen eine "Meinungskarte" die Aussagen zu medizinischen, pflegerischen Leistungen, zu organisatorischen Aspekten und Wartezeiten ermöglicht. Die Rückgabe der Karten erfolgt über die klinischen Mitarbeiter, die hierfür vorgesehenen Briefkästen der Stationen oder dem Postweg nach Entlassung. Ein stationsunabhängiger Briefkasten steht an der Rezeption in der Eingangshalle Haus 8 zur Verfügung.

[PI(K)] Informationskarten bzw. Plakate befinden sich an der Rezeption in Haus 8 und auf jeder Station.

Zügige Bearbeitung

Die Bearbeitung der Beschwerdepunkte erfolgt zügig. Der Beschwerdeführer erhält regelhaft eine Eingangsbestätigung. Die Dauer der Bearbeitung ist von der Komplexität der Beschwerde abhängig. Akute Anliegen des Patienten, noch während seines Aufenthaltes werden unverzüglich bearbeitet und mit Maßnahmen begleitet.

Transparenz

Alle Abläufe des Beschwerdemanagements sind in einem Konzept bzw. in einer Verfahrensanweisung hinterlegt.

Die Auswertungen der Meinungskarten werden monatlich an die Geschäftsführung der ASKLEPIOS Klinik Harburg und an die ärztlichen und pflegerischen Leitungen der Fachabteilungen weitergeleitet.

Es erfolgt eine ½ jährliche Berichterstattung, über die in einer speziellen Software erfassten und ausgewerteten Beschwerden, an die Geschäftsführung der ASKLEPIOS Kliniken Hamburg GmbH und an die Geschäftsführung der ASKLEPIOS Klinik Harburg.

Verantwortung

Das Beschwerdemanagement ist Teil des Qualitätsmanagements und direkt der Geschäftsführung der ASKLEPIOS Klinik Harburg unterstellt.

Zertifizierung

Die ASKLEPIOS Klinik Harburg ist seit 2006 nach KTQ 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden Beschwerdemanagementsystems.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Aus den Hinweisen der Patienten konnten Verbesserungsmaßnahmen

Asklepios Klinik Harburg

initiiert und umgesetzt werden. Verbesserungen wurden in der Organisation von Abläufen, Hotel- und Serviceleistungen sowie Ausstattung erreicht.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie

Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Asklepios Klinik Harburg

Asklepios Klinik Nord

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der AK Nord seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Der Beschwerdebeauftragte bearbeitet Beschwerden nach eigenem Ermessen gemäß der Verfahrensweisung der AK Nord zum Beschwerdemanagement. Er informiert und berät sich mit dem Direktorium regelhaft monatlich und bei Bedarf. Es besteht darüber hinaus eine Kooperation mit der im Haus ansässigen unabhängigen Patienteninitiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Auf allen Stationen gibt es Meinungskarten, auf denen Patienten anonym positive und kritische Rückmeldungen an das Haus geben können. Für die Meinungskarten gibt es 7 zentrale Briefkästen in der Klinik, in denen die



Kontakt

Knut Schümann
Beschwerdebeauftragter
Asklepios Klinik Nord
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 87 – 2346
k.schuemann@asklepios.com

Karten eingeworfen werden können. Zurzeit werden weitere Briefkästen (auf allen Stationen bzw. Bereichen) in Heidberg und Ochsenzoll angebracht. Die Auswertung der Meinungskarten erfolgt vierteljährlich.

Der Beschwerdebeauftragte ist erreichbar per Post, Fax, Email, Telefon (bei Abwesenheit AB) und persönlich (nach Vereinbarung). Die Kontaktdaten des Beschwerdebeauftragten sind veröffentlicht: Auf der Homepage der Klinik (Hinweis auf Beschwerdemanagement auf der ersten Seite!), auf der Homepage der Stadt Hamburg (hamburg.de), per Aushang auf den Stationen, auf den Meinungskarten. Zudem informieren die Telefonzentralen bzw. die Informationen beider Betriebsteile auf Anfrage über den Zugang zur Beschwerdestelle. Im Eingangsbereich Heidberg und in der psychiatrischen Aufnahme Ochsenzoll sind Aushänge mit den Kontaktdaten der Beschwerdestelle vorhanden. Den Mitarbeitern ist die Beschwerdestelle bekannt. Patienten werden auf Anfrage informiert bzw. angeregt sich bei Problemen an die Beschwerdestelle zu wenden.

Zügige Bearbeitung

Auf eine schriftliche Beschwerde folgt eine Kurzantwort innerhalb von 2 Werktagen, eine Antwort erfolgt in der Regel innerhalb von 14 Werktagen nach der Eingangsbestätigung. Bei mündlichen Anfragen gelten die gleichen Fristen. Sollte es sich um ein akutes Anliegen handeln, werden unverzüglich Maßnahmen zur Klärung eingeleitet.

Transparenz

Alle Verfahren zum Beschwerdemanagement sind in einer Verfahrensanweisung geregelt.

Die Verfahrensanweisung zum Beschwerdemanagement ist im Intranet-QM-Handbuch hinterlegt und für jeden Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

Die Beschwerdestelle wertet die Meinungskarten aus und informiert Direktorium und Mitarbeiter vierteljährlich über die Ergebnisse. Die Ergebnisse werden im Intranet-QM-Handbuch hinterlegt und sind jederzeit für alle Mitarbeiter einsehbar.

Einmal jährlich wertet die Beschwerdestelle die eingegangenen Patientenbeschwerden aus und informiert Direktorium und Mitarbeiter über die Ergebnisse. Die Ergebnisse der Beschwerdeauswertung werden ebenfalls im Intranet-QM-Handbuch hinterlegt und sind jederzeit für alle Mitarbeiter einsehbar.

Verantwortung

Folgende Verantwortlichkeiten sind geregelt:

für den Gesamtprozess einer Beschwerdebearbeitung = Beschwerdebeauftragter

Anregung, Entgegennahme von Beschwerden und Information über Beschwerdemöglichkeiten = alle Mitarbeiter (complaint ownership)

Einholen von Stellungnahmen, Beantwortung und Kontakt zu den Beschwerdeführern = Beschwerdebeauftragter

Stellungnahme abgeben, Verbesserungsmaßnahmen vorschlagen = alle Mitarbeiter

Strategische Ausrichtung des Beschwerdemanagements = Direktorium

Zertifizierung

Beide Betriebsteile der Asklepios Klinik Nord (Ochsenzoll und Heidberg) sind nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagement-Systems.

Asklepios Klinik Nord

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Als Reaktion auf Beschwerden zur Speisenversorgung wurde vom Haus ein Qualitätszirkel Speisenversorgung initiiert. Durch verschiedene Maßnahmen in der Logistik und Essenszubereitung konnte eine deutliche Verbesserung erreicht werden, was zu einem Rückgang der Beschwerden und zu einer positiveren Bewertung bei den Meinungskarten führte.

Im Bereich Reinigung konnten durch gezielte Einzelmaßnahmen, wie der Anpassung von Reinigungsplänen, verschiedene konkrete Verbesserungen erreicht werden.

Durch die umfangreichen Baumaßnahmen in beiden Betriebsteilen waren Patienten und Mitarbeiter zeitweise hohen Belastungen ausgesetzt. Dies führte dementsprechend auch zu Beschwerden. Hier konnte durch eine gezielte patientenorientierte Kommunikation der Mitarbeiter vor Ort zum großen Teil Verständnis für die –letztlich den künftigen Patienten zugute kommenden- Bauarbeiten erzielt werden. Viermal wurde über die Beschwerdestelle die Einhaltung der Ruhezeiten durchgesetzt.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie

Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Asklepios Klinik Nord

Asklepios Klinik St Georg

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der AK St. Georg seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement wird über die Pflegedienstleitung koordiniert und bearbeitet. Es besteht darüber hinaus eine enge Kooperation mit der unabhängigen Patienteninitiative im Krankenhaus [PI(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement. Hier finden regelmäßige Treffen pro Quartal statt und eine Einbindung in die Kommunikationskette bei Patientenbeschwerden, die über die PI(K) zugeleitet werden.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. In der AK St. Georg sind Informationsplakate zum Thema Beschwerdemanagement an allen strategisch wichtigen Verkehrswegen mit Patientenströmen und an sog. "schwarzen Brettern" ausgehängt. Wir weisen durch Aushang dieser



Kontakt

Susanne Kühn
Kordinatorin für das Beschwerdemanagement
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 85 - 2335
bm.stgeorg@asklepios.com

Informationsposter auf Beschwerdemöglichkeiten (intern und extern) hin und bieten auf jeder Station einen sog. "Kummerkasten" an. Patienten, Besucher, Angehörige und Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich jederzeit schriftlich und/oder mündlich zu beschweren. Die Erreichbarkeit ist auf den Informationspostern vorhanden und wird durch Klinikpersonal im Bedarfsfall kommuniziert. Auch im Internet ist die Ansprechbarkeit ausgewiesen. Außerdem werden auf den Stationen sog. Meinungskarten für eine anonymisierte, kurze Rückmeldung angeboten. Diese Karten können in einen speziell dafür angebrachten "Briefkasten" auf jeder Station eingeworfen oder auf dem Postweg zugeschickt werden.

Zügige Bearbeitung

In der Asklepios Klinik St. Georg wird auf jede Rückmeldung eingegangen und dem Gesprächspartner für die Rückmeldung gedankt. Die schriftliche Beschwerdeführung erhält sofort nach Erhalt eine schriftliche Eingangsbestätigung und den Hinweis auf eine adressatengerechte, sorgfältige Prüfung der Beschwerdeinhalte. Gewünschte Stellungnahmen werden innerhalb von 1-6 Wochen erstellt. Sind mehrere Schnittstellen beteiligt, wird der Beschwerdeführer über einen ggf. erforderlichen längeren Zeitbedarf der Bearbeitungskette informiert. Jedes Antwortschreiben wird individuell und sachgrundbezogen formuliert, kein standardisierter Antworttext. Anregungen werden sorgfältig geprüft und Veränderungen ebenfalls mit dem Beschwerdeführer kommuniziert

Mündliche Rückmeldungen werden sofort aufgenommen und bearbeitet. Die Rückmeldung erfolgt telefonisch. Die Beschwerde kann schriftlich, telefonisch oder persönlich erfolgen. Bei Bedarf besucht das Beschwerdemanagement Sie bei stationärem Aufenthalt auch gerne persönlich.

Transparenz

Die Funktion des Beschwerdemanagements ist im Haus bekannt. Der Weg der Beschwerdebearbeitung ist durch eine Verfahrensanweisung strukturiert und kommuniziert. Bei Unklarheiten bietet das Beschwerdemanagement Beratung und Unterstützung an.

Verantwortung

Die Pflichten und Aufgaben, sowie der Kompetenzrahmen des Beschwerdemanagements sind über den Geschäftsführenden Direktor definiert und übertragen.

Zertifizierung

Der Zertifizierungsprozess wird mit Etablierung eines Qualitätsmanagements weiterentwickelt.

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdezahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Beschwerde- und Lobschreiben werden kommuniziert und in unserer Klinik als Motivationsinstrument verstanden, kontinuierlich an Verbesserungen

**Asklepios Klinik
St. Georg**

zu arbeiten.

Zahlreiche Rückmeldungen zur baulichen Situation der AK St. Georg sind durch das Baujahr bedingt und ändern sich erst durch die in 2009 beginnenden Umbaumaßnahmen. Auch diese Information wird kommuniziert. Um auf Beschwerden über die Speiserversorgung reagieren zu können, wurde ein sog. Qualitätszirkel Speisen Versorgung etabliert, in dem Mitarbeiter/innen aus dem erweiterten Führungskreis die angebotenen Speisen verkosten und sich ein Bild über die Qualität machen.

Zum Thema Reinigung haben wir ein Rückmeldeformular implementiert. Innerhalb von 8 Stunden nach Mängelmeldung erfolgt die Mängelbeseitigung mit Rückmeldung. Durch dieses Instrument werden Anlass der Beanstandung und Bearbeitungsweg transparent dargestellt und dokumentiert.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

**Asklepios Klinik
St. Georg**

Asklepios Klinik Wandsbek

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mangel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen. Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden. Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der AK Wandsbek seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement ist organisatorisch keiner patientenversorgenden Abteilung zugeordnet. Jede Beschwerde wird im Qualitätsmanagement aufgenommen und im Hinblick auf Verbesserungshinweise ausgewertet. Die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Abteilung geben ihre Stellungnahmen zu der Beschwerde ab. Die Recherche des Beschwerdemanagements erfolgt unabhängig. Die Mitarbeiter erhalten die Antwort des Beschwerdemanagements an den Beschwerdeführer zur Kenntnis. Das gilt auch für Beschwerden, die nach genauer Prüfung kein Verbesserungspotential aufzeigen. Es besteht darüber hinaus eine Kooperation mit der unabhängigen Patienteninitiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich vor allem niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden.



Kontakt

Andrea Reincke
Beschwerdebeauftragte
Asklepios Klinik Wandsbek
Alphonsstraße 14
22043 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 83 - 0
a.reincke@asklepios.com

Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch übermittelt werden.

Jeder Patient erhält bei Aufnahme das Formular „Patientenkommentar“. Das Formular kann aus dem Internet geladen werden. Die Informationskarten von [PI(K)] befinden sich am Empfang, an den Fahrstühlen und auf jeder Station. Die Stationsleitung nimmt Kommentare entgegen und leitet sie mit ihrer Antwort an das Beschwerdemanagement weiter. Im Bedarfsfall kann der Patientenkommentar im Briefkasten der Eingangshalle eingeworfen werden.

Zügige Bearbeitung

Jeder Beschwerdeführer erhält in der Regel eine Eingangsbestätigung und eine Angabe zur weiteren Bearbeitungsdauer. Diese beträgt 2 Wochen.

Transparenz

Die Mitarbeiter der Klinik werden in halbjährlichem Abstand vom Beschwerdemanagement über die Entwicklung in der Klinik in Form eines Meinungsbilds der Patienten informiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung von Gründen, die die Patienten veranlassen, die Klinik nicht wieder aufzusuchen. Hier wird insbesondere auf die Angaben geachtet, die sich nicht auf die baulichen Bedingungen beziehen, d.h. auch zügig zu verändern sind. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Homepage der Klinik ist in Vorbereitung.

Verantwortung

Die Führungskräfte haben den Stellenwert des Beschwerdemanagements zur Kundenorientierung und Kundenbindung erkannt und den Mitarbeitern der Klinik vermittelt. Für die Durchführung und zeitnahe Information der Klinikleitung ist das Qualitätsmanagement verantwortlich.

Zertifizierung

Die AKW ist seit 2008 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagement-Systems.

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lässt, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Aus den patientenseitigen Hinweisen haben sich Projektthemen ergeben, bzw. diese bestätigt.

So wurde beispielweise im Februar 2009 der besondere Schutz des Patienteneigentums mit einer gesonderten Arbeitsanweisung hervorgehoben.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum

**Asklepios Klinik
Wandsbek**

im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

**Asklepios Klinik
Wandsbek**

Asklepios Westklinikum Hamburg

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird im Asklepios Westklinikum Hamburg seit 2005 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Der Beschwerdemanager arbeitet unabhängig.

Darüber hinaus verfügt das Krankenhaus seit Juli 2007 über die Kooperation mit der Patienten-Initiative im Krankenhaus e.V. [Pi(K)] als externen Partner im Beschwerdemanagement, die den Patienten eine völlig vom Krankenhaus unabhängige Beratung anbietet.



Kontakt

Petra Spengler
Beschwerdebeauftragte
Asklepios Westklinikum Hamburg
Suurheid 20
22559 Hamburg
Tel: 040 / 81 91 – 29 03
p.spengler@asklepios.com

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich vor allem niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch übermittelt werden.

Jeder stationäre Patient erhält bei Aufnahme in der Anmeldung ein Begrüßungsanschreiben ausgehändigt, in dem der Weg beschrieben ist, wie im Falle einer Beschwerde vorzugehen ist. Auch hängen entsprechende Informationen (Informationsblatt zum Beschwerdemanagement, PiK- Flyer sowie ein Schaubild mit aktuellen Auswertungen der Patientenbefragung) auf den Stationen aus.

Weiterhin erhält der Patient vor Entlassung auf der Station von der Stationspflege einen Patientenfragebogen, auf dessen Rückseite er ebenfalls nochmals die Möglichkeit für eine schriftliche Beschwerde hat.

Persönliche, telefonische und schriftliche Beschwerden nimmt das Sekretariat der Geschäftsführung oder das Qualitätsmanagement entgegen (jeden Werktag von 8.30- 16.00 Uhr).

Zügige Bearbeitung

Bei Beschwerdeeinreichung wird ein Bearbeitungsbogen angelegt, in dem Folgendes dokumentiert wird:

- Eingangsdatum, Eingangsart- und ort der Beschwerde
- Erst- oder Folgebeschwerde
- Beschwerdeführer
- Beschwerdeinhalt
- ob es sich um eine akute Beschwerde handelt
- wann und an wen die Beschwerde weitergeleitet wurde
- Zeitpunkt der ersten Rückmeldung an den Beschwerdeführer (Eingangsbestätigung)
- Zeitpunkt des Versendens des Antwortschreibens an den Beschwerdeführer (15 Arbeitstage nach Versenden der Eingangsbestätigung).

Transparenz

In halbjährlichen Abständen erfolgt ein Bericht über die Beschwerden in den festgelegten Gremien der Klinik (Klinikausschuss, Stationsleistungssitzung, Abteilungsleitersitzung) sowie durch die Veröffentlichung im Intranet und auf den Informationstafeln auf Station.

Ebenfalls halbjährlich geht ein Report an die Geschäftsführung der ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg anhand eines einheitlichen Meldeformulars.

Speziell zur Erhöhung der Transparenz im Bereich des Beschwerdemanagements werden Mitarbeiter- Schulungen zu diesem Thema durchgeführt.

Verantwortung

Hauptverantwortlich für das Beschwerdemanagement sind die Geschäftsführung und das Qualitätsmanagement des Asklepios Westklinikums, was aber keinen Mitarbeiter davon entbindet, sich für die Zufriedenheit der Patienten und Ihrer Angehörigen verantwortlich zu fühlen!

Zertifizierung

Das Asklepios Westklinikum Hamburg ist seit 2004 nach KTQ zertifiziert. Die Rezertifizierung ist erfolgreich im Oktober 2007 nach der Version 5.0 erfolgt.

**Asklepios Westklinikum
Hamburg**

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Aufgrund der wiederholt aufgekommenen Thematik der Speiseversorgung wurde der Ablauf der Speisenbestellung noch mal hinterfragt, angepasst und schriftlich festgehalten; seitdem hat es zu diesem Thema weniger Beschwerden gegeben.

Zum Thema der Wartezeiten im Rahmen eines Sprechstundentermins und bei der Aufnahme wurde als Verbesserungsmaßnahme ein neuer Bereich geschaffen (Sprechstundenbereich der somatischen Chefärzte), über den die Elektivpatienten jetzt aufgenommen werden. Diese Umgestaltung hat für viel positives Feedback gesorgt.

Um den Service für Patienten zu verbessern, wurden auf drei somatischen Stationen Servicekräfte eingestellt, die sich täglich - auch am Wochenende - von 7.00 - 19.00 Uhr um die Wünsche der Patienten kümmern. Diese Maßnahme ist bei den Patienten auf sehr viel Zuspruch gestoßen.

Bauliche Mängel stießen vor allem Privatpatienten auf, die gern ein Einzelzimmer gehabt hätten. Mit dem Bau der Privita- Komfort- Klinik stehen jetzt zusätzlich 10 Einzelzimmer mit höchstem Komfort zur Verfügung.

Entlassungsbriefe, die zu spät beim Hausarzt ankamen, gaben ebenfalls mehrfach Grund zur Beschwerde. Betroffen waren hier vor allem die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie. Hier wurden ebenfalls Maßnahmen ergriffen, die sicherstellen, dass Patienten bei Entlassung ihren Arztbrief mitbekommen.

Bzgl. der Ausstattung gaben die Patienten Hinweise darauf, wo noch Halterungen für die Gehhilfen fehlten und welche Toiletten noch Erhöhungen benötigten; diese wurden realisiert.

Fazit

Das Asklepios Westklinikum GmbH und auch die die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verstehen sich als lernende Organisationen, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützen. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

**Asklepios Westklinikum
Hamburg**

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde erstmals im Jahr 2005 durch das BUKH unterzeichnet. Bereits vor dem Jahr 2005 gab es eine Beschwerdestelle sowie zwei ehrenamtliche Patientenfürsprecherinnen. Jedoch erst im Jahr 2005 wurde dieses bei der Geschäftsführung angesiedelt und im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ eine Struktur entwickelt, mit der regelmäßig eine aussagekräftige Dokumentation/Statistik vorgenommen wird. Seitdem erfolgt eine halbjährliche Auswertung über die Anzahl der Eingänge, gegliedert nach Lob, Anregungen und Beschwerden sowie die Art des Anliegens mit Erläuterungen, welche an die Geschäftsführung, Führungskräfte, den Betriebsrat, die Patientenfürsprecherinnen sowie die Qualitätssicherung geleitet wird. Auf Anfragen und bei Auffälligkeiten werden Einzelauswertungen vorgenommen. 2005 erfolgte die Umbenennung des seinerzeitigen „Beschwerdemanagements“ in „Ideen- und Beschwerdemanagement“ (I-BM), um u.a. damit die durch Anregungen und Beschwerden entstehenden Verbesserungschancen zu verdeutlichen. Dieses wurde im gleichen Jahr in der Mitarbeiterzeitung des BUKH bekannt gemacht und definiert. Zusätzlich zu den an vier zentralen Orten vorhandenen Posteingangskästen wurde eine E-Mail-Adresse eingerichtet und in den bei der Patientenaufnahme verteilten „Meinungsbögen“ mit dem Slogan „Ihre Meinung ist uns wichtig!“ bekanntgegeben. Die Möglichkeit, sich an die Patientenfürsprecherinnen (telefonisch und persönlich) zu wenden, wurde durch Plakate unübersehbar.

1. Zugänglichkeit

Mit den Plakaten der Patientenfürsprecherinnen und den in den Aufnahmepapieren befindlichen und an zentralen Stellen ausgelegten „Meinungsbögen“ wird über die telefonische, schriftliche, persönliche sowie die Möglichkeit, per E-Mail Anliegen vorzubringen, informiert und zur Wahrnehmung dieser Möglichkeit ermuntert.

2. Zügige Bearbeitung

Das Ziel, innerhalb von drei Werktagen mindestens eine Zwischennachricht an den Beschwerdeführer zu geben, wurde fast immer erreicht. Die Bearbeitungszeit bis zum endgültigen Abschluss von Vorgängen variiert und betrug im Jahr 2008 durchschnittlich 7,4 Tage.

3. Unabhängigkeit

Für die Mitarbeiterinnen des I-BM wurden klare Richtlinien für ihre Tätigkeit aufgestellt. Auch diese wurden in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht. Bei den beiden Patientenfürsprecherinnen handelt es sich um ehrenamtlich tätige Mitarbeiterinnen. Den Patientenfürsprecherinnen sowie den Mitarbeiterinnen des I-BM wird die Teilnahme an entsprechenden Schulungen ermöglicht.

4. Transparenz

Die Transparenz über die Funktion der mit Beschwerdeentgegennahmen und –bearbeitungen beauftragten Personen wird wie unter (1.) beschrie-



Kontakt

Ingeborg Spiel
Beschwerdebeauftragte
Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus Hamburg
Bergedorfer Straße 10
21033 Hamburg
Tel: 040 / 73 06 – 13 35 o. 13 02
ideen-beschwerden@buk-hamburg.de

ben sowie durch die Mitarbeiterzeitung gewährleistet. Mit der Eingangsbestätigung wird mitgeteilt, welche spezielle Abteilung/Person mit der Prüfung oder Behebung beauftragt wurde. Mit der endgültigen Antwort wird der Patient über das Prüfungsergebnis und eingeleitete Maßnahmen informiert. Über das Jahr 2008 wird hiermit erstmals der jährliche Bericht über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle, in dem ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird, erstellt.

5. Verantwortung

Die Pflichten und Befugnisse der Mitarbeiterinnen des Ideen- und Beschwerdemanagements sowie der Patientenfürsprecherinnen und die Abläufe sind mit den Zertifizierungsberichten KTQ und qu.int.as klar definiert und schriftlich fixiert.

6. Unternehmenskultur

Ziel ist es, die Beschwerdekultur sowohl im Rahmen von Rezertifizierungen als auch mit Hilfe des vorhandenen Leitbildes laufend zu optimieren.

7. Zertifizierung

Das BUKH hat am 25.09.08 die KTQ- und die qu.int.as-Rezertifizierung erfolgreich bestanden. Der KTQ-Bericht ist im Internet veröffentlicht. In diesem Rahmen wird das Beschwerdemanagement auch zukünftig kontinuierlich zertifiziert.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 erhielt das I-BM von 474 Patienten 591 Eingaben. Bei über 95 % wurde hierzu der Meinungsbogen verwendet. Weitere 241 Eingaben verteilten sich auf Patientenangehörige, Kostenträger (fast ausschließlich bezüglich verzögerter Bericht- oder Gutachtenerstattungen) und sehr selten Mitarbeiter/innen oder anonyme Absender, keine Lieferanten. Die 591 Patienten-Eingaben gliedern sich in 87 Anregungen, 248 Beschwerden und 256 Lobe. Die Anzahl der Eingaben gesamt als auch speziell die der Patienteneingaben hat sich gegenüber den Jahren 2006 und 2007 kontinuierlich erhöht, sie ist inzwischen um gut ein Drittel angestiegen. Dieses wird darauf zurückgeführt, dass inzwischen auch Mitarbeiter/innen das I-BM indirekt nutzen und die Patienten bei Bedarf an das I-BM verweisen.

Verbesserungsmaßnahmen

Neben den Wartezeiten wurde durch das I-BM ein weiterer Schwachpunkt bezüglich Gutachten- und Berichterstattung deutlich. Durch eine Anfang 2008 installierte neue Software sowie durch personelle Veränderungen ergaben sich erhebliche Verzögerungen. Diesbezügliche Beschwerden ergingen allerdings durch die Kostenträger. Durch die Leitung des Referates Personalwesen/Organisation wurde der derzeitige Ist-Zustand ermittelt, ein Konzept erstellt und umgesetzt. Dadurch konnte bereits im 1. Halbjahr, deutlicher noch im 2. Halbjahr 2008, ein deutlicher Rückgang der Anfragen verzeichnet werden.

Ziele für das nächste Jahr

Insbesondere hinsichtlich der Wartezeiten gilt es, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. So werden im Jahre 2009 die Abläufe bezüglich der elektronischen Krankenakte optimiert sowie das digitale Röntgen eingerichtet, womit Wartezeiten, die durch das Nichtvorliegen von Befunden

**Berufsgenoss.
Unfallkrankenhaus
Hamburg**

entstanden, ausgeschlossen werden. Außerdem wurden aufgrund von Beschwerden zu dieser Rubrik Arbeitsprozesse geprüft und Zuständigkeiten neu festgelegt. Zusätzlich werden die Patientenfürsprecherinnen in Zusammenarbeit mit dem Leitenden Oberarzt der Ambulanz einen Text für Handzettel oder Informationstafeln für wartende Patienten entwerfen.

**Berufsgenoss.
Unfallkrankenhaus
Hamburg**

Bethesda – Allgemeines Krankenhaus Bergedorf



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Bethesda - Allgemeines Krankenhaus Bergedorf (BAKB) gehörte im November 2004 zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung. Um dieser Erklärung Rechnung zu tragen, wurde im BAKB für das Beschwerdemanagement (BM) nach Unterzeichnung eine Stabsstelle etabliert. Hier erfolgt die Zusammenführung der Beschwerdewege, das Einholen von Stellungnahmen, die Antwort an den Beschwerdeführer und die Dokumentation der Beschwerden. Mit Schaffung dieser Funktion trägt das BAKB der Bedeutung von Beschwerden und Anregungen von Patienten, deren Angehörigen und Besuchern zur Optimierung der klinischen Abläufe im geforderten Rahmen und darüber hinaus Rechnung.

Realisierung der Punkte 1 – 7

Besonderes Augenmerk legten die Verantwortlichen von Anfang an auf die Erfüllung aller geforderten Kriterien (1. Zugänglichkeit, 2. Zügige Bearbeitung, 3. Unabhängigkeit, 4. Transparenz, 5. Verantwortung, 6. Unternehmenskultur, 7. Zertifizierung).

Über eine Verfahrensanweisung wurde von Beginn an der Ablauf der Beschwerdebearbeitung, Aufgaben und Kompetenzen dieser Stabsstelle festgelegt und dadurch die Kriterien 2 „Zügige Bearbeitung“, 4 „Transparenz“ und 5 „Verantwortung“ verbindlich geregelt. Durch die unmittelbare Anbindung dieser Stabsstelle an die Geschäftsführung wird das für das Aufgabengebiet notwendige 3. Kriterium „Unabhängigkeit“ sichergestellt und erfüllt.

Seit Einführung des BM wurde kontinuierlich das Ziel verfolgt, das Kriterium 1 einer möglichst einfachen und unkomplizierten „Zugänglichkeit“ zum Beschwerdewesen zu gewährleisten und zu verbessern. Daher wird im BAKB auf das BM per Beschilderung, Namensschild, Flyer, Beschwerdekarten, Stationsplakaten, Internetauftritt, Aufklebern am Patiententelefon und im hauseigenen Fernsehkanal hingewiesen.

Punkt 6. der Hamburger Erklärung, die Schaffung einer „Unternehmenskultur“, die einen patientenorientierten Umgang mit Beschwerden sicher stellt, unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Die Verantwortlichkeit aller Mitarbeiter für die Entgegennahme von Beschwerden und die Weiterleitung an den Beschwerdebeauftragten ist ebenfalls Bestandteil der Verfahrensanweisung zum BM. Auch über den direkten Kontakt des Beschwerdemanagers zu den Leitenden Ärzten, der Pflegedienstleitung und den Abteilungsleitungen der Klinik wird die Akzeptanz des BM als Teil der Unternehmenskultur gefestigt.

Neu in der Hamburger Erklärung ist der Punkt 7, „Zertifizierung“ des Beschwerdewesens. Voraussichtlich wird das Beschwerdemanagement im Rahmen der DIN ISO-Zertifizierung zweier Kliniken des BAKB erfolgen.

Anhand der eingeführten Maßnahmen des BM ergibt sich für das BAKB eine überprüfbare und transparente Situationsanalyse mit entsprechendem Entwicklungspotenzial.

Kontakt

Michael Asser
Beschwerdebeauftragter
Bethesda Allgemeines
Krankenhaus gGmbH Bergedorf
Glindersweg 80
21029 Hamburg
Tel: 040 / 725 54 - 0
asser@bakb.net

Patientenrückmeldungen

So wurde in 2008 im BM 92 Beschwerden und Anregungen nachgegangen. Der Erstkontakt zum BM erfolgte überwiegend telefonisch oder schriftlich. Die Gesamtzahl der Patientenrückmeldungen ist seit Einführung des strukturierten BM annähernd konstant geblieben.

Ziele für das nächste Jahr

Um wichtige Informationen über Schwachstellen in der Organisation klinischer Abläufe und zwischenmenschlicher Kontakte zu erhalten, werden regelmäßig Umfragen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Regelmäßig werden für Mitarbeiter der patientennahen Bereiche Seminare zur Kundenorientierung unter externer Moderation angeboten. In der Diskussion ist zurzeit die Einführung von sogenannten „Meinungskarten“. Über dieses Instrument soll erreicht werden, dass Patienten oder deren Angehörige auch ohne einen konkreten Anlass zur Beschwerde Anregungen geben können.

**Bethesda Allgemeines
Krankenhaus Bergedorf**

Bundeswehrkrankenhaus

Umsetzung Hamburger Erklärung

Vorwort

Das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg hat die „Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ unterzeichnet und sich zur Einrichtung einer Beschwerdestelle für Patienten und Patientinnen seines Hauses verpflichtet. Dies fordert die Einhaltung eines hohen Standards im Umgang mit Patientenbeschwerden.

Die „Hamburger Erklärung“ wurde auf Initiative der Behörde für Wissenschaft und Soziales und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft entwickelt. Das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg versteht die kritischen Rückmeldungen seiner »Kunden« als Chance, die verschiedenen Qualitätsebenen kontinuierlich zu verbessern.

Als Unterzeichner der Erklärung verpflichtet sich das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg gegenüber den Patienten und Patientinnen folgende Punkte im Umgang mit Beschwerden einzuhalten:

- Einen einfachen Zugang zu den Beschwerdestellen zu ermöglichen
- Beschwerden zeitnah zu bearbeiten
- Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Personen, die Beschwerden entgegennehmen, unabhängig arbeiten können
- Transparenz über die Bearbeitung und Ergebnisse von Beschwerden herzustellen
- Pflichten und Befugnissen der Beschwerde bearbeitenden Personen festzulegen
- Beschwerdekultur in unserem Krankenhaus laufend zu optimieren.

Der Bericht zur Auswertung der eingegangenen Beschwerden und Anregungen unserer Patienten, Patientinnen und deren Angehörigen im Jahr 2008 ist Teil der Verpflichtung zur Transparenz.

Organisation des Beschwerdemanagements

Die Patienten des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg haben verschiedene Möglichkeiten, Anregungen und Beschwerden anzubringen:

- persönlich oder telefonisch über den Beschwerdebeauftragten (Sprechzeiten) gemäß der Hamburger Erklärung
- durch die an alle Patienten ausgegebenen Fragebögen zum Einwurf in unsere „blauen Briefkästen“, die auf allen Ebenen zur Verfügung stehen
- während der Aufnahme- und Entlassungsgespräche, die mit allen Patienten durchgeführt werden
- alle unsere Mitarbeiter (-innen) nehmen sich der Beschwerden an, versuchen Lösungsmöglichkeiten zu finden oder rufen bei Bedarf den Beschwerdebeauftragten Mitarbeiter hinzu.



Kontakt

Torsten Daßau
Beschwerdebeauftragter
Bundeswehrkrankenhaus
Lesserstraße 180
22049 Hamburg
Tel: 040/ 6947-1067
Bwkrhshamburgpflegedienstleitung@bundeswehr.org

Jeder stationäre Patient erhält in der zentralen Patientenaufnahme eine Informationsbroschüre zum Beschwerdemanagement sowie einen Rückmeldebogen (Beschwerdeformular). In der Informationsbroschüre werden neben der Beschwerdestelle auch die telefonische Erreichbarkeit und Sprechzeiten aufgeführt. Patienten, die nicht über die administrative Patientenaufnahme aufgenommen werden (Intensivstation, zentralen Notaufnahme oder Aufnahmestation), wird der Rückmeldebogen nach Verlegung auf die Allgemeinstation durch die betreuende Pflegekraft ausgehändigt. Ambulante Patienten haben die Möglichkeit auf die Beschwerdeformulare zuzugreifen, die in unserem Foyer und verschiedenen Ambulanzen ausgehängt sind. Es ist den Patienten freigestellt persönliche Daten anzugeben, damit auf Wunsch Rückantwort geliefert werden kann. Für die Rückgabe der Rückmeldebögen stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung.

- Die Zettel können bei allen Mitarbeitern abgegeben werden
- Einwurf in die auf allen Ebenen angebrachten blauen Briefkästen
- Beim Beschwerdebeauftragten persönlich abgegeben werden
- Übersendung der Bögen per Post oder Fax

Um eine größtmögliche Information unserer Patienten zu erreichen, wurden auf allen Stationsfluren und Wartebereichen der Ambulanzen Plakate zum Beschwerdemanagement ausgehängt. Ergänzt wurden die Abgabebriefkästen durch den Aushang der Hamburger Erklärung im DIN A3 Format.

Patienten können sich bei Bedarf persönlich oder telefonisch an den Beschwerdebeauftragten wenden. Im Falle einer mündlichen Beschwerde wird ein Gesprächsprotokoll angefertigt und ein Zeitrahmen vereinbart, in dem eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgen wird. Nach der Bearbeitung werden die Verfasser kritischer Rückmeldebögen mit Wunsch auf Antwort über das Ergebnis der Recherche informiert. Bei namentlich positiver Rückmeldung und dem Wunsch einer Rückantwort wird dem Verfasser mit einem Antwortschreiben für seine Anmerkungen gedankt. Grundsätzlich erhalten unsere Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Beschwerdeeingang eine Rückantwort. Sollte diese noch nicht abschließend bearbeitet sein, wird eine Zwischennachricht erstellt.

Der Rückmeldebogen

Der Rückmeldebogen besteht aus zwei Bereichen. Im ersten Teil wird die Zufriedenheit verschiedener Bereiche durch ein Ankreuzverfahren ermittelt. Diese Bereiche werden für alle Bundeswehrkrankenhäuser identisch erhoben um einen monatlichen Vergleich zu ermöglichen.

Die statistische Auswertung erfolgt übergeordnet durch die vorgesetzte Dienststelle (Sanitätsamt der Bundeswehr). Die Ergebnisse der Auswertungen werden monatlich dem Dienststellenleiter (Chefarzt) der Bundeswehrkrankenhäuser zugeleitet und durch den Leiter Qualitätsmanagement an die einzelnen Leitungsbereiche verteilt. Hierzu gehören die Leitung der Verwaltung, die Pflegedienstleitung und die Abteilungsleiter der einzelnen Stationen. Die Ergebnisse werden zusätzlich in einem Schaukasten des Qualitätsmanagements im Bereich der administrativen Aufnahme ausgehängt, sodass auch die Patienten, deren Angehörige und die Besucher Einblick in die Ergebnisse nehmen können. Die Ergebnisse zum Patientenbeschwerdemanagement werden zusätzlich in einem Bundeswehr internen Benchmarks betrachtet und ebenfalls auf dem bereits beschriebenen Verfahren veröffentlicht.

Die vorgegebene Abfrage nach positiven und negativen Eindrücken sind in

Bundeswehrkrankenhaus

5 Bereiche unterteilt. Diese werden unzufrieden, eher zufrieden, weder noch, eher zufrieden und zufrieden dargestellt und bezieht sich auf nachfolgend genannte Themen:

- Krankenhaus allgemein
- Personal
- Organisation
- Verpflegung
- Sauberkeit
- Infrastruktur

Im zweiten Teil haben die Patienten und/oder Angehörige die Möglichkeit durch eine freie Beschreibung Beschwerden, Wünsche, Anmerkungen, Lob oder Verbesserungsmöglichkeiten zu äußern. Diese Freitexte werden durch den Beschwerdebeauftragten bearbeitet und in einer Datei abgelegt, die für alle Mitarbeiter in dem elektronischen Qualitätsmanagementhandbuch einsehbar ist. Das Leitungspersonal kommuniziert diese Ergebnisse im Rahmen monatlich stattfindender Mitarbeiterbesprechungen.

Zusätzlich werden diese Daten im Rahmen unseres hausinternen Intranets monatlich für alle Bereiche bereitgestellt.

Bundeswehrkrankenhaus

Ergebnisse der Auswertungen 2008

Im Kalenderjahr 2008 wurden 15.472 Patienten im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg stationär behandelt. 577 Patienten nutzten die Möglichkeit, sich über den Rückmeldebogen zum Krankenhausaufenthalt zu äußern. Dies entspricht einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 3,73%. 16 Patienten suchten die Beschwerdebeauftragten persönlich auf, um Verbesserungen anzuregen. Telefonisch gingen 13 Beschwerden oder Anregungen von Patienten ein. 8 Patienten nutzten die Antwortmöglichkeit per Brief/Fax. Alle Eingänge, die nicht mit dem vorgegebenen Formular eingegangen sind, wurden bearbeitet, gehen aber nicht in das Bundeswehrinterne Benchmark ein, da ein Auslesen der Bögen per EDV nicht möglich ist.

Von den schriftlichen Rückmeldungen wünschten 133 Patienten eine Rückantwort. Aufgrund des Abfragemodus und der Möglichkeit auch Wünsche und Anregungen zu vermerken, ist eine strikte Trennung nach positiven und negativen Antworten nicht möglich. Zur Feststellung einer Trendrichtung sind Aussagen und Auswertungen möglich.

Krankenhaus allgemein

Die in den Freitexten angegebenen Meinungen zum Krankenhaus allgemein sind fast durchweg positiv und spiegeln eine hohe Patientenzufriedenheit wieder. Die im Vergleich zum Vorjahr deutliche Zunahme der positiven Aussagen und die gleichzeitige Abnahme der negativen Aussagen ist nicht zuletzt unseren Bemühungen der Zertifizierung nach KTQ 5.0 zuzuschreiben, die im Dezember 2007 erreicht wurde.

Personal

Die Freitexte im Themenbereich Personal zeigen eine positive Entwicklung zum Jahr 2007 ab, obgleich auch negativen Meinungen und Ausführungen zu verzeichnen waren. Die Abfrage des Personals ist im Bereich Behandlungsqualität in die Auswertung eingeflossen. Der im Jahr 2007 erreichte durchschnittliche Wert von 1,81 konnte im vergangenen Jahr 2008 auf 1,68 verbessert werden. Es ist gelungen, die positiven Rückmeldungen zum Personal um ca. 30% auf 132 zu steigern und im Gegenzug die negativen

Rückmeldungen um 50% auf nunmehr 46 senken. Dieser Trend lässt uns von einer hohen Patientenzufriedenheit in Bezug auf unser Personal ausgehen. Vereinzelt wurde Kritik angebracht, dass das Personal nicht in angemessener Zeit auf Anfragen oder Wünsche reagiert hat. Nach Prüfung der einzelnen Sachverhalte wurden Rückmeldungen an die einzelnen Bereiche übermittelt um Mitarbeiter verstärkt zu sensibilisieren.

Patientenbeschwerden über das Verhalten einzelner Mitarbeiter wurden mit dem verantwortlichen Leitungspersonal und dem betroffenen Mitarbeiter thematisiert. Lob wurde direkt an die Mitarbeiter und deren Vorgesetzte weitergeleitet. Auch im Jahr 2008 gab es vereinzelt, meist in operativen Abteilungen, die Kritik an „sparsamer“ Information. Patienten wünschten sich ausführlichere Aufklärung vor und während der Therapie sowie Informationen zu Untersuchungs- oder Stationsabläufen.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.

- Das Qualitätsmanagement unter Beteiligung des Chefarztes hat dieses Thema bei den kontinuierlichen Treffen der Qualitätsbeauftragten als festen Tagesordnungspunkt aufgenommen.
- Abteilungsleiter spiegeln die Ergebnisse der Patientenbefragung an die unterstellten Mitarbeiter der jeweiligen Bereiche.
- Die Informationsweitergabe wird weiterhin bei den regelmäßig stattfindenden internen Audits der einzelnen Abteilungen überprüft.
- Die Ergebnisse werden über den Beschwerdebeauftragten in das hausinterne Intranet eingespielt, um eine größtmögliche Information an alle Mitarbeiter zu gewährleisten.
- Unterstützende Servicemitarbeiter der Pflegestationen werden eine Weiterbildung durchführen, in der ein Schwerpunkt die Steigerung der Kundenzufriedenheit im direkten Patientenkontakt ist. Diese Maßnahme beginnt 2009.

Organisation

Mit 147 negativen Rückmeldungen war der Bereich der Organisation der Meistbenannte. Die abteilungsübergreifenden Hauptthemen im Bereich der Organisation waren schwerpunktmäßig:

- Der Wunsch nach mehr Krankenhausinformation und besserer Ausschilderung.
- Zeitnahe Information der eigenen Person und der Erkrankung gerade nach der Operation
- Von mehreren Patienten wurde das Belegungsmanagement auf den Stationen angesprochen. Hier zeigte sich der Wunsch, die Zimmer nach Alter oder Krankheitsbild zu belegen.
- Vereinzelt wurden Wartezeiten in einzelnen Fachbereichen bemängelt.
- Die derzeitigen Öffnungszeiten der Cafeteria sind unseren Patienten nicht ausreichend.
- Es wurden auf Flyer hingewiesen, in denen die Sprechzeiten nicht mit den Angaben auf der Abteilung übereinstimmten
- Patienten bemängelten eine Versorgung auf verschiedenen Fachabteilungen.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

- eine Krankenhausbroschüre wurde veröffentlicht.
- alle Abteilungen verfügen über Abteilungsspezifische Informationen

Bundeswehrkrankenhaus

(Flyer), die vor Druck neuer Auflagen auf Aktualität geprüft und zukünftig mit einer Versionsnummer versehen werden.

- Durchführung öffentlich themenbezogener Informationsveranstaltungen (sog. „Patientenvisiten“).
- Im zentralen Informationspunkt wurde zusätzliches Personal eingeplant, um die Auskunftszeiten zu erhöhen.
- Die Ausschilderung auf dem Krankenhausgelände und in den Gebäuden wird auch bei den derzeit durchgeführten Baumaßnahmen zeitnah und kontinuierlich aktualisiert.
- Es wurde im Rahmen der Patientenaufnahme ein Informationsblatt ausgehändigt, in dem Patienten über aktuelle Baumaßnahmen und damit verbundener Verschiebung von Patientenströmungen informiert wurden.

Infrastruktur

Die Kritik auf die Infrastruktur bezieht sich, wie auch im vergangenen Jahr, zu einem Großteil auf die nicht zeitgemäßen Zimmergrößen und deren Ausstattung. Viele Patienten kritisieren eine Belegung mit 3 oder 4 Betten pro Zimmer. Zu wenige Zimmer verfügen über integrierte Sanitäreinrichtungen, so dass die Wege zu den Toiletten und Duschen als zu weit empfunden werden.

Die Cafeteria besteht aus zwei Bereichen, zum einen aus der Cafeteria im Stationsbereich und zum anderen aus der sog. „Krankenhaus Oase“. Aufgrund der Patientenströme hat am Wochenende nur die Krankenhausoase geöffnet. Da diese räumlich etwas abgelegener liegt, wurde mehrfach kritisiert, dass diese am Wochenende aufgrund des weiten Weges für nicht gehfähige Patienten nicht genutzt werden konnte. Auch die Öffnungszeiten (siehe auch Organisation) und ein unzureichendes Angebot an Waren wurden beanstandet.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

- Aufgrund gezielter Anregungen durch Mitarbeiter und Patienten konnten zeitnahe Reparaturen und Verschönerungsmaßnahmen in einzelnen Bereichen eingeleitet werden.
- Der Planungsphase eines neuen Bettenhauses befindet sich in der Umsetzung. Den Patienten sollen in naher Zukunft eine adäquate Unterbringung in modernen Ein und Zweibettzimmern mit integrierten Sanitärzonen angeboten werden. Grundsteinlegung soll noch im ersten Halbjahr dieses Jahres erfolgen.
- Im Rahmen dieses Neubaus wird auch die Cafeteria neu geplant und eingerichtet.
- Die Öffnungszeiten werden im Rahmen einer Sitzung des Betreuungsausschusses als Tagesordnungspunkt aufgenommen um als Ziel der Umstrukturierung eine Verlängerung der Öffnungszeiten zu erreichen.
- Im vergangenen Jahr wurde mit Sanierungsmaßnahmen in einzelnen Bereichen begonnen. Im 4. Quartal wurde die Station Neurologie geschlossen um eine Grundsanierung durchzuführen. Dieses wird auch im Jahr 2009 auf der Urologie weitergeführt.

Verpflegung

122 kritische Rückmeldungen zur Verpflegung sind im vergangenen Jahr eingegangen. Somit konnten die negativen Rückmeldungen leicht gesenkt werden, zeigen aber weiterhin den wichtigen Stellenwert unserer Patienten an der Verpflegung. Vorrangig kam es zu Bedienungsfehlern mit der EDV

Bundeswehrkrankenhaus

Software durch Mitarbeiter der Stationen und Übertragungsmängel an die Küche. Patienten wünschten sich oft größere Mengen bei der Verpflegung, die aufgrund der Vorgaben durch die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung nicht dargestellt werden können.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

- Mitarbeiterwechsel auf den Pflegestationen haben uns veranlasst, auf den Stationen weitere Schulungen im Umgang mit der EDV gestützten Orga Card System durchzuführen. Dieses wird auch im Jahr 2009 kontinuierlich fortgesetzt.
- Bei den zweimonatlichen durchgeführten Einführungstagen für neue Mitarbeiter wird die EDV Software zur Menüfassung vorgestellt und geschult (Servicekräfte und Pflegepersonal). Hier bekommen die Mitarbeiter eine Ersts Schulung in das System. Aufgrund von Rückmeldungen der Teilnehmer dieser Veranstaltungen, wurde der Praxisanteil der Schulung erhöht.
- Es werden wöchentliche Sitzungen aller Beteiligten zur Verpflegungssituation durchgeführt.
- Zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit bei der Verpflegung wurde 2008 begonnen systematische Stichproben Patientenbefragungen auf den Stationen durchzuführen. Diese werden 2009 regelmäßig alle 2 Wochen in den unterschiedlichen Stationen durchgeführt.
- Zur Verbesserung der Patienteninformation zum Thema Verpflegung erhalten alle Patienten eine Broschüre. In dieser werden neben Hinweise zur Telefonhotline auch Ansprechpartner bei Verpflegungsproblemen genannt, um Mängel zeitnah abzustellen zu können.
- Da Umstellungen der Verpflegung nicht immer auszuschließen sind, wurde im Falle einer Änderung eine Patienteninformationen auf das Tablett gelegt. So kann der Verdacht einer falschen Bestellung ausgeräumt werden. Dieses Verfahren hat sich bewährt und wird auch 2009 weitergeführt.

Sauberkeit

Vereinzelte Kritik (21 Rückmeldungen) zum Thema Sauberkeit bezogen sich zum Teil auf verschmutzt aussehende Sanitärräume, die schon aufgrund der Infrastruktur einen alten und unsauberen Eindruck vermitteln.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

- Ein Kontrollsystem ist implementiert und zeigte im vergangenen Jahr erste Erfolge. Die negativen Rückmeldungen sind weiter rückläufig und konnten im vergangenen Jahr um 50% gesenkt werden. In allen Teilbereichen des Krankenhauses sind sog. „Reinigungsbeauftragte Mitarbeiter“ benannt. Diese treffen sich monatlich zur Besprechungen und führen in Eigenregie stichprobenartige Patientenbefragungen anhand einer Checkliste durch. Die Checkliste wird zur Auswertung an unsere Verwaltung weitergeleitet um Maßnahmen einzuleiten und Mängel sofort abzustellen.

Schlussbemerkung

Trotz der persönlichen Information über unser Beschwerdemanagement im Rahmen des Aufnahmeprozesses ist es uns nicht gelungen, konstante Rücklaufquoten über 5% zu erreichen.

Bundeswehrkrankenhaus

Es ist unser Bestreben, die Zahlen der Rücklaufquote durch persönliche Ansprache am Entlassungstag zu forcieren und weitere Anregungen und Wünsche aufzunehmen, um so die Patientenzufriedenheit weiter zu erhöhen. Aus diesem Grunde haben wir unsere Abfragebögen ergänzt, so dass Patienten auch ohne Namensnennung eine einfache Möglichkeit haben, die Abteilung oder den Bereich der Beschwerde zu nennen und wir so gezielt genannte Mängel abstellen können.

Um die Entwicklung der Beschwerdekultur unserer Mitarbeiter auch zukünftig weiter zu fördern, wurden bereits in den vergangenen Jahren innerbetriebliche Schulungen durchgeführt, die auch 2008 und 2009 fester Bestandteil unserer Fortbildungsbemühen sind.

Ein oder besser der Schwerpunkt unserer Bemühungen im Jahr 2008 und auch 2009 wird auf dem Bau unseres neuen Bettenhauses liegen um unseren Patienten ein angemessene Unterbringung nach neusten Standards zu ermöglichen.

Wir wissen die Rückmeldungen unserer Patienten sehr zu schätzen und hoffen auch weiterhin auf die kritische Betrachtung unseres Hauses um Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

Der Bericht ist auf der Homepage des Bundeswehrkrankenhauses zu finden: www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de

Bundeswehrkrankenhaus

Cardio Clinic



Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der CardioClinic seit 2005 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Der Beschwerdebeauftragten ist vertraglich Unabhängigkeit bescheinigt

Zugänglichkeit

Jeder Patient erhält bereits vor Aufnahme einen Flyer, aus dem der Name und die Rufnummer des Beschwerdemanagements hervorgeht. Des Weiteren geht die Beschwerdebeauftragte täglich über die Station und nimmt sich den Anliegen der Patienten an.

Zügige Bearbeitung

Jeder Fall wird umgehend bearbeitet.

Kontakt

Renate Welcker
Beschwerdebeauftragte
CardioClinic Hamburg
Moorkamp 2 – 8
20357 Hamburg
Tel: 040 / 468 59 - 0
welcker@cardioclinic.de

Transparenz

Die Transparenz wird durch monatliche Konferenzen hergestellt. Hieran nehmen die Beschwerdebeauftragten, die Pflegedienstleitung, die Ärztliche Leitung und der Geschäftsführer teil.

Verantwortung

Die Verantwortung für die Beschwerdeaufnahme liegt bei der Beschwerdebaufragten. Verantwortlich für Bearbeitung und das Abstellen des Beschwerdegrundes sind alle Beteiligten, d.h. u.U. alle Mitarbeiter der Klinik:

Zertifizierung

Der Zertifizierungsprozess wird mit Etablierung eines Qualitätsmanagements weiterentwickelt.

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Wir arbeiten sehr intensiv an Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere an der Verbesserung der Speisenversorgung.

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Cardio Clinic

Diakonie Klinikum Hamburg



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Diakonie-Klinikum Hamburg führt im Rahmen des Konzerns Agaplesion gemeinnützige Aktiengesellschaft ein strukturiertes Beschwerdemanagement durch. Die Verantwortlichkeiten sowie ein grundlegender Ablauf zur Bearbeitung und Auswertung des Beschwerdemanagements sind in einer Rahmenkonzeption durch den Vorstand beschrieben. Diese Rahmenvorgaben sind im Diakonie-Klinikum Hamburg durch eine Handlungsanweisung konkretisiert und stehen den Mitarbeitern im Organisationshandbuch zur Verfügung.

Das Beschwerdemanagement des Diakonie-Klinikum Hamburg wird durch eine zentrale Beschwerdemanagerin für die Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien und Elim geregelt und betreut.

Beschwerden sehen wir als Chance zur Verbesserung. Daher ist es unser Ziel, möglichst viele Meinungen von Patienten, Angehörigen und Besuchern zu erhalten. Wir wollen daraus lernen und wirksame Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen sicherstellen.

Realisierung der Punkte 1-6

Im Jahr 2008 wurde das Verfahren zur Erfassung und Bearbeitung von Rückmeldungen überarbeitet und im Sinne der Hamburger Erklärung, der sich das Diakonie-Klinikum Hamburg verpflichtet hat, aktualisiert.

Die Zufriedenheit mit der Qualität unseres Behandlungsangebotes erfragen wir über den Meinungsbogen "Ihre Meinung ist uns wichtig". Dieses Faltblatt ist in allen Etagen sowie in den Empfangshallen unserer Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien und Elim ausgelegt. Anonyme oder namentliche Meinungen können in den Briefkasten, direkt oder per Post dem Beschwerdemanagement zugeführt werden. Jeder Patient erhält bei seiner Aufnahme eine Patienteninformation, in der er über diese Möglichkeit informiert wird.

Alle Mitarbeiter unseres Hauses sind Ansprechpartner für Anregungen und Beschwerden. Sie unterstützen beim Ausfüllen des Meinungsbogens oder leiten diesen an das zentrale Beschwerdemanagement weiter.

Jede Meinungsäußerung wird gesichtet und dem Beschwerdeführer eine Rückmeldung gegeben. Die Anregung oder Kritik werden zusammen mit den jeweils beteiligten Abteilungen bearbeitet. Lob erhalten die Beteiligten zur Kenntnis. Ebenso wird die Geschäftsführung kontinuierlich in Kenntnis gesetzt und ggf. an der Bearbeitung beteiligt.

Eine jährliche strukturierte Auswertung hilft uns, Schwerpunkte aufzudecken und neben der direkten Reaktion auf einzelne Beschwerden im Rahmen der Jahreszielplanung systemische Maßnahmen zu ergreifen.

Die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagements und die Qualität des Behandlungsangebotes überprüfen wir im Rahmen der Organisationsbewertung unter anderem durch Analysen des Beschwerdemanagements, Internen Audits sowie den Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen.

Kontakt

Adelheid Ertemel
Beschwerdebeauftragte
Diakonie-Klinikum Hamburg
Hohe Weide 17
20259 Hamburg
Tel: 040 / 490 66 - 0
A.Ertemel@d-k-h.de

Anzahl der Rückmeldungen

Thema:	2007	2008
Anzahl der Personen/Einsendungen Gesamt (Meinungsbogen, Briefe, etc.):	231	408
Meinungsäußerungen (Lob, Beschwerde, Anregung)	315	816
Patienten	202	374
Angehörige	24	24
Besucher/innen	2	6
Mitarbeiter/innen	3	1
Hausärzte/innen	0	0
Anonym	0	3

Anzahl der Meinungsäußerung zu den Bereichen:	2007	2008
Beschwerde	133	172
Lob	171	556
Anregung	11	72
Sonstige	0	16

Alle Rückmeldungen wurden beantwortet. Sofern möglich erfolgten sofort Maßnahmen, z. B. sind unterjährig weitere Nasszellen eingebaut worden, Kopfkissen wurden systematisch ausgetauscht und das Wegeleitsystem verbessert.

Schwerpunkte

Die Auswertung des Beschwerdemanagements 2008 wurde allen Mitarbeitenden vorgestellt und Maßnahmen abgeleitet.

Schwerpunktmäßig ist zu erkennen, dass die Themen Infrastruktur, Entlassung und Angehörigenintegration im Focus der Beschwerden stehen. In Bezug auf die Rückmeldungen zur Infrastruktur werden notwendige Ausbesserungen und Modernisierungen wie z. B. Malerarbeiten, neue Möblierung etc. kontinuierlich durchgeführt. Größere Baumaßnahmen werden aufgrund des Neubaus nur noch in Verbindung mit wichtigen strukturellen Veränderungen initiiert.

Die Themen Entlassung und Angehörigenintegration stehen im Focus der Maßnahmen. So wird z. B. das Entlassungsmanagement im Rahmen eines Qualitätszirkels überprüft.

Ziele für das nächste Jahr

Im Jahr 2009 stehen die Konzeptionen für den Neubau des Diakonie-Klinikums Hamburg an. Hierbei sind die Rückmeldungen, die wir durch Patienten, Angehörige, Besucher, Hausärzte erhalten, ein wichtiger Bestandteil, um die Verbesserungspotentiale in Bezug auf den Neubau zu nutzen

Diakonie-Klinikum
Hamburg

Die Facharztambulanz Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde nach Vorstellung an die Öffentlichkeit am 29.11.2004 von unserer Klinik – damals noch unter dem Namen Michaelis Krankenhaus – unterzeichnet. Im Jahr 2006 fand die Fusion mit dem Krankenhaus Beim Andreasbrunnen statt und für die neue Klinik, die Facharztambulanz Hamburg, war es selbstverständlich, weiter auf freiwilliger Basis sich zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden zu erklären.

Realisierung der Punkte 1 – 6

Jeder Patient erhält bei der Aufnahme einen allgemeinen Fragebogen. An Hand dieses Fragebogens werden monatlich Zufriedenheitsangaben zu allen Bereichen und Funktionen statistisch ausgewertet; Angaben in Freitext sind ebenso möglich. Seit dem Umzug der Klinik im Oktober 2008 wurde außerdem ein spezielles Formular für Lob und/oder Kritik eingeführt. Die Angaben zur Person sind freiwillig. Auf die Möglichkeit eines persönlich vorgetragenen Anliegens bei der Beschwerdebeauftragten werden unsere Patienten auf dem allgemeinen Fragebogen sowie von den Mitarbeitern hingewiesen. Unsere Mitarbeiter und Ärzte werden auf den Umgang mit Beschwerden geschult; ergänzend hierzu gibt es Leitlinien im Umgang mit Beschwerden. Jede Beschwerde wird angehört und ernst genommen, die Beschwerde wird nicht gewertet. Die Mitarbeiter und Ärzte bieten, wenn möglich, Hilfestellung oder Lösungen an. Sie nehmen sich Zeit für den Beschwerdeführer oder vermitteln ihn abteilungsintern oder an das Qualitätsmanagement weiter. Dies geschieht, auch wenn es nicht die eigene Abteilung betrifft. Das Beschwerdemanagement ist aufgrund der Größe unserer Klinik in das Qualitätsmanagement eingebunden. Fragebögen und Formulare können entweder in den gekennzeichneten Briefkästen in der Eingangshalle oder auf den Stationen abgegeben werden. Die Mitarbeiter leiten die Formulare umgehend an das Beschwerdemanagement weiter. Die Bearbeitung der speziellen Formulare erfolgt zeitnah, hier werden die betroffenen Mitarbeiter und Bereiche, wenn es erforderlich ist auch die Geschäftsführung, eingebunden. Die Bearbeitungszeit von Patientenrückmeldungen, die schriftlich beim Beschwerdemanagement oder der Geschäftsführung eingehen, soll nicht länger als 14 Tage betragen; bei komplexen Anliegen erfolgt eine Zwischenmeldung zum Stand der Bearbeitung. Transparenz erfolgt auch intern durch die monatlichen Auswertungen; die Ergebnisse werden in allen Abteilungen bekannt gegeben.

Unsere Unternehmenskultur ist auf Kommunikation und Transparenz gerichtet. So schaffen unsere Mitarbeiter und Ärzte durch intensive Kommunikation mit den Patienten, Angehörigen und Besuchern eine vertrauensvolle Atmosphäre, die hilft, Probleme zu verhindern.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 sind 5400 Patienten stationär versorgt worden. Die Zahl der



Michaelis Krankenhaus
Krankenhaus Beim Andreasbrunnen

Kontakt

Gunhild Herzberg
Beschwerdebeauftragte
Facharztambulanz Hamburg
Martinstraße 78
20251 Hamburg
Tel: 040 / 490 65 – 43 81
herzberg@facharztambulanz-hamburg.de

erfassten Patientenfragebögen betrug 1087, das sind 20%. Insgesamt schätzten diese den gesamten Krankenhausaufenthalt zu 60,5% mit „sehr gut“ und zu 26,7% mit „gut“ ein, 1,2% waren „nicht zufrieden“. Hervorzuheben ist an dieser Stelle das Lob der Patienten insbesondere für ärztliche Leistungen und Pflegeleistungen.

65 Formulare für Lob und/oder Kritik wurden seit Oktober 2008 abgegeben, wobei sich Lob und Kritik die Waage hielten.

Um noch gezielter auf die Bedürfnisse und Wünsche von Patienten und Angehörigen eingehen zu können, werden wöchentliche persönliche Stichproben-Befragungen von Geschäftsführung, Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement durchgeführt.

Besonderheiten

Besonderheiten im Jahr 2008 ergaben sich durch den Umzug der Klinik und zwar im technischen sowie organisatorischen Bereich.

Hier wurden einige Verbesserungsmaßnahmen aufgrund der Kritikäußerungen vorgenommen.

Ziele für das nächste Jahr

Unser Ziel bleibt ein gelebtes Beschwerdemanagement, das jedem Mitarbeiter und Arzt bekannt ist. Unternehmensziele, Kundenorientierung und Mitarbeiterzufriedenheit müssen ständig aufeinander abgestimmt werden um weiterhin den hohen Standard im Umgang mit Patienten-Beschwerden einzuhalten.

Facharztambulanz Hamburg

Endo-Klinik Hamburg



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit hat gemeinsam mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft die sog. „Hamburger Erklärung“ entwickelt und im November 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die meisten Hamburger Krankenhäuser, so auch die ENDO-Klinik, haben die Hamburger Erklärung unterschrieben und sich mit Ihrer Unterschrift freiwillig verpflichtet, einen hohen Standard im Umgang mit Patientenbeschwerden einzuhalten.

Die ENDO-Klinik hat ihr Beschwerdemanagement auf die Hamburger Erklärung ausgerichtet:

1. Zugänglichkeit

Der Zugang zu der Beschwerdestelle ist für unsere Patientinnen und Patienten einfach.

- in der Patientenbroschüre der ENDO-Klinik,
- am schwarzen Brett auf den Stationen,
- am Nachtschrank und durch
- das gesamte Pflegepersonal erhalten die Patienten Hinweise auf das Bestehen und die Erreichbarkeit der Anlaufstelle für Patientenbeschwerden.

2. Zügige Bearbeitung

Eine zügige Bearbeitung der Beschwerden wird garantiert.

Ziel ist es, mit der Bearbeitung der Beschwerden sofort nach Bekanntwerden zu beginnen und diese innerhalb von 24 Std. abzuschließen. Sollte dieses Vorgehen in einzelnen Fällen nicht durchführbar sein, wird der Patient laufend über den Zwischenstand der Bearbeitung informiert

3. Unabhängigkeit

Die Geschäftsführung der ENDO-Klinik Hamburg hat die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Mitarbeiter der Beschwerdestelle weitgehend unabhängig von den hierarchischen Strukturen arbeiten können.

4. Transparenz

Es wird gegenüber dem Beschwerdeführer Transparenz hergestellt über:

- den Stand der Bearbeitung der Beschwerde
- das Ergebnis der Beschwerde
- die Wirkung der Beschwerde

5. Verantwortung

Die Pflichten und Befugnisse der Personen, die mit der Beschwerdeannahme und ihrer Bearbeitung beauftragt sind, sind klar definiert.

Hierzu haben im Jahr 2006 mehrere Sitzungen mit der Geschäftsführung und der Beschwerdebeauftragten stattgefunden, bei denen gemeinsam festgelegt wurde, welche Pflichten und Befugnisse ein(e) Beschwerdebeauftragte(r) in der ENDO-Klinik, Hamburg hat.

Kontakt

Annegret Juenemann
Beschwerdebeauftragte
Endo-Klinik Hamburg
Holstenstraße 22
22767 Hamburg
Tel: 040 / 31 97 - 13 57
Fax: 040 / 31 97 - 19 17
annegret.juenemann@endo.de

6. Unternehmenskultur

Die Beschwerdekultur wird in der ENDO-Klinik laufend optimiert.

- durch Überprüfung der einzelnen Abläufe einer Beschwerde und ggfls. Verbesserung
- auf Grund von Vorschlägen aus Mitarbeiterkreisen und/oder Vorschlägen von Patienten
- auf Grund neuer Ideen und Anregungen von außen

7. Zertifizierung

Die Endo-Klinik Hamburg GmbH soll bis Ende 2009 nach DIN ISO 9000/2001 zertifiziert sein.

Anzahl der Rückmeldungen

Im Jahr 2008 wurden in der ENDO-Klinik Hamburg GmbH 5717 Patienten stationär behandelt. Im gleichen Zeitraum gingen bei der Anlaufstelle für Patientenbeschwerden (Beschwerdestelle) 171 Beschwerden ein.

Im Jahr 2008 beschwerten sich 171 Patienten. Das entspricht einem Prozentsatz von 3.0 % bezogen auf die Anzahl der stationär behandelten Patienten.

Von den 171 Beschwerden bezogen sich 21 (12,3 %) auf strukturelle Gegebenheiten, 23 (13,5 %) von allen Beschwerden bezogen sich auf Mitarbeitergruppen, 86 (50,3 %) Beschwerden bezogen sich auf Prozesse, 36 (21,0 %) bezogen sich auf medizinische Behandlungen und 5 (2,9 %) der Beschwerden bezogen sich auf andere Gegebenheiten.

Eine Gegenüberstellung der Anzahl der Beschwerden (85) im Jahr 2007 mit der Anzahl der Beschwerden (171) im Jahr 2008 ergab eine Steigerung von 86 (101 %) Beschwerden im Jahr 2008, die sich unterschiedlich verteilten.

Die Zunahme der Beschwerden wird im folgenden Absatz: Schwerpunkte und Verbesserungsmaßnahmen erklärt.

Schwerpunkte und Verbesserungsmaßnahmen

Im Jahr 2008 fand in der Endo-Klinik eine Umstrukturierung im Personalbereich statt, was natürlich auch die Veränderung von Arbeitsprozessen mit sich führte. Viele neue MitarbeiterInnen mussten eingewiesen und die Arbeitsprozesse optimiert werden. Diese Veränderungen und kurzfristigen Mehrbelastungen der Mitarbeiter führten dazu, dass es in den 2 Übergangsmonaten Mai und Juni zu vermehrten Beschwerden der Patienten kam. Natürlich wurde von den Mitarbeitern und Vorgesetzten alles getan, damit die Umstellungen für die Patienten unmerklich abliefen. Trotzdem waren offenbar nicht alle Unwegsamkeiten im voraus kalkulierbar. Ab Juli waren die Beschwerden aus den betroffenen Bereichen wieder rückläufig und ab September war der Stand des Vorjahres wieder erreicht.

Die langen Wartezeiten am Aufnahmetag, führten im Jahr 2008 immer wieder zu Beschwerden der Patienten und deren Angehörigen. Leider war es aus räumlichen Gründen bisher nicht möglich, trotz vieler Bemühungen, die langen Wartezeiten der Patienten entscheidend zu verkürzen. Das ändert sich ab Mai 2009 in dem Neubau der ENDO-Klinik. Es gibt seit 2008 eine Arbeitsgruppe, die mit Mitarbeitern aus allen Bereichen besetzt ist, die am Ablauf des Aufnahmetages beteiligt sind und die ein neues

Endo-Klinik Hamburg

Konzept für den Aufnahmetag erarbeitet hat. Dieses Konzept wird durch eine prozessoptimierende Raumzuordnung im Neubau unterstützt. Wir gehen davon aus, dass wir – im Sinne unserer Patienten – zukünftig alle Abläufe so optimal wie möglich gestaltet haben. Sollten sich auch zukünftig noch lange Wartezeiten am Aufnahmetag ergeben, werden wir selbstverständlich sofort versuchen, die Unwegsamkeiten herauszufinden und zu verbessern.

Ziele für das nächste Jahr

Für das Jahr 2009 ist es der Geschäftsführung und den Mitarbeitern wichtig, den bevorstehenden Umzug in den Neubau so reibungslos und patientenfreundlich wie möglich zu gestalten. Die Geschäftsführung und die Mitarbeiter haben in vielen Arbeitsgruppen daran gearbeitet, den Umzugsablauf zu planen. Die Mitarbeiter der Stationen, aus dem OP/Intensiv-Bereich und der Patientenaufnahme/Ambulanz sind mit ihren neuen Arbeitsbereichen und Abläufen vertraut gemacht worden.

Die Patienten erwartet ein freundlicher, komfortabel ausgestatteter, moderner Neubau, der einer Hochleistungsklinik gerecht wird und der so ausgerichtet ist, dass viele Abläufe effektiver gestaltet werden können. Ab Mai 2009 ist auch eine EDV-Unterstützung der Arbeit in allen Bereichen der Klinik möglich.

Alle Beschäftigten freuen sich auf die neuen Räume und die schönere Arbeitsumgebung und hoffen, dass diese Freude auch von den Patienten geteilt wird.

Der vollständige Bericht erscheint in Kürze auf der Homepage der Endo-Klinik: <http://www.endo.de/>

Endo-Klinik Hamburg

Evangelisches Amalie Sieveking Krankenhaus

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit 2005 im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH. Schon vorher hat es einen Patientenführsprecher gegeben.

Zur Verdeutlichung des Stellenwertes zitiere ich aus dem Konzept für die gesamte Albertinen-Gruppe, zu der das Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus gehört:

„Mit dem Beschwerdemanagement in den Krankenhausbetrieben der Albertinen-Gruppe werden folgende Ziele verfolgt:

- Patienten, Angehörige und Besucher sollen angeregt werden, ggf. vorhandene Unzufriedenheit während des Aufenthalts und nicht erst nach Entlassung zu äußern
- Systematische und kontinuierliche Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Patienten- und Angehörigenbeschwerden
- Systematische Nutzung der aus Beschwerden gewonnenen Informationen, zur kontinuierlichen Verbesserung der Leistungen der Krankenhausbetriebe.“

Für 2008 gibt es folgende Besonderheiten:

Seit August 2008 konnten nach der Umstellung auf ein gemeinsames Logo für die gesamte Gruppe auch im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus Meinungskarten eingeführt werden.

Bei der Erfassung der Beschwerden und Meinungskarten hat es eine Umstellung von einer einfachen Excel-Tabelle zu einer wesentlich komfortableren Access-Datenbank gegeben.

1. Zugänglichkeit

Auf folgenden Wegen gibt es die Möglichkeit sich zu beschweren:

- Meinungskarten: Sie hängen neben den Briefkästen in allen Hallen und werden jedem Patienten bei der Aufnahme mitgegeben.
- Beschwerdebeauftragte: Mirjam Ritz, Telefon: 040-64412-104 mit Anrufbeantworter, Fax: 040-64412-100, E-mail: mirjam.ritz@amalie.de; es gibt weiterhin die Möglichkeit von der Homepage aus direkt eine Mail zu senden. Schriftliche Beschwerden werden in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Adressaten bearbeitet. Auf Grund weiterer Tätigkeiten in der Albertinen-Gruppe befindet sich das Büro der Beschwerdebeauftragten nicht direkt im Krankenhaus sondern in einer benachbarten Einrichtung, dem Feierabendhaus (Altenpflegeheim). Nach telefonischer Information werden während der Regelarbeitszeit (Mo-Fr 8.00 bis 14.00 Uhr) jederzeit persönliche Gespräche vor Ort im Krankenhaus geführt.
- Der Patientenführsprecher, Herr Rechtsanwalt Marc-Christopher Rama, ist über ein speziell für diese Aufgabe eingerichtetes Handy (0172-4478161) zu erreichen.

Evangelisches Amalie
Sieveking-Krankenhaus

albertinen[†]

in besten Händen

Kontakt

Mirjam Ritz
Beschwerdebeauftragte
Evangelisches
Amalie Sieveking Krankenhaus
Haselkamp 33
22359 Hamburg
Tel: 040 / 644 11 - 1
mirjam.ritz@amalie.de

2. Zügige Bearbeitung

Im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus werden die Recherchen sofort eingeleitet und es wird in der Regel innerhalb von 3 Tagen eine erste Rückmeldung gegeben. Bei komplexen Beschwerden, bei deren Bearbeitung mehrere Personen beteiligt sind, kommt es zu Bearbeitungszeiten, die den Sollwert von 14 Tagen z.T. deutlich überschreitet. In solchen Fällen erhält der Beschwerdeführer einen Zwischenbescheid.

3. Unabhängigkeit

Die Unabhängigkeit ist durch unseren Patientenfürsprecher gewährleistet, mit dem eine gute Zusammenarbeit besteht.

4. Transparenz

In unserem Konzept zum Beschwerdemanagement sind die Bearbeitungswege und alle Aufgaben der am Verfahren beteiligten Mitarbeiter benannt. Dieses Konzept ist im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich. Dort erhalten die Mitarbeiter auch die umfangreichen, statistischen Auswertungen, welche jährlich erstellt werden.

Die Beschwerdeführer werden über die Vorgehensweise in der Eingangsbestätigung informiert und im Antwortschreiben werden Ihnen die Ergebnisse, Maßnahmen bzw. Veränderungen mitgeteilt.

5. Verantwortung

Für die Entgegennahme und Weiterleitung von Beschwerden ist in unserem Krankenhaus jeder Mitarbeiter zuständig. Die Vorgehensweisen sind in dem oben genannten Konzept dokumentiert und für jeden Mitarbeiter im Intranet zugänglich.

6. Unternehmenskultur

Das Leitbild des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses enthält keine konkrete Erwähnung einer Beschwerdekultur. In folgenden Auszügen ist dies aber schon impliziert:

„Für uns im Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhaus steht der Patient im Mittelpunkt unserer Betreuung in Krankheit und Gesundheit, Leben und Sterben.

Grundlage ethischen Handelns ist für uns im christlichen Krankenhaus ein humanistisches Menschenbild: Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung, Sensibilität und Toleranz prägen unsere Tradition.

Wir sind von der Notwendigkeit überzeugt, in Konfliktsituationen den verschiedenen Meinungen und Standpunkte gegenüber offen zu sein und gemeinsam Lösungen zu finden.“

Die Albertinengruppe hat eine eigene Akademie für Fortbildungen. In diesem Rahmen gibt es u.a. Fortbildungen zum Thema Gesprächsführung, Konfliktmanagement. In Einzelfällen werden durch die Beschwerdenbeauftragte Gespräche mit Mitarbeitern geführt.

7. Zertifizierung

Das Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus wird im April 2009 nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert. Das Beschwerdemanagement wird davon ein Bestandteil sein.

**Ev. Amalie Sieveking
Krankenhaus**

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Meldungen an das Beschwerdemanagement im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus für 2008:

Form der Rückmeldung	Anzahl
Meinungskarte	169
Sonstige schriftliche Rückmeldung	44
Mündliche Rückmeldung	18
Summe	231

Zu beachten ist, dass die Meinungskarten ab August 2008 eingesetzt wurden. Bei den schriftlichen Rückmeldungen haben die E-Mails stark zugenommen.

In den genannten Rückmeldungen gibt es folgende Verteilung von Lob und Tadel:

Art der Rückmeldung	Anzahl
Lob	131
Tadel	161
Summe	292

Auffällig ist, dass Lob und Tadel sehr häufig innerhalb einer Rückmeldung genannt werden. Insgesamt wurden im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus 2008 ca. 30.000 Patienten (stationär und ambulant) behandelt.

Verbesserungsmaßnahmen

In den letzten Jahren hat es viele Beschwerden über den veralteten Zustand einiger Stationen gegeben. In 2008 konnten hier umfangreichen Sanierungsmaßnahmen durchgeführt werden, so dass ein erfreulicher Rückgang der Beschwerden für diesen Bereich zu verzeichnen ist.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Einführung der Meinungskarten, die sehr gut angenommen wurde.

Fazit / Ziele für das nächste Jahr

Die Meinungskarten werden gut angenommen und enthalten erfreulich viele lobende Erwähnungen. Dies ist für viele, anfänglich skeptische Mitarbeiter eine positive Erfahrung.

Auch in diesem Jahr wird weiter an der Sanierung der Stationen gearbeitet.

Bei den Meinungskarten wird derzeit beobachtet wie die einzelnen Briefkästen angenommen werden, damit ggf. die Standorte der Briefkästen optimiert werden können.

Bei der nächsten Überarbeitung des Leitbildes ist angedacht die Beschwerdekultur explizit aufzuführen.

Das Bearbeitungskonzept wird im Rahmen der KTQ-Zertifizierung überarbeitet.

**Ev. Amalie Sieveking
Krankenhaus**

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf gGmbH (EKA) gehört zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in Krankenhäusern.

Die Hamburger Erklärung wird im EKA wie folgt umgesetzt:

1. Zugänglichkeit

Die niedrigschwelligste Art eine Beschwerde zu formulieren, ist die direkte Benennung des Anlasses gegenüber den Krankenhausmitarbeitern, z.B. der jeweils zuständigen Station. Hat ein Patient Anlass zu einer Beschwerde, nimmt das Team den Hinweis entgegen und führt in Abstimmung mit der Stationsleitung eine Klärung herbei. Alle Mitarbeiter wurden in der Einführungsphase über Funktion und Strukturen des Beschwerdemanagements mehrfach unterrichtet und können bei Bedarf auf die Kontaktmöglichkeit zur Beschwerdebeauftragten hinweisen. Lässt sich der Beschwerdefall nicht im alltäglichen Stationsgeschehen klären, wird die Beschwerdebeauftragte als zentrale Vertreterin des Beschwerdemanagements hinzugezogen. Möchte der/die BeschwerdeführerIn sich direkt an die Beschwerdebeauftragte wenden, gibt es die Möglichkeit die Beschwerdebeauftragte anzurufen oder ihr eine schriftliche Nachricht zukommen zu lassen. Auf allen Stationen und in allen Wartebereichen gibt es Aushänge zum Beschwerdemanagement. Der Beschwerdebrieffkasten ist im Bereich des Haupteinganges Krankenhauses leicht zu finden. Außerdem können PatientInnen der Beschwerdebeauftragten auch Emails schicken. Die E-mailadresse ist beispielsweise auf der Krankenhaushomepage hinterlegt.

2. Zügige Bearbeitung

Generell liegt es im Interesse des Krankenhauses, Beschwerden zügig zu bearbeiten. Dieses Interesse wurde intern auf breiter Ebene kommuniziert. Die Beschwerdebeauftragte hat aus diesem Grund auch einen unmittelbaren Kommunikationsweg zu den Abteilungsleitungen und zur Geschäftsführung. Wie die Grafik zur Ablauforganisation im Beschwerdemanagement zeigt (s.o.), wird ein Beschwerdeführer spätestens am nächsten Werktag persönlich aufgesucht. Für die Beschwerdebeauftragte wurde eine Vertretung benannt, die in Abwesenheitszeiten Urlaub, Krankheit etc. als Ansprechpartnerin für Beschwerden benannt.

Für Beschwerden von Mitarbeiterinnen hins. ihrer Vorgesetzten stehen die Abteilungsleitungen oder auch die Geschäftsführung auch unmittelbar zur Verfügung.

3. Unabhängigkeit

Bei der Auswahl der Person der Beschwerdebeauftragten wurde besonders darauf geachtet, dass es sich um eine langjährige, allgemein akzeptierte und respektierte Mitarbeiterin handelt, die gleichermaßen über Kommunikationsstärke und Urteilsvermögen verfügt. Das Beschwerdemanagement wurde eingesetzt als Stabsfunktion der Geschäftsführung. Den Patienten der Psychiatrie steht für ihre Anliegen weiterhin ein ehrenamtlicher Patientenführer zur Verfügung. Im Gegensatz zur Beschwerdebeauftragten, die i.d.R. werktätig für die Patienten verfügbar ist, bietet

Kontakt

Volker Henn
Qualitätsmanagement
Ev. Krankenhaus Alsterdorf
Bodelschwinghstraße 24
22337 Hamburg
Tel: 040 / 50 77 - 03
v.henn@eka.alsterdorf.de

der Patientenfürsprecher zweiwöchentliche Sprechstunden an.

4. Transparenz

Transparenz wird in erster Linie durch die breite Kommunikation unseres Beschwerdemanagementsystems sichergestellt. Im Weiteren hat der persönliche Kontakt zur/zum BeschwerdeführerIn oberste Priorität. Falls die Bearbeitung einer Beschwerde mehr als einen Informationsaustausch nötig macht, wird bei jedem Kontakt das weitere Vorgehen abgestimmt, bis die Bearbeitung für beide Seiten als abgeschlossen gilt. Im letzten Schritt wird dem Beschwerdeführer von der Beschwerdebeauftragten mitgeteilt, welche Folgewirkungen die Beschwerde hatte, z.B. welche Verbesserungen eingeleitet wurde.

Hinsichtlich der abschließenden Information über den Ausgang des Beschwerdefalles gegenüber dem Beschwerdeführer wird der Weg gewählt, auf dem dieser die Beschwerde an das Beschwerdemanagement herangebracht hat. So wird ein abschließendes Schreiben nicht obligatorisch, sondern optional erstellt und versendet. Im Rahmen unserer Behandlungskultur geht persönliche Ansprache vor Formalisierung, die in vielen Fällen die Gefahr einer unnötigen Distanz zum Beschwerdeführer birgt.

5. Verantwortung

Die Kongruenz von Verantwortung, Aufgabe und Kompetenz befähigt die Beschwerdebeauftragte, ihr Amt in Hinsicht auf alle Beteiligten optimal wahrzunehmen. Ihr Arbeitsgebiet ist klar definiert und im Haus auf jeder Ebene und auf allen Abteilungen etabliert.

6. Unternehmenskultur

Das Bewusstsein für fortlaufende Verbesserungsprozesse ist Teil unserer Unternehmenskultur. Vor dem Hintergrund dieses Bewusstseins wurde das Beschwerdemanagement eingeführt und etabliert.

Gerade in einem Haus, das schwerpunktmäßig dem besonderen Auftrag der Versorgung von Menschen mit Behinderungen nachkommt, hat das Beschwerdemanagement einen speziellen Stellenwert. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, auch Beschwerden, die nicht als solche unmittelbar titulierte wurden, wahr- und ernst zu nehmen. Für diese empathische und feinfühligere Aufgabe werden unsere Mitarbeiter sensibilisiert, indem wir regelmäßig Fortbildungsangebote für das Beschwerdemanagement anbieten und das Thema durch kontinuierliche Kommunikation präsent machen. In der Ausbildung begegnet das Thema den angehenden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen unserer an das Krankenhaus angeschlossenen Ausbildungsstätte.

7. Zertifizierung

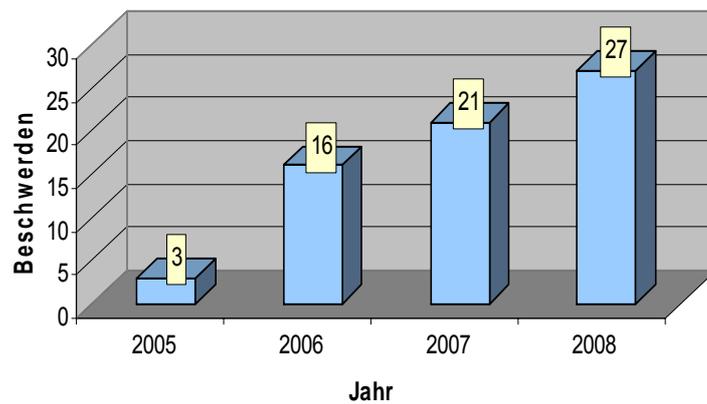
Das Krankenhaus ist nach dem Kriterienkatalog der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifiziert.

Patientenrückmeldungen

Anzahl bei der Beschwerdebeauftragten gemeldeter Beschwerden
Nach seiner Einführungsphase mit Maßnahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung hat sich das Beschwerdemanagement im EKA etabliert.

**Ev. Krankenhaus
Alsterdorf**

Anzahl der von der Beschwerdebeauftragten bearbeiteten Beschwerden



**Ev. Krankenhaus
Alsterdorf**

Fazit/Ziele für 2009

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2005 bis 2008 sehen kann, haben die Beschwerden zugenommen. Dies wird von uns insofern als positiv gewertet, als das Beschwerdemanagement als immanenter Bestandteil der Arbeit im Krankenhaus zunehmend verstanden wird.

Als Reaktion auf Beschwerden wurden neben den obligatorischen Erst-Gesprächen mit den Beschwerdeführern teilweise auch entsprechende Leistungen als Entschädigung für Beschwerden aufgewendet. Weiterhin wurden z.B. folgende Maßnahmen initiiert:

- Die Verteilung der Tageszeitung durch die Grünen Damen wurde neu organisiert
- Neue Nachtschränke wurden angeschafft
- Der Reinigungszyklus der Toiletten wurde im Eingangsbereich verändert.

Es wurden unterschiedliche Verbesserungsprojekte umgesetzt oder für 2009 geplant:

- In 2009 wird die Patientenbefragung mit einer besonderen Beachtung des Themas „Essen im Krankenhaus“ durchgeführt
- Einführen einer Software zur Bearbeitung und Auswertung der Beschwerden
- Verdichtung des Austausches zwischen den Beschwerdebeauftragten von EKA und Heinrich Sengelmann Krankenhaus
- detaillierte Jahresauswertung der Beschwerden und Fortschreiben des internen Beschwerdeberichts für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Kontinuierlicher Bewusstseinswandel in der Mitarbeiterschaft hin zu dem Verständnis, dass Beschwerden immer die Möglichkeit enthalten, etwas Positives zu erkennen und umzusetzen.

Der vollständige Bericht ist auf unserer Homepage zu finden:

www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/evangelisches_krankenhaus_alsterdorf_0B80CCA089DF4BF7A0DB2CC4A7A4DB9F.htm

Fachklinik Helmsweg

FACHKLINIK HELMSWEG
Klinik für Gynäkologie und Chirurgie

Unternehmenskultur

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu erreichen. Dazu gehört es, eine Beschwerdekultur zu etablieren, in der Kunden zur Rückmeldung und Meinungsäußerung ermutigt und aufgefordert werden (Beschwerdestimulation). Eine Beschwerde stellt dabei eine Rückmeldung des Kunden - Patienten, Einweisers, Besuchers, Angehörigen etc. - dar, mit der er auf Mängel im Betriebsablauf, ein schädigend empfundenes Verhalten oder allgemein auf Unzufriedenheiten etc. aufmerksam macht, um eine Änderung oder ggf. eine Wiedergutmachung zu erreichen.

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH verfügt zu diesem Zweck über die notwendigen Strukturen zur Sicherstellung der Zugänglichkeit und zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden. Die Rückmeldungen werden als wichtige Kundenhinweise im Rahmen der Prozessverbesserung und Prävention genutzt, um die aktuellen Mängelursachen schnellstmöglich zu beheben und zukünftiger Unzufriedenheit im gesamten Krankenhausbereich sowie allen Bereichen und Betrieben der AKHH GmbH vorzubeugen.

Beschwerdemanagement wird dabei als eine Führungsaufgabe auf allen Ebenen verstanden. Die jeweiligen Verantwortlichen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden zunehmend weiter sensibilisiert werden.

Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von der jeweiligen Krankenhausleitung /bzw. Betriebs- u. Bereichsleitung ausdrücklich gefördert.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der Fachklinik Helmsweg seit 2006 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt.

Unabhängigkeit

Für die im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter existieren klare Richtlinien. Die Beschwerdebeauftragte nimmt regelmäßig an Schulungen teil.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden.

Seit 2008 ist ein zweiter Briefkasten für „Lob und Tadel“, aufgrund unseres verbesserten Patientenservices im Empfangsbereich, angebracht worden.

Kontakt

Susanne Kotschote
Beschwerdebeauftragte
Fachklinik Helmsweg
Helmsweg 39
21073 Hamburg
Tel: 040 / 766 22 – 00
susanne.kotschote@fachklinik-helmsweg.de

Der Briefkasten wird 2 x wöchentlich von der Beschwerdebeauftragten geleert. Des weiteren ist das Büro und die Beschwerdestelle mit einem neuen Wegeleitsystem ausgedacht worden. Auf unserer Homepage finden alle Besucher einen Button der eine E-Mail für Lob und Tadel ermöglicht. Auf dem Empfangstresen, in jedem Patientenzimmer, in den Aufenthaltsräumen und in der Wartzone sind Patienten-Infomappen, in bisher 5 Landessprachen, für jeden Patienten zugänglich ausgelegt. Nummerierte Patientenfragebögen für „Lob und Tadel, liegen in allen Patientenzimmern und auf der Station aus. Auf der Station ist gut sichtbar auch ein Briefkasten angebracht.

Zügige Bearbeitung

Beschwerden haben bei uns einen hohen Stellenwert und werden binnen 24 Stunden umgehend bearbeitet. Sofern die Beschwerde nicht anonym abgegeben wurde, wird eine schriftliche Stellungnahme mit den von uns umsetzbaren Verbesserungsvorschlägen an den Patienten geschickt.

Transparenz

Seit 2008 wird Jährlich ein Bericht über die ergebnisorientierten Tätigkeiten und der dazugehörige Umgang von der Beschwerdestelle veröffentlicht. Bei berechtigten Beschwerden wird eine sofortige Verbesserungsmaßnahme ergriffen.

Verantwortung

In einer Verfahrensweisung sind die Befugnisse und Pflichten der Beschwerdebeauftragten schriftlich genau festgelegt.

Zertifizierung

Die Fachklinik wurde komplett, erfolgreich im November 2008 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Kontinuierliche KTQ Re-Zertifizierungen werden in regelmäßigen Abständen stattfinden.

Freitext zu den Patientenrückmeldungen

Während eine geringe Beschwerdezahl nicht automatisch auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen lassen kann, kann eine hohe Beschwerdeanzahl ein Indiz für eine ausgeprägte Zugänglichkeit zu Beschwerdemöglichkeiten sowie eine gelebte Beschwerdekultur sein.

Nur mit der Existenz eines etablierten und funktionierenden Beschwerdemanagements lassen sich Beschwerdezahlen daher differenziert interpretieren.

Verbesserungen

Jeder Patient erhält, sofern er keine anonyme Beschwerde abgegeben hat, eine klärende Stellungnahme, in der wir schriftlich auf die Beschwerde eingehen.

Eine entsprechende Entschuldigung und ein besonderer Dank für den Hinweis zur Verbesserung wird selbstverständlich in das Antwortschreiben integriert.

Wir versuchen stets umfassend und unverzüglich auf Patientenbeschwerden einzugehen (z.B. Hygienebeschwerde über das Zimmer). Diese wird mit Prozessoptimierung vom hauswirtschaftlichen Arbeitsbereich schnellstmöglich behoben.

Fachklinik Helmsweg

Fazit

Die ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie Mensch, Medizin und Mitverantwortung aktiv unterstützt. Ziel ist es, auch weiterhin das Verständnis der Mitarbeiter dahingehend zu erweitern, Beschwerden als normalen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Fachlinik Helmsweg

Heinrich Sengelmann Krankenhaus

heInrich sengelmann
krankenhaus

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Heinrich Sengelmann Krankenhaus (HSK) gehört zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in Krankenhäusern. Zu den Grundlagen des internen Beschwerdemanagements zählen das HSK-Leitbild, das Mitarbeiterhandbuch sowie die Qualitätspolitik, die im Folgenden auszugsweise aufgeführt ist.

.. die Patienten im Mittelpunkt ..

Die Abläufe im Heinrich Sengelmann Krankenhaus werden vor allem auf die Anforderungen und Interessen der Patienten ausgerichtet. Erhaltung und Förderung der Lebensqualität unserer Patienten stehen für uns an erster Stelle, wobei Fachkompetenz, Professionalität und Zugewandtheit gleichermaßen den Rahmen hierfür bestimmen.

Aber auch die Erwartungen der Mitarbeitenden in den unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die der externen Partner sind maßgeblich für unser Handeln. Zu unseren Partnern zählen insbesondere einweisende Ärzte, kooperierende Einrichtungen und Dienstleister in der Patientenversorgung, Kostenträger und Gesundheitsbehörden. Mit allen unseren Kooperationspartnern streben wir eine langfristige und partnerschaftliche Zusammenarbeit an. Unser Ziel ist die bestmögliche Zufriedenheit aller externen und internen Gruppen.

.. Kommunikationskultur ..

Um die Erwartungen der unterschiedlichen Interessensgruppen angemessen zu erfassen, wird eine vielschichtige, auf Partnerschaft ausgerichtete Kommunikationskultur gepflegt. Das alltägliche Gespräch zwischen Mitarbeitenden und Patienten ist hier ebenso zu nennen wie der differenzierte Austausch innerhalb und zwischen den unterschiedlich spezialisierten Berufsgruppen (Übergabevisiten, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Teamsitzungen etc.) oder mit unseren externen Partnern. Auch Patientenbefragungen oder das interne Beschwerdemanagement sind Elemente dieser Kommunikationskultur.

.. kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Gesundheitsleistungen ..

Ein zentraler Aspekt unserer Qualitätspolitik ist das Bemühen sowohl der Geschäftsführung sowie aller Mitarbeitenden um die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Abläufe im Krankenhaus. Zufriedenheit bei unseren Patienten und anderen „Kunden“ erzielen wir durch zugewandte Patientenbetreuung, Verbesserungsmaßnahmen und -projekte. Beispiele für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Heinrich Sengelmann Krankenhaus sind

- die patientenorientierte Ausweitung unserer Krankenhausleistungen z.B. durch Konzeption und Einrichtung eines neuen Angebotes zur teilstationären Behandlung unserer Patienten (Psychiatrische Tagesklinik).
- die fortlaufende Weiterentwicklung unserer Strukturen und Prozesse auf Basis des krankenhausspezifischen Anforderungskatalogs der deutschen Kooperation für Transparenz und Qualität im Kran-

Kontakt

Regina Rathmann
Heinrich Sengelmann
Krankenhaus
Kayhuder Str. 65
22863 Bargfeld-Stegen
Tel. 04535 / 505 321

r.rahtmann@alsterdorf.de

kenhaus (KTQ) einschließlich regelmäßiger Zertifizierung durch externe Sachverständige.

- die Weiterentwicklung unseres Internen Beschwerdemanagements auf Grundlage der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden einschließlich Veröffentlichung eines jährlichen Beschwerdeberichts
- kontinuierliche Patienten- und Mitarbeiterbefragung
- permanente bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildung aller unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (einschließlich Facharztausbildung) sowie für externes Fachpublikum (z.B. Veranstaltungsreihe „Im Gespräch“, Hospitationen für ärztliches und Pflegepersonal), Hospitationen für Vertreter medizinfremder Branchen sowie Informationsveranstaltungen für die an Gesundheitsthemen interessierte Öffentlichkeit.

.. Qualität und Qualitätsmanagement ..

Aufgrund hoher Fachkompetenz bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen ist das Bewusstsein für hochwertige Qualität im Krankenhaus stark entwickelt. Gefördert wird dies durch Fort- und Weiterbildungsangebote, durch themenorientierte Projektarbeiten und durch Einbindung in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Fachkompetente und erfahrene Vertreter der Berufsgruppen in Medizin und Pflege definieren Qualitätsstandards für alle Leistungsbereiche des Heinrich Sengelmann Krankenhaus. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Anspruchsgruppen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses werden qualitätsrelevante Ziele festgelegt und abgestimmte Vorgehensweisen systematisch umgesetzt.

Unser Qualitätsmanagement-Konzept besteht in der regelmäßigen Abfolge von Planung und Umsetzung sowie der anschließenden Überprüfung des Geleisteten. Ziel ist die fortlaufende Verbesserung der Abläufe und Ergebnisse in Pflege und Medizin.

Der krankenhausspezifische Kriterienkatalog der KTQ und die damit verbundene externe Überwachung und Zertifizierung sind weitere Bausteine im Qualitätsmanagement. Auch die gesetzlich verankerte Externe Qualitätssicherung (EQS) medizinischer Ergebnisparameter, die auch den Vergleich mit anderen Krankenhäusern einschließt, wird zur Optimierung interner Abläufe und Strukturen genutzt.

1. Zugänglichkeit

Die niedrigschwelligste Art eine Beschwerde zu formulieren, ist die direkte Benennung des Anlasses gegenüber den Krankenhausmitarbeitern, z.B. der jeweils zuständigen Station. Hat ein Patient Anlass zu einer Beschwerde, nimmt das Team den Hinweis entgegen und führt in Abstimmung mit der Stationsleitung eine Klärung herbei.

Alle Mitarbeitenden wurden in der Einführungsphase und werden fortlaufend (z.B. durch QMSchulungen oder das Mitarbeiterhandbuch) über Funktion und Strukturen des Beschwerdemanagements unterrichtet und können bei Bedarf auf die Kontaktmöglichkeit zur Beschwerdebeauftragten hinweisen. Lässt sich der Beschwerdefall nicht im alltäglichen Stationsgeschehen klären, wird die Beschwerdebeauftragte als zentrale Ansprechpartnerin des Beschwerdemanagements hinzugezogen. Möchte der/die BeschwerdeführerIn sich direkt an die Beschwerdebeauftragte wenden, gibt es die Möglichkeit, diese anzurufen oder ihr eine schriftliche Nachricht zukommen zu lassen. Auf allen Stationen und in allen Wartebereichen gibt es Aushänge zum Beschwerdemanagement. Der Beschwerdebrieffkasten ist im Eingangsbereich des Sozialdienstes leicht zu finden. Außerdem können PatientInnen der Beschwerdebeauftragten auch E-Mails schicken. Die Mailadresse ist beispielsweise auf der Krankenhaushomepage hinterlegt.

**Heinrich Sengelmann
Krankenhaus**

2. Zügige Bearbeitung

Generell liegt es im Interesse des Krankenhauses, Beschwerden zügig zu bearbeiten. Dieses Interesse wurde intern auf breiter Ebene kommuniziert. Die Beschwerdebeauftragte steht daher in unmittelbarer Kommunikation zum Qualitätsmanagement, zur Pflegedienstleitung und zur Geschäftsführung. Wie die Grafik zur Ablauforganisation im Beschwerdemanagement zeigt, wird ein Beschwerdeführer spätestens am nächsten Werktag persönlich aufgesucht. In Abwesenheitszeiten (Urlaub, Krankheit etc.) steht der Qualitätsmanager als Ansprechpartner für Beschwerden zur Verfügung.

Für Beschwerden von Mitarbeiterinnen hins. ihrer Vorgesetzten stehen Mitarbeitervertretung, Pflegedienstleitung oder die Geschäftsführung auch unmittelbar zur Verfügung.

3. Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement wurde eingesetzt als Stabsfunktion der Geschäftsführung. Bei der Auswahl der Beschwerdebeauftragten wurde besonders darauf geachtet, dass es sich um eine langjährige, allgemein akzeptierte und respektierte Mitarbeiterin handelt, die gleichermaßen über Kommunikationsstärke und Urteilsvermögen verfügt.

Den Patienten steht für ihre Anliegen weiterhin ein ehrenamtlicher Patientenforsprecher zur Verfügung. Im Gegensatz zur Beschwerdebeauftragten, die i.d.R. werktäglich für die Patienten verfügbar ist, bietet der Patientenforsprecher zweiwöchentliche Sprechstunden an.

4. Transparenz

Transparenz wird in erster Linie durch die breite Kommunikation unseres Beschwerdemanagementsystems sichergestellt. Im Weiteren hat der persönliche Kontakt zur/zum BeschwerdeführerIn oberste Priorität. Falls die Bearbeitung einer Beschwerde mehr als einen Informationsaustausch mit dem Beschwerdeführer erfordert, wird bei jedem Kontakt das weitere Vorgehen abgestimmt, bis die Bearbeitung für beide Seiten als abgeschlossen gilt. Im letzten Schritt wird dem Beschwerdeführer von der Beschwerdebeauftragten mitgeteilt, welche Folgewirkungen die Beschwerde hatte, z.B. welche Verbesserungen eingeleitet wurde. Ein abschließendes Schreiben ist bei jedem Beschwerdefall obligatorisch.

5. Pflichten und Befugnisse

Verantwortung, Aufgabe und Kompetenz der Beschwerdebeauftragten sind so zugeschnitten, dass sie ihr Amt patientenorientiert wahrnehmen kann. Das Aufgabengebiet ist klar definiert und im Haus auf jeder Ebene kommuniziert.

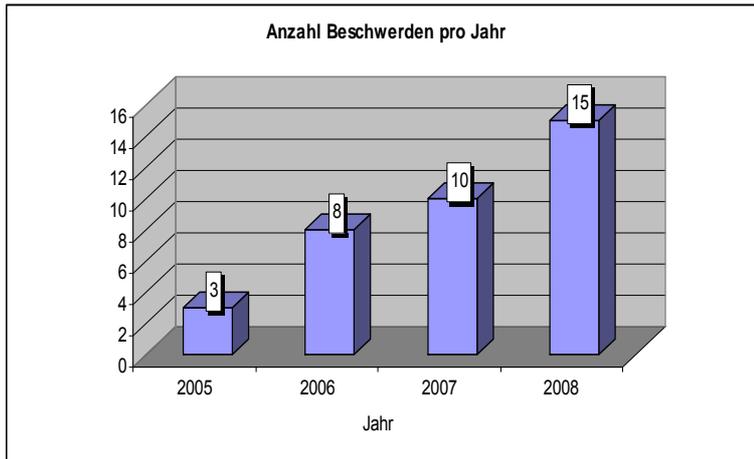
6. Unternehmenskultur

Das Bewusstsein für fortlaufende Verbesserungsprozesse ist Teil unserer Unternehmenskultur. Vor dem Hintergrund dieses Bewusstseins wurde das Beschwerdemanagement eingeführt und etabliert.

Gerade in einem psychiatrischen Krankenhaus hat das Beschwerdemanagement einen speziellen Stellenwert. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, auch Beschwerden, die nicht als solche unmittelbar benannt werden, wahr- und ernst zu nehmen. Für diese Aufgabe werden unsere Mitarbeiter unter anderem durch das Mitarbeiterhandbuch sensibilisiert.

**Heinrich Sengelmann
Krankenhaus**

Anzahl der Patientenrückmeldungen



Nach seiner Einführungsphase mit Maßnahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit hat sich das Beschwerdemanagement im HSK etabliert.

Fazit/Verbesserungspotenzial für 2009

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2005 bis 2008 sehen kann, haben die Beschwerden zugenommen. Dies wird von uns in so fern als positiv gewertet, als das Beschwerdemanagement als immanenter Bestandteil der Arbeit im Krankenhaus zunehmend verstanden wird. Das Beschwerdemanagement ist in allen Bereichen des Hauses bekannt und wird regelmäßig genutzt.

Es wurden unterschiedliche Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und gegenüber den Beschwerdeführern kommuniziert. Folgende beispielhafte Maßnahmen und Projekte sind zurzeit bereits umgesetzt oder befinden sich in Vorbereitung:

- Einführung eines Essensausschusses unter Beteiligung von Küchenleitung, Pflegedienst- und Stationsleitung, Hauswirtschaftsleitung und Qualitätsmanagement (2008)
- Änderung der Zeitpunkte, zu denen die Patienten der einzelnen Stationen im Restaurant ihr Mittagessen einnehmen, um Wartezeiten bei der Essensausgabe zu vermeiden. (2007)
- Schulung des Küchenpersonals hinsichtlich Patienten-/Kundenorientierung vor dem Hintergrund der Inhalte des HSK-Mitarbeiterhandbuches (2008)
- umfangreiche Planungen zur Veränderung der baulichen Situation (Gebäudemasterplanung) und der damit verbundenen Ausstattungsunterschiede unter den Stationen (seit 2008)
- Beauftragung eines anderen Wochenend-Fahrdienstes nach Beschwerden über persönliches Verhalten gegenüber den Patienten (2008)
- Anschaffung einer Videoanlage für TV-Übertragungen/Public Viewing im Julius Jensen Saal z.B. bei sportlichen Ereignissen (Fußball-WM etc.) (2009)

Weiterhin:

- Einführen einer Software zur Bearbeitung und Auswertung der Beschwerden
- Verdichtung des Austausches zwischen dem Beschwerdemanagement von Heinrich Sengelmann Krankenhaus und Evangelischem Krankenhaus Alsterdorf, z.B. durch retrospektive Fallbesprechungen, quartalsweise mit dem Qualitätsmanager und halbjährlich mit der HSK-Beschwerdebeauftragten und dem Qualitätsmanager

**Heinrich Sengelmann
Krankenhaus**

- Jahresauswertung der Beschwerden und Fortschreiben des internen Beschwerdeberichts durch den Qualitätsmanager
- Veröffentlichung eines externen Statusberichts zum Beschwerdemanagement (jährlich fortzuschreiben)
- Kontinuierliche Fortentwicklung vom Verständnis des Beschwerdemanagements als etwas Negatives hin zum Verständnis, dass Beschwerden die Möglichkeit bieten, Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

Jenseits dieser Maßnahmen bietet die ärztliche Leitung Beschwerdeführern bei Unzufriedenheit mit den Behandlungsverläufen auch nach dem Krankenhausaufenthalt die Möglichkeit, offenen Fragen in einem persönlichen Gespräch mit dem Ärztlichen Direktor und weiteren Beteiligten zu klären.

Verbesserungspotenzial hins. der Abläufe im Beschwerdemanagement liegt in der zeitnahen Bearbeitung der Beschwerden, wenn z.B. die Klärung durch Hinzuziehen Dritter besonders aufwändig ist. Hier werden die internen Abstimmungswege durch entsprechende Absprachen noch effizienter gestaltet. Gleiches gilt für Beschwerden, die nicht unmittelbar bei der Beschwerdebeauftragten sondern bspw. bei der ärztlichen Leitung oder beim Patientenfürsprecher eingehen.

Grundsätzlich sind personelle Ressourcen aller an der Beschwerdebearbeitung Beteiligten, z.B. des Qualitätsmanagements, so zu steuern, dass Patienten eine schnelle, ernsthafte und patientenorientierte Beschwerdebearbeitung erfahren. Nur wenn dies gelingt, kann die negative Erfahrung eines Beschwerdeführers in eine positive Wahrnehmung des Krankenhauses umgewandelt werden.

Der vollständige Statusbericht zum Beschwerdemanagement im HSK enthält Informationen zur Organisation, zur praktischen Umsetzung sowie zu Inhalten und Folgewirkungen des Beschwerdemanagements seit Einführung des Systems im September 2005 und ist auf der Homepage des Heinrich Sengelmann Krankenhauses zu finden:

http://www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de/cont/HSK_StatusberichtBeschwerdemanagement_090525.pdf

**Heinrich Sengelmann
Krankenhaus**

Helios Mariahilf Klinik Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit 2005 in der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg. Die Ist-Beschreibung bezieht sich auch auf das Jahr 2008. Das Beschwerdemanagement ist im Zuge der Qualitätssicherung kontinuierlich weiterentwickelt worden.

Ab 2009 werden sich die Zugänglichkeiten und teilweise die Struktur enorm ändern. Dieses kann Dank Umstrukturierungen in unserem Haus und durch Erfahrungswerte anderer HELIOS-Häuser letztendlich umgesetzt werden.

1. Zugänglichkeit

Ist:

- Informationskarte am Empfang
- Information an die Kunden/Patienten über Informationsordner in jedem Patientenzimmer
- Formulare wie Beschwerdenotiz, Patienten- und Angehörigenrückmeldung liegen im Patienteninformationsordner aus und können außerdem von allen Mitarbeitern aus dem Intranet gedruckt werden.
- Unser Patientenfürsprecher (Herr J. Wolfgang Vogt) kann telefonisch (AB) erreicht werden.
- Beschwerden und auch Lob werden auch an das Sekretariat der Geschäftsführung per E-Mail oder per Post weitergeleitet.
- Ein Briefkasten mit der Bezeichnung Lob und Kritik- hängt in der Eingangshalle am Empfang.

Soll: (voraussichtlich ab April 2009)

- Briefkasten in der Eingangshalle wird durch einen farbigen (britisch grün), größeren Briefkasten mit der Bezeichnung „Ihre Meinung ist gefragt!“ ausgetauscht.
- Statt der Informationskarte, der Beschwerdenotiz und der Angehörigenrückmeldung ist ein neuer Flyer entstanden, der bei Aufnahme in der Patientenaufnahme jedem Patienten mitgegeben wird. Außerdem wird dieser Flyer auf jeder Station ausliegen.
- Die Information über das „Beschwerdemanagement“ und unseren Patientenfürsprecher wird in einer neu erstellten Patientenbroschüre zum Ausdruck kommen.
- Auf dem Flyer wird es für unseren Patientenfürsprecher ein Kontaktfeld zum Ankreuzen geben, der dann bei Bedarf von uns sofort per Fax kontaktiert wird.
- Ein Kontaktformular wird auf der Internetseite und Intranetseite eingerichtet. Eine Email-Adresse ist hinterlegt, so dass die Beschwerdebearbeiter per E-Mail dieses ausgefüllte Kontaktformulare erhalten.
- Außerdem wurde ein Patientenfragebogen mit der Bezeichnung „Qualitätssicherung Patientenzufriedenheit“ entwickelt, welcher 3mal im Jahr für 2 Monate mit der Patientenbroschüre bei Aufnahme verteilt wird. Die Qualitätskriterien wurden aus der Anzahl der zurückgekommen Beschwerden aus dem Jahr 2007 und 2008 er-



HELIOS
Mariahilf Klinik
Hamburg

Kontakt

Ulrike Brockmann
Qualitätsmanagement
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
Stader Straße 203 c
21075 Hamburg
Tel: 040 / 790 06 - 0
ulrike.brockmann@helios-kliniken.de

stellt.

2. Zügige Bearbeitung

Ist und Soll:

Die Bearbeitung der Beschwerden konnte auf drei Rücken verteilt werden. Es ist eine Sammelstelle im PC eingerichtet worden, auf dem die drei „Beschwerdebearbeiter“ Zugriff haben. Ein Erstanschreiben, sofern gewünscht wird innerhalb von 5 Werktagen an den Beschwerdeführer verschickt. Das Erstanschreiben ist teilweise standardisiert, aber bei Bedarf wird sich sofort auf die Beschwerde bezogen. Das endgültige Schreiben wird innerhalb von 4 Wochen nach ausgiebiger Recherche und eventueller Umsetzung von Maßnahmen an den Beschwerdeführer verschickt. Es werden Gespräche mit Beteiligten des Hauses angeboten, welche von den Beschwerdeführern auch gerne angenommen werden.

3. Unabhängigkeit

Ist :

Unser Patientenfürsprecher Herr J. Wolfgang Vogt ist als unabhängiger Berater für Kunden/Patientenbeschwerden telefonisch erreichbar.

Soll:

Unser Patientenfürsprecher Herr J. Wolfgang Vogt ist weiterhin als unabhängiger Berater für Kunden/Patientenbeschwerden telefonisch erreichbar. Neu hinzukommt, das Herr J. Wolfgang Vogt über den neuen Flyer, wie unter Punkt (1) Soll beschrieben erreichbar ist und im Internet werden die Kontaktdaten unseres Patientenfürsprechers frei geschaltet.

4. Transparenz

Ist:

Die Mitarbeiter sind immer von ihrem Leiter über Beschwerden, Lob und Kritik informiert worden. Eine Auswertung und Vergleich werden ¼ jährlich im Direktorium gezeigt.

Soll:

Eine Zusammenfassung der Beschwerden, aber auch Lob und Kritik wird in einer Auswertung so dargestellt, dass diese im Intranet für die Mitarbeiter veröffentlicht werden kann. Die Auswertung wird ¼ Jährlich mit dem Direktorium besprochen und aktualisiert.

Geplant ist eine Darstellung im Internet auch für die Patienten/Kunden. Wie sie letztendlich aussehen wird, ist noch nicht klar, aber in Überlegung.

5. Verantwortung

Ist und Soll:

Verantwortlich für Organisation, Bearbeitung und Zertifizierung ist Frau Ulrike Brockmann (Qualitätsmanagerin).

6. Unternehmenskultur

Ein Beschwerdemanagement gehört zur Unternehmenskultur der HELIOS-Kliniken und wird immer mehr ausgebaut und gefördert.

7. Zertifizierung

Ist:

Im Zuge der Zertifizierung unseres Brustzentrums nach DIN EN ISO 9001 wird unser Beschwerdemanagement mit zertifiziert.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

die beim Beschwerdemanagement über die verschiedenen Kanäle wie

HELIOS Mariahilf Klinik

Telefon, E-Mail, Fax u.a. dokumentiert wurden.

Anzahl Patienten- und Angehörigenrückmeldungen 2008: **249**

Anzahl Beschwerden 2008: **47**

Verbesserungsmaßnahmen

- Briefkasten in der Eingangshalle wird durch einen farbigen (britisch grün), größeren Briefkasten, mit der Bezeichnung „Ihre Meinung ist gefragt!“ ausgetauscht.
- Statt der Informationskarte, der Beschwerdenotiz und der Angehörigenrückmeldung, ist ein neuer Flyer entstanden, der bei Aufnahme in der Patientenaufnahme jedem Patienten mitgegeben wird. Außerdem wird dieser Flyer auf jeder Station ausliegen.
- Die Information über das „Beschwerdemanagement“ und unseren Patientenfürsprecher wird in einer neu erstellten Patientenbroschüre zum Ausdruck kommen.
- Auf dem Flyer wird es für unseren Patientenfürsprecher ein Kontaktfeld zum Ankreuzen geben, der dann bei Bedarf von uns sofort per Fax kontaktiert wird.
- Ein Kontaktformular wird auf der Internetseite und Intranetseite eingerichtet. Eine E-Mail-Adresse ist hinterlegt, so dass die Beschwerdebearbeiter per E-Mail dieses ausgefüllte Kontaktformulare erhalten.
- Außerdem wurde ein Patientenfragebogen mit der Bezeichnung „Qualitätssicherung Patientenzufriedenheit“ entwickelt, welcher 3mal im Jahr für 2 Monate mit der Patientenbroschüre bei Aufnahme verteilt wird. Die Qualitätskriterien wurden aus der Anzahl der zurückgekommen Beschwerden aus dem Jahr 2007 und 2008 erstellt.
- Eine Zusammenfassung der Beschwerden aber auch Lob und Kritik wird in einer Auswertung so dargestellt, dass diese im Intranet für die Mitarbeiter veröffentlicht werden kann.

HELIOS Mariahilf Klinik

Fazit/Ziele für das nächste Jahr

Ziele:

- Geplant ist eine Darstellung der Beschwerden und der Korrekturmaßnahmen im Internet auch für die Patienten/Kunden. Wie sie letztendlich aussehen wird ist noch nicht klar, aber in Überlegung.
- Noch mehr Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen als bisher.

Fazit:

Die Einrichtung eines Beschwerdemanagements bringt viele Vorteile.

- Allgemeines Verständnis für Arbeitsabläufe wird deutlich verbessert.
- Die Akzeptanz des Menschseins wird von beiden Seiten positiv gestärkt.
- Verbesserte Abläufe durch vermehrte Kommunikation.
- Ansehen des Hauses steigt.
- Bewusster werden der Position als Dienstleister

Israelitisches Krankenhaus Hamburg



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird seit dem Jahr 2004 im Israelitischen Krankenhaus in Hamburg (in Folge IK-H benannt) umgesetzt.

1. Zugänglichkeit

Bei der Aufnahme im IK-H wird jedem Patienten ein Meinungsbogen ausgehändigt. Der Patient hat die Möglichkeit, in einem leicht verständlichen Ankreuzverfahren (Meinungsbogen) anonymisiert eine Beurteilung abzugeben und sie wünschenswerter Weise durch Freitext zu ergänzen.

Im Aufnahmegespräch erhält der Patient weitere Informationen über das Beschwerdemanagement im Hause. Er wird auf die aushängenden Informationstafeln und die Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale als krankenhausunabhängige Institution hingewiesen. Diese Tafeln befinden sich zusammen mit den Meinungsbögen zentral in jedem Stationsbereich und sind für alle Personen gut zugänglich. Sowohl mündlich vorgetragene Anliegen als auch ausgefüllte Formulare können jederzeit von den Pflegekräften oder anderem Klinikpersonal entgegengenommen und entsprechend weitergeleitet werden.

2. Zügige Bearbeitung

Zur Wahrung der Anonymität bei der Abgabe der Meinungsbögen befindet sich in der Empfangshalle des Krankenhauses ein Briefkasten neben den Fahrstühlen. Dieser wird täglich geleert, um eine zeitnahe Bearbeitung zu gewährleisten. Telefonisch ist das Beschwerdemanagement über das Sekretariat der Pflegedirektion zu erreichen. Außerhalb der Geschäftszeiten ist unter dieser Nummer ein Anrufbeantworter eingeschaltet. Mündlich vorgelegene Beschwerden werden sofort aufgenommen und, sofern möglich vor Ort bearbeitet oder entsprechend weitergeleitet

3. Unabhängigkeit

Das IK-H verfügt über eine zentrale Stelle für das Beschwerdemanagement. Dort werden die Beschwerden erfasst, kategorisiert, Maßnahmen abgeleitet und unter Einbeziehung der jeweiligen Bereiche aufgearbeitet. Es wird hier auf die Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale als krankenhausunabhängige Institution hingewiesen.

4. Transparenz

Es wird jährlich ein ergebnisorientierter Bericht erstellt, der die erhobenen und ausgewerteten Daten des Beschwerdemanagements enthält. Diese Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht und sind somit allen Mitarbeitern zugänglich. Eine Veröffentlichung auf der hauseigenen Internetseite unter der Rubrik „Qualitätsmanagement“ ist geplant.

5. Verantwortung

Verantwortlicher für das Beschwerdemanagement ist der Pflegedirektor, Herr Marcus Jahn. Die Beauftragte für das Beschwerdemanagement ist Frau Birgit Steffens. Die Entwicklung einer Handlungsanweisung ist für das Jahr 2009 geplant. Somit sind allen Mitarbeitern die Befugnisse und Pflichten der Beschwerdebeauftragten schriftlich zugänglich. Ein standardisier-

Kontakt

Birgit Steffens
Beschwerdebeauftragte
Israelitisches Krankenhaus
Orchideenstieg 14
22297 Hamburg
Tel: 040 / 511 25 - 0
beschwerdemanagement@ik-h.de

tes Verfahren zum Umgang mit Beschwerden wird eingesetzt.

6. Unternehmenskultur

Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht für das Israelitische Krankenhaus im Mittelpunkt. Der Leitspruch des Gründers Salomon Heine „Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden“ ist bei der Umsetzung von entscheidender Bedeutung. Das IK-H hat erkannt, dass ein patientenorientierter Umgang mit Kritik, Beschwerden, aber auch Lob nur mit einem gut strukturierten Beschwerdemanagement möglich ist. Wie bereits erwähnt, wurde eine zentrale Stelle für das Beschwerdemanagement eingerichtet. Es findet jährlich eine Auswertung statt. Die erhobenen Daten wurden den Mitarbeitern erstmalig für das Jahr 2007 in Form eines Berichts vorgestellt. Der Patientenfragebogen (Meinungsbogen) befindet sich derzeit in Überarbeitung. Die Einführung des neu gestalteten Bogens ist für Juli 2009 geplant.

7. Zertifizierung

Die Zertifizierung wurde im Januar 2009 nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) mit Erfolg abgeschlossen. Das Beschwerdemanagement als wesentlicher Teil der Qualitätssicherung wurde von den Visitatoren als „gut strukturiert“ bewertet. Das IK-H ist außerdem gemeinsam mit dem Hamburger Institut für das Beschwerdemanagement an der Erarbeitung und Entwicklung eines eigenständigen Zertifikats für das Beschwerdemanagement beteiligt.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahre 2008 hatte das IK-H laut Mitternachtsstatistik insgesamt 6543 externe Fälle zu verzeichnen. Die Anzahl der Fragebogenrückläufe betrug 2353. Das ergibt eine Rücklaufquote von 36%.

Verbesserungsmaßnahmen

Das IK-H ist bestrebt, die Effektivität und Effizienz des Beschwerdemanagements weiterhin zu steigern. Seit Januar 2009 finden monatliche Regeltermine zwischen dem Pflegedirektor als Verantwortlichem und der Beauftragten des Beschwerdemanagements statt. Verbesserungspotenzial sehen wir in der statistischen Erfassung von Beschwerden, die nicht über den Meinungsbogen rückgemeldet werden. Mitarbeiter sollten zum Umgang mit Beschwerden informiert und geschult werden.

Des Weiteren ist eine Überprüfung der Effizienz des vorhandenen Beschwerdemanagementsystems unumgänglich. Dieses umfasst beispielsweise die Überprüfung hinsichtlich der Rückmeldehäufigkeit sowie die Sicherstellung der Weiterleitung aller Beschwerden an das Beschwerdemanagement.

Ziele für das nächste Jahr

Eine Handlungsanweisung wird zurzeit erstellt. Somit sind allen Mitarbeitern die Befugnisse und Pflichten der Beschwerdebeauftragten schriftlich zugänglich. Ein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit Beschwerden wird umgesetzt. Die Neustrukturierung eines Patientenfragebogens (Meinungsbogen) und dessen Einführung ist für das zweite Halbjahr 2009 geplant. Die monatlichen Regeltermine zwischen dem Verantwortlichen und der Beauftragten des Beschwerdemanagements finden bereits statt. Eine Überprüfung und Überarbeitung der Datenbank (zur Auswertung der Daten) findet ebenfalls im Jahr 2009 statt. Erstellung einer Übersicht der eingeleiteten Maßnahmen. Veröffentlichung der Ansprechpartner, des Verfahrens und der Maßnahmen im Internet.

**Israelitisches
Krankenhaus**

Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung 2008

Die Psychiatrische Tagesklinik Hamburg Mitte hat die Hamburger Erklärung zu einem Patientenorientierten Umgang mit Beschwerden im Winter 2004 unterzeichnet.

1. Zugänglichkeit

Bei der Aufnahme der Patienten wird in der Behandlungsvereinbarung ausdrücklich auf den Beschwerdebeauftragten der Klinik namentlich hingewiesen. Ein „Kummerkasten“ für anonyme Beschwerden ist gut sichtbar und für alle zugänglich aufgehängt.

2. Zügige Bearbeitung

Einmal in der Woche findet regelmäßig eine Vollversammlung aller Patienten und Mitarbeitern statt. Anwesend ist auch der Beschwerdebeauftragte der Klinik. Auf dieser Vollversammlung werden Anregungen, Vorschläge und Änderungswünsche der Patienten besprochen. Beschwerden werden entgegengenommen und im Laufe der nächsten Woche bearbeitet bzw. wenn möglich geklärt.

3. Unabhängigkeit

Seit Bestehen der Tagesklinik 1996 konnten alle Beschwerden intern geklärt werden. In einem Fall haben wir die Beschwerde an die betreffende Krankenkasse des Patienten weitergeleitet und mit der Krankenkasse und dem Patienten eine gemeinsame Lösung gefunden.

4. Transparenz

Durch die wöchentliche Vollversammlung ist Transparenz gegeben. Ein jährlicher Bericht über die Tätigkeit des Beschwerdebeauftragten scheint uns nicht erforderlich.

5. Verantwortung

Schriftliche Beschwerden werden auf Wunsch auch schriftlich beantwortet. Der Beschwerdebeauftragte hat in der Vergangenheit an angebotenen Schulungen teilgenommen.

6. Unternehmenskultur

Unsere sozialpsychiatrisch ausgerichtete Tagesklinik möchte den Patienten die Ängste vor einer psychiatrischen Behandlung nehmen. Die Verankerung im Stadtteil sowie die angemieteten Räumlichkeiten in einem Gebäude vom Anfang des letzten Jahrhunderts tragen hierzu bei.

7. Zertifizierung

Die Klinik bemüht sich um eine Zertifizierung.

Besonderheiten

Als kleinstes psychiatrisches Hamburger Krankenhaus sind wir verständlicher Weise hochmotiviert, eine Zufriedenheit der Patienten in der Tagesklinik zu gewährleisten. Daher messen wir dem Beschwerdemanagement große Bedeutung zu.



Kontakt

Rudolf Simon
Beschwerdebeauftragter
Janssen-Haus
Psychiatrische Tagesklinik
Hamburg
Budapester Straße 38
20359 Hamburg
Tel: 040 / 31 78 52 - 0
r.simon@tagesklinik-hh-mitte.de

Katholisches Marienkrankenhaus



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit Bestehen der Hamburger Erklärung (2004), hat das Marienkrankenhaus diese Vereinbarung unterzeichnet.

Der patientenorientierte Umgang mit Beschwerden ist seit langem ein zentrales Anliegen der Krankenhausleitung des Marienkrankenhauses. So werden schon seit 2002 regelmäßig Mitarbeiter-Schulungen zum Thema "Umgang mit Kritik und Beschwerden" abgehalten und seit 2003 gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden.

1. Zugänglichkeit

Die Information unserer Patienten über die Möglichkeit der Beschwerdeäußerung ist uns sehr wichtig. Daher informieren wir die Patienten hierüber über die in allen Zimmern ausliegenden Patienten-Servicemappen über die verschiedenen Möglichkeiten sowie über die internen und externen Ansprechpartner und deren telefonische und elektronische Erreichbarkeit.

Zusätzlich wird in der im Eingangsbereich und auf allen Stationen ausliegenden Hausbroschüre über die Beschwerdemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert.

Die Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit sind den Mitarbeitern am Empfang und auf den Stationen bekannt.

Es besteht die Möglichkeit, über die Homepage (<http://www.marienkrankenhaus.org/kontakt.html>) anonym Kritik zu äußern.

2. Zügige Bearbeitung

Bei mündlichen Beschwerden wird der Beschwerdegrund soweit machbar sofort abgestellt.

Bei Eingang einer schriftlichen Beschwerde erhält der Beschwerdeführer entweder innerhalb von zwei Werktagen eine umfassende schriftliche Antwort oder zunächst eine schriftliche Eingangsbestätigung, der spätestens 28 Werktage nach Eingang der Beschwerde eine umfassende schriftliche Antwort folgt.

Sollte eine vollständige Antwort innerhalb dieses Zeitraumes nicht möglich sein, wird der Beschwerdeführer oder dessen bevollmächtigter Vertreter in spätestens monatlichen Abständen über den Fortgang der Untersuchungen auf dem Laufenden gehalten

3. Unabhängigkeit

Die zentrale Beschwerdebearbeitung wird im Marienkrankenhaus durch das Qualitätsmanagement vorgenommen. Durch die Eingliederung als Stabsstelle ohne Leitungsfunktion ist eine größtmögliche Unabhängigkeit gegeben.

Um den Patienten auch zusätzlich zum internen Beschwerdemanagement einen externen Ansprechpartner anzubieten, haben wir seit Frühjahr 2006

Kontakt

Karin Otto
Beschwerdebeauftragte
Marienkrankenhaus
Alfredstraße 9
22087 Hamburg
Tel: 040 / 25 46 - 0
otto.qm@marienkrankenhaus.org

einen Kooperationsvertrag mit der PatientenInitiative Hamburg e.V. geschlossen.

4. Transparenz

Die über die "Bitte-Stören!"-Karten eingehenden positiven Rückmeldungen der Patienten werden monatlich als Volltexte im Intranet veröffentlicht. Die negativen Rückmeldungen werden zur Bearbeitung an die zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet und der Bearbeitungsstand monatlich an die Krankenhausleitung weitergeleitet.

Zusätzlich wird einmal jährlich eine Gesamtübersicht über Lob und Kritik, nach Kriterien und Monaten geordnet, über das Intranet an alle Mitarbeiter kommuniziert.

5. Verantwortung

Der Umgang mit Beschwerden und die Verantwortlichkeiten bei Beschwerdebearbeitung sind in einer allen Mitarbeitern zugänglichen Verfahrensregelung festgelegt.

6. Unternehmenskultur

Gemäß unserem Leitbild ("Qualitätsmanagement, um Ablauf und Ergebnis unserer Arbeit laufend zu verbessern") und unserer Qualitätspolitik ("...unser Handeln ist prozessorientiert und bestimmt durch kontinuierliche Verbesserung...") unterliegt auch das Beschwerdemanagement einem ständigen Verbesserungsprozess, in den alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen einbezogen sind.

Fortbildungsveranstaltungen zum Umgang mit Kritik und Beschwerden sind seit 2002 fester Bestandteil des innerbetrieblichen Fortbildungsprogramms.

7. Zertifizierung

Das Marienkrankenhaus wurde 2005 erstmals und 2008 nach KTQ® re-zertifiziert. Hierin eingeschlossen ist das Kriterium "Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden" (KTQ 5.0., 6.3.1). Zitat aus dem Visitationsbericht: "Es besteht ein strukturiertes Beschwerdemanagement, eingehende Beschwerden werden zentral erfasst, ausgewertet und zeitnah bearbeitet. Ein jährlicher Beschwerdebericht wird erstellt und veröffentlicht. So genannte "Bitte-Stören!"-Karten bieten für die Patienten eine gute Möglichkeit, sich zu beschweren. Die Hausdame hat ständigen Kontakt mit den Patienten. Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung werden Schulungen zum Beschwerdemanagement angeboten, deren Teilnehmerquote erfasst wird. Über die Hamburger PatientenInitiative erfolgt eine externe Bewertung der Patientenzufriedenheit."

Anzahl Rückmeldungen

Insgesamt sind im Jahr 2008, 17 schriftliche Beschwerden (im engeren Sinn) bei der zentralen Bearbeitungsstelle eingegangen. Die Beschwerdegründe verteilen sich gleichmäßig auf die drei Kriterien: Organisation, Information, medizinische/pflegerische Behandlung) Über die "Bitte-Stören!"-Karten haben wir insgesamt 1.426 Rückmeldungen erhalten, davon 600 mal Lob und 727 Verbesserungsvorschläge.

Verbesserungsmaßnahmen

Die am meisten genannten Kritikpunkte beziehen sich auf die Kriterien: Ausstattung. Hier wurden insbesondere die nicht in allen Patientenzimmern vorhandenen Fernseher bemängelt. Dies wird bis Ende 1. Quartal

Marienkrankenhaus

2009 behoben sein. Häufigste Kritikpunkte zur Organisation: –zum Einen die längeren Wartezeiten auf interne Transporte. Hier wurden bereits neue Stellen geschaffen und besetzt, sodass im Lauf des Jahres 2009 eine höhere Zufriedenheit zu erwarten ist. – zum anderen wurde häufig eine längere Öffnungszeit der Cafeteria gewünscht, die seit dem 01.01.09 ebenfalls umgesetzt wurde

Ziele für 2009

Fortsetzung des bisher praktizierten Beschwerdemanagements unter der Prämisse des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Marienkrankenhaus

Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit Beginn der Einführung der Hamburger Erklärung, die jeweils ein Jahr gültig ist, beteiligt sich das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift an der Hamburger Erklärung, weil die Rückmeldung der Patienten bzw. deren Eltern als wichtiger Baustein zur Verbesserung des Klinikaufenthaltes gesehen wird.

Alle Patienten bzw. deren Eltern erhalten bei der Aufnahme eine farblich und vom Format auffällige Lob- und Tadel-Karte. Zusätzlich gibt es auf jeder Station einen Aushang, der die Möglichkeiten zur Beschwerde erläutert. Die Karten können in einem an zentraler Stelle positionierten Briefkasten (Eingangsbereich) anonym eingeworfen werden. Natürlich nehmen auch alle Mitarbeiter die Karten und auch mündliche Beschwerden entgegen. Nach Möglichkeit werden diese sofort geregelt und ansonsten telefonisch oder schriftlich an die Beschwerdebeauftragten weitergeleitet.

Der Briefkasten wird täglich durch die Beschwerdebeauftragte geleert. Sofort anschließend erfolgt eine Weiterleitung an die jeweils Zuständigen. Beschwerden werden möglichst zeitnah bearbeitet. Sollte die Bearbeitung mehr Zeit in Anspruch nehmen, so erhalten der Beschwerdeführer, sofern dieser namentlich bekannt ist, sowie die betroffene Abteilung eine Zwischenricht. Die Dauer der abschließenden Bearbeitung richtet sich nach der Art der Beschwerde und fällt individuell aus.

Während der täglichen Bürozeiten können Patienten bzw. deren Eltern je nach Wunsch auch ein persönliches Gespräch mit der Beschwerdebeauftragten oder den betroffenen Abteilungen vereinbaren.

Die Beschwerdebeauftragte der Klinik ist im Rahmen dieser Funktion unabhängig und in der Art der Bearbeitung der Beschwerden weisungsfrei. Sie ist befugt, den der jeweiligen Beschwerde zu Grunde liegenden Sachverhalt in den einzelnen Abteilungen zu ermitteln. Beschwerden, die die Abteilung (Anästhesie) der Beschwerdebeauftragten betreffen, leitet sie zur Bearbeitung an die Krankenhausleitung weiter.

Alle Rückmeldungen (positive wie negative) werden an die betroffenen Bereiche/ Vorgesetzten weitergeleitet und zusätzlich bei Bedarf in entsprechenden Gremien (z.B. Stationsleitungskonferenz, Hygiene-kommission, etc.) diskutiert. Jährlich wird eine Auswertung der eingegangenen Karten erstellt.

Alle eingegangenen Karten gehen in Kopie an die Krankenhausleitung.

Die Vorgehensweise ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt, die jährliche Statistik wird im Intranet veröffentlicht.

Das QM-System ist nach KTQ zertifiziert, Bestandteil der Zertifizierung ist auch das Beschwerdemanagement.

Anzahl der Rückmeldungen

Insgesamt gingen in 2008 144 Lob- und Tadel-Karten ein. Insgesamt gab es 62 positive und 98 negative Rückmeldungen (Mehrfachaussagen pro Karte mögliche). Das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift hat in 2008 ca. 10.000 Patienten stationär oder teilstationär behandelt. Etwa 40.000 Patienten haben die Klinik ambulant aufgesucht.

Kontakt

Andrea Salzmann
Beschwerdebeauftragte
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg
Tel: 040 / 673 77 - 0
a.salzmann@kkh-wilhelmstift.de

Verbesserungsmaßnahmen

Unter anderem wurden folgende Maßnahmen aus dem Beschwerdemanagement abgeleitet:

- Verbesserung bei Einrichtungsgegenständen
- Zusätzliche Serviceleistungen
- Schulungen

Ziele für das nächste Jahr

Um den Zugang für die Patienten/ Angehörigen zu verbessern, ist geplant, weitere Lob- und Tadel-Briefkästen aufzuhängen (z.B. in der Ambulanz, auf den Stationen). Für die Auswertung der Beschwerden wird ab 2009 eine verfeinerte Kategorisierung mit ergänzender Freitextauswertung durchgeführt, um Problemschwerpunkte noch leichter identifizieren zu können.

**Kath. Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift**

KLINIK Dr. Guth

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Krankenhäuser, unter anderem auch die Klinik Dr. Guth, haben sich mit der Unterzeichnung der „Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ im Jahr 2004 freiwillig dazu verpflichtet, einen hohen Standard im Umgang mit Patientenbeschwerden einzuhalten.

Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Deshalb möchten wir, dass diese mit unseren Leistungen zufrieden sind. Sollte das einmal nicht der Fall sein, möchten wir unsere Patienten ermuntern, uns Ihre Sorgen und Nöte, ihre Beobachtungen, Anregungen und Beschwerden mitzuteilen. Wir betrachten dies als Chance, Schwachstellen herauszufinden, die Vorschläge unserer Patientinnen und Patienten aufzugreifen und die Qualität unserer Leistungen zu verbessern.

Aus diesem Grund verpflichten wir uns gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, in unserem Krankenhaus die folgenden sieben Punkte der „Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ einzuhalten:

1. Zugänglichkeit

Jeder Patient erhält am Aufnahmetag mit seinen Unterlagen ein Informationsblatt zum Hamburger Beschwerdemanagement. Das Informationsblatt enthält die „Hamburger Erklärung“, die Namen der Beschwerdebeauftragten sowie die hausinternen Telefonnummern. Soweit medizinische Fragen im Vordergrund stehen, ist auch der (stellv.) ärztliche Direktor der Klinik ansprechbar. Die „Hamburger Erklärung“ ist zur Information der Patienten im Aufnahmebüro per Aushang veröffentlicht.

Die Beschwerdebeauftragten sind für jeden Patienten barrierefrei erreichbar und ansprechbar. Während der täglichen Bürozeiten können Patienten oder Angehörige je nach Wunsch ein persönliches Gespräch mit den Beschwerdebeauftragten vereinbaren.

Die jedem Patienten ebenfalls am Aufnahmetag zur Verfügung gestellten Zufriedenheitsfragebögen können von den Patienten, auf Wunsch anonym und in der Regel bei Entlassung, in einen öffentlich zugänglichen Antwortkasten (neben dem Aufnahmebüro) oder an der Rezeption abgegeben werden.

Mündliche Beschwerden werden von jedem Mitarbeiter der Klinik entgegengenommen, nach Möglichkeit sofort geregelt und ansonsten umgehend telefonisch oder schriftlich an die Beschwerdebeauftragten weitergeleitet.

2. Zügige Bearbeitung

Der Briefkasten wird von den Beschwerdebeauftragten regelmäßig geleert. Sie nehmen, wenn erforderlich bzw. gewünscht Kontakt mit dem Patienten beziehungsweise der betroffenen Abteilung auf.

KLINIK DR. GUTH

Kontakt

Renate Gross
Beschwerdebeauftragte
KLINIK Dr. Guth
Jürgensallee 46-48
22609 Hamburg
Tel: 040 / 822 81 – 0
gross@drguth.de

Beschwerden werden möglichst zeitnah bearbeitet. Sollte die Bearbeitung mehr Zeit in Anspruch nehmen, so erhalten der Beschwerdeführer sowie die betroffene Abteilung eine Zwischennachricht von den Beschwerdebeauftragten. Die Dauer der abschließenden Bearbeitung richtet sich nach der Art der Beschwerde und fällt individuell aus.

Eine zeitnahe Bearbeitung ist auch für Beschwerden sichergestellt, die auf postalischem und elektronischem Weg an die Klinik weitergeleitet werden.

3. Unabhängigkeit

Die Beschwerdebeauftragten der Klinik Dr. Guth sind im Rahmen dieser Funktion unabhängig und in der Art der Bearbeitung der Beschwerden weisungsfrei. Sie sind befugt, den der jeweiligen Beschwerde zu Grunde liegenden Sachverhalt in den einzelnen Abteilungen zu ermitteln.

Darüber hinaus stellt die Geschäftsleitung die Teilnahme der Beschwerdebeauftragten durch Fortbildungen sicher und fördert den Austausch mit den zuständigen Stellen.

4. Transparenz

Unsere Patienten werden anhand eines Informationsblattes zum Beschwerdemanagement sowie durch Aushang bereits bei Aufnahme über die Personen der Beschwerdebeauftragten informiert.

Neben den dort genannten Personen werden Beschwerden von allen Mitarbeitern der Klinik Dr. Guth entgegengenommen, falls möglich direkt bearbeitet oder unverzüglich an die Beschwerdebeauftragten weitergeleitet. Hierzu steht jedem Mitarbeiter im Intranet ein Formular zur Aufnahme der Beschwerde zur Verfügung.

Der Patient erhält unverzüglich, möglichst binnen eines Werktages, eine Rückmeldung über den Eingang seiner Beschwerde und über den weiteren Verfahrensablauf bzw. bereits veranlasste Maßnahmen. Auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus erhält er eine Rückmeldung, zu welchem Ergebnis die Beschwerdebeauftragten gelangt sind (schriftlich, ggf. telefonisch).

Der Ablauf der Beschwerdewege und –bearbeitung ist in einer Prozessbeschreibung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgelegt.

Die Ergebnisse der Beschwerdebögen werden quantitativ und qualitativ ausgewertet und halbjährlich in den hierfür zuständigen Gremien (Klinikleiter- und Abteilungssitzungen) erörtert.

Zusätzlich berichten die Beschwerdebeauftragten regelmäßig im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppensitzungen über die Beschwerden.

Über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle erstellen die Beschwerdebeauftragten jährlich eine Mitarbeiterinformation, in der ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird.

5. Verantwortung

Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Beschwerdeentgegennahme und Beschwerdebearbeitung beauftragt sind, sind klar definiert, schriftlich fixiert und in einer Vereinbarung geregelt.

6. Unternehmenskultur

Im Rahmen unseres Leitbildes sowie durch regelmäßige Schulungen wird unsere Beschwerdekultur durch interne und externe Besprechungen und

KLINIK Dr. Guth

Fortbildungen ständig optimiert. Im Hinblick auf das Beschwerdemanagement steht die Konfliktlösung im Vordergrund.

7.Zertifizierung

Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements. Hierüber wird im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V informiert. Die Erstzertifizierung der Klinik nach KTQ wird im Rahmen eines Projektes angestrebt.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 erhielten wir 674 Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen über die beschriebene Vorgehensweise. Davon waren 90 % Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter. In 5 % wurden interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Nur in 5 % wurden Beschwerden geäußert.

Schwerpunkte / Besonderheiten / Verbesserungsmaßnahmen

In Folge der Verbesserungsvorschläge und Beschwerden haben wir im Jahr 2008 bauliche Veränderungen vorgenommen (neue Fenster, Renovierung der Stationen). Es wurden neue Patientenbetten angeschafft (z. T. höhenverstellbar), um dem Patienten mehr Komfort und den Mitarbeitern rückengerechtes Arbeiten zu bieten. Zudem wurden Lieferzeiten geändert, um die frühmorgendliche Geräuschkulisse weiter zu minimieren. Im Rahmen einer Projektgruppe wurden die prästationären als auch die stationären Wartezeiten minimiert. Daraufhin war ein Rückgang der Beschwerdefrequenz zu diesen Themen zu erkennen.

Fazit / Ziele für das nächste Jahr

Im Hinblick einer verstärkten Bildung von Projektgruppen werden wir zur Vorbereitung auf die KTQ-Erstzertifizierung unser Beschwerdemanagement ausbauen sowie Prozesse verbessern.

Durch strukturierte Gespräche und Schulungen der Mitarbeiter sind wir bestrebt, die Patientenzufriedenheit ständig zu erhöhen.

KLINIK Dr. Guth

Klinik Fleetinsel

Umsetzung Hamburger Erklärung

Seit 1993 - seit Bestehen der Klinik Fleetinsel - führen wir Patientenbefragungen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit durch. Im Jahr 2008 haben wir erstmals die Hamburger Erklärung unterzeichnet.

Jeder Patient erhält mit seiner Aufnahmemappe die Visitenkarte der Beschwerdebeauftragten.

Die Beschwerdebeauftragte befragt die Patienten persönlich während ihres stationären Aufenthaltes nach:

- organisatorischen Mängel
- pflegerischen Mängel
- Arztpräsenz
- baulichen bzw. Mängeln im Krankenzimmer
- Qualität des Essens

Zweimal pro Jahr werden anonyme Fragebogen mit der Bitte ausgelegt, diese bei der Entlassung am Empfang zu hinterlegen. Für eine zügige Behebung der Mängel wird ggf. in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung Sorge getragen.

Patientenrückmeldungen

2008 gab es in unserem Haus 6 Beschwerden. Es handelte sich in allen Fällen um Wartezeiten in den Ambulanzen. Dort haben wir für Abhilfe gesorgt.



Kontakt

Elke Harm
Beschwerdebeauftragte
Klinik Fleetinsel
Admiralitätstr. 3-4
20459 Hamburg
Tel: 040 37671-87
e.harm@klinik-fleetinsel.de

Krankenhaus Großhansdorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde am 09.07.2008 im Krankenhaus Großhansdorf umgesetzt.

Das Beschwerdemanagement ist für uns ein wichtiger Baustein in unserem Qualitätsmanagementsystem. Jede Beschwerde gibt uns die Möglichkeit unsere Qualität zu verbessern.

Zugänglichkeit, Zügige Bearbeitung, Zertifizierung

2008 haben wir für die schriftlichen Beschwerden der Patienten im Erdgeschoss unseres Hauses einen Kummerkasten eingerichtet. Alle Mitarbeiter, die Umgang mit Patienten haben, wurden im Umgang mit den Beschwerdeführern geschult.

Die schriftlichen Beschwerden bekommen einen Eingangsstempel. Die von den Beschwerden betroffenen Mitarbeiter bzw. Abteilungsleiter werden um eine Stellungnahme gebeten. Die Bearbeitung der Beschwerde erfolgt möglichst zeitnah unter Information der Geschäftsführung. Bei längerer Bearbeitungsdauer bekommt der Patient einen Zwischenbericht, ansonsten eine schriftliche Stellungnahme durch die Qualitätsmanagement-Abteilung. Sollte sich der Patient während des Beschwerdeinganges noch auf der Station befinden, erfolgt eine direkte Rücksprache.

Das Krankenhaus Grosshansdorf befindet sich zurzeit in der Vorbereitung auf die KTQ-Erstzertifizierung. Im Rahmen dieser Zertifizierung wird auch eine Beurteilung des Beschwerdemanagements durch die Visitoren erfolgen.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 sind insgesamt 28 Beschwerden von Patienten eingegangen. Die monatliche Verteilung ergab einen maximalen Beschwerdeeingang in den Sommermonaten, insbesondere im August.

28 Beschwerden sind schriftlich eingegangen, 17 von 28 mit Unterschrift des Patienten und Angabe der Wohnadresse bzw. der Station. 1 von 28 Beschwerden sind anonym eingegangen und konnten dementsprechend nicht bearbeitet werden.

Im Vergleich zum Vorjahr 2007, in dem 16 Beschwerden eingegangen sind, hat die Zahl der Beschwerden zugenommen, wahrscheinlich bedingt durch die Anbringung eines Kummerkastens an einer exponierten Stelle.

Besonderheiten

Die häufigsten Beschwerden betrafen in 2008 strukturelle Probleme, die z.T. gelöst werden konnten.



Kontakt

Marlene Heckmayr
Beschwerdebeauftragte
Krankenhaus Großhansdorf
Wöhrendamm 80
22927 Hamburg
Tel: 04102 / 601 - 0
m.heckmayr@kh-grosshansdorf.de

Fazit/Ziele für das nächste Jahr:

10 Beschwerden konnten direkt angegangen und behoben werden. 7 Beschwerden wurden an die verantwortlichen Abteilungs- und Fachbereichsleiter weitergeleitet. Viele der Beschwerden über die Ausstattung des Krankenhauses können nur im Rahmen von Renovierungs- und Umbauarbeiten gelöst werden, die in Planung sind und in den nächsten Jahren angegangen werden.

**Krankenhaus
Großhansdorf**

Krankenhaus Jerusalem

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit Ende 2008 im Krankenhaus Jerusalem, erst zu diesem Zeitpunkt wurde die Implementierung eines Beschwerdemanagements begonnen. Zuvor gab es lediglich einen „Kummerkasten“.

1. Zugänglichkeit

In der Patienteninformationsmappe, die bei Aufnahme übergeben wird, befindet sich ein Informationsblatt zum Thema Beschwerdemanagement mit Hinweisen wie – Wo befindet sich der „Kummerkasten?“, Wer ist Ansprechpartner?, Wo finde ich diesen, an welchen Tagen, wie sind die Sprechzeiten und Telefonnummer? - und ein Beschwerdeformular.

2. Zügige Bearbeitung

Es gab seit Unterzeichnung der Erklärung 2 Beschwerden, wovon die 1. einen Tag nach Eingang, die 2., aufgrund der nicht Erreichbarkeit der Patientin, zwei Tage nach Eingang bearbeitet wurde.

3. Unabhängigkeit

Es werden Schulungen angeboten und durchgeführt. Es gibt intern klare Richtlinien, wie mit Beschwerden zu verfahren ist, an der Transparenz nach außen wird zurzeit gearbeitet

4. Transparenz

Grundsätzlich fühlen sich alle Mitarbeiter für die Entgegennahme von Beschwerden zuständig. Auf dem Informationsblatt und auf der Internetseite wird die Funktion der mit der Beschwerdeentgegennahme und Bearbeitung beauftragten Person genannt. Das Ergebnis konnte in den bisherigen Fällen umgehend telefonisch mitgeteilt werden. In einem Fall konnte die von der Beschwerde betroffene Person selbst Veränderungen herbeiführen und zur Behebung des Fehlers beitragen.

5. Verantwortung

In Bearbeitung

6. Unternehmenskultur

Unser Beschwerdemanagement befindet sich noch in der Implementierungsphase und im Rahmen der Gesamtzertifizierung des Hauses in einem laufenden Prozess.

7. Zertifizierung

Wir befinden uns in der Zertifizierungsphase(EN ISO 9001), mit dem Ziel, innerhalb diesen Jahres zertifiziert werden zu können.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Das Krankenhaus Jerusalem hat in 2008 insgesamt 2614 Patienten be-

Kontakt

Anja Hermes
Beschwerdebeauftragte
Krankenhaus Jerusalem
Moorkamp 2 - 8
20357 Hamburg
Tel: 040 / 441 90 – 0
pdl@kh-jerusalem.de

handelt, es gab 2 Beschwerden.

Besonderheiten

Aufgrund des geplanten Umbaus des Hauses, der Zertifizierung und diverser Umstrukturierungsmaßnahmen, werden wir eine Patientenbefragung durchführen, mit dem Ziel Patientenwünsche, -anregungen und auftretende Kritikpunkte bei der Umsetzung einbeziehen zu können.

Ziele für das nächste Jahr

- Ausbau des Themenschwerpunkts Mamma-Zentrum
- Verbesserung der Radiologie
- Optimierung des Beschwerdemanagements

Krankenhaus Jerusalem

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit 2005 im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift. Das St. Adolf-Stift ist akademisches Lehrkrankenhaus des UKE-Hamburg. Als freigemeinnütziges Akut-Krankenhaus der Regelversorgung mit expandierender Entwicklung behandeln wir jährlich über 14.000 Patienten.

Es hat für uns große Bedeutung zu erfahren, ob sich die Patienten bei uns im Haus gut aufgehoben und betreut fühlen, ob sie mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung zufrieden sind. Gemäß unserem christlichen Leitbild einer ganzheitlichen Betreuung, soll sich der Patient in seinen individuellen Belangen verstanden fühlen. Ein patientenorientierter Umgang mit Beschwerden gibt uns die Chance, uns als Dienstleister kontinuierlich im Sinne des Patienten zu verbessern.

1. Zugänglichkeit

Patienten, Angehörige und Besucher können sich bei einer Beschwerde telefonisch, schriftlich oder persönlich an unsere Beschwerdebeauftragte sowie an unser ärztliches und pflegerisches Fachpersonal wenden. Hinweise, wie und wo Patienten sich beschweren können, gibt es in jedem Patientenzimmer in einer Infomappe mit beiliegendem Formular. Hier wird auch auf die Briefkästen für schriftliche Beschwerden hingewiesen, die sich auf jeder Station und im Eingangsbereich befinden. Diese werden regelmäßig geleert und bearbeitet.

2. Zügige Bearbeitung

Bei Eingang der Beschwerde wird, sofern der Patient sich noch im Hause befindet, sofort reagiert, um Missstände/Missverständnisse gleich zu beheben/klären. Befindet sich der Patient nicht mehr im Krankenhaus wird der Eingang der Beschwerde umgehend schriftlich bestätigt und über weitere Bearbeitungsschritte informiert.

3. Unabhängigkeit

Die Beschwerdestelle ist im Sekretariat der Pflegedienstleitung angesiedelt.

(4) Transparenz

Der Patient wird über den Stand der Bearbeitung unterrichtet, um ihn über das Ergebnis, die Konsequenzen und Verbesserungen zu informieren. Der Patient erhält innerhalb kurzer Zeit eine schriftliche und/oder mündliche Stellungnahme oder wird in einem persönlichen Gespräch informiert.

5. Verantwortung

Mitarbeiter, die eine Beschwerde annehmen, sind verantwortlich für deren zügige Bearbeitung oder Weiterleitung. Das Verfahren zur Bearbeitung einer Beschwerde ist innerhalb des Hauses festgelegt.

6. Unternehmenskultur

Entsprechend unserem Leitbild nehmen wir die Beschwerden unserer Pa-



Kontakt

Esther Juhre
Beschwerdebeauftragte
Krankenhaus
Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41
21465 Reinbek
Tel: 040 / 72 80 - 0
esther.juhre@krankenhaus-reinbek.de

tienten und Angehörigen sehr wichtig und kümmern uns um eine lückenlose Aufklärung.

7. Zertifizierung

Eine Zertifizierung des Beschwerdemanagements wird angestrebt.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Seit 2008 stehen in jedem Patientenzimmer Infos und Beschwerdebögen zur Verfügung. Wir erhielten 434 Rückmeldungen, vorwiegend von Patienten und deren Angehörigen. Insgesamt waren über 14.000 Patienten in stationärer Behandlung. 238 Rückmeldungen bezogen sich auf Lob und Dank, 196 Rückmeldungen auf Kritik, Anregung und Beschwerden.

Ziele für das nächste Jahr

Für 2009 ist angestrebt die Bearbeitungszeit der Patientenbeschwerden weiter zu verkürzen.

Unsere Patienten werden ermutigt, sich bei Unzufriedenheit noch während ihres Aufenthaltes zu melden, sodass noch bei Anwesenheit eine Verbesserung erreicht werden kann.

Der vollständige Bericht des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift ist in Kürze auf unserer Homepage www.krankenhaus-reinbek.de zu finden.

**Krankenhaus
Reinbek St. Adolf-Stift**

Krankenhaus Tabea

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde 2004 ins Leben gerufen. Das Krankenhaus TABEA ist seitdem stets mit dabei, denn die Zufriedenheit jedes einzelnen Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Jede Patientenrückmeldung hilft uns dabei unsere Leistungen und die Qualität dieser Leistungen zu verbessern, um den Bedürfnissen unserer Patienten gerecht zu werden.

1. Zugänglichkeit

Jeder Patient erhält bei Aufnahme eine Mappe, in dieser wird auf die Möglichkeit der Beschwerde hingewiesen, der Beschwerdebeauftragte namentlich genannt und dessen Kontaktdaten sowie Sprechzeiten zur Verfügung gestellt. Kummerkästen befinden sich rechts neben dem Aufnahmetresen im EG sowie im 1. OG. Gerne gibt jeder Mitarbeiter des Krankenhauses hierzu mündlich Auskunft.

2. Zügige Bearbeitung

Jede Beschwerde wird zeitnah bearbeitet. Sollte die Bearbeitung einer Beschwerde dennoch längere Zeit in Anspruch nehmen, so wird der/die Beschwerdeführer/in hierüber in einem Zwischenbericht informiert.

3. Unabhängigkeit

Die Personen, die Beschwerden entgegennehmen arbeiten weitgehend unabhängig. Es gelten lediglich Richtlinien für die Bearbeitung von Beschwerden. Jeder mit dem Beschwerdemanagement beauftragte Person wird die Teilnahme an entsprechenden Schulungen ermöglicht.

4. Transparenz

Die Transparenz unseres Beschwerdemanagements wird durch einen jährlichen Bericht gewährleistet.

5. Verantwortung

Pflichten und Befugnisse von im Beschwerdemanagement tätigen Personen sind klar definiert und geregelt.

6. Unternehmenskultur

Die Beschwerdekultur im Hause wird stets verbessert werden. Hierzu gehört u.a. die Sensibilisierung aller Mitarbeiter für das Thema Beschwerdemanagement.

7. Zertifizierung

Eine Zertifizierung des Beschwerdemanagements gemäß der Hamburger Erklärung wird bis spätestens 2010 angestrebt.

Patientenrückmeldungen

Bedingt durch die Größe unseres Hauses wurden die meisten Patienten-



T a b e a
Im Artemed-Klinikverbund

Kontakt

Florian Theile
Beschwerdebeauftragter
Krankenhaus TABEA
Kösterbergstraße 32
22587 Hamburg
Tel: 040-86692-234
ftheile@tabea-krankenhaus.de

rückmeldungen nicht schriftlich erfasst. Die meisten Patientenrückmeldungen konnten im persönlichen Gespräch abschließend geklärt werden, so dass es nur 4 schriftliche Patientenrückmeldungen gibt.

Verbesserungsmaßnahmen

Es wird angestrebt die Dokumentation der Patientenrückmeldungen zu verbessern, um einen besseren Überblick über eine Gesamtzahl und die Verteilung von Patientenrückmeldungen zu erhalten.

Krankenhaus Tabea

Praxis-Klinik Bergedorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit August 2008 in der Praxis-Klinik Bergedorf. Die Praxis-Klinik Bergedorf ist mit ihrer 20-Betten-Station ein vergleichsweise kleines Haus. Die Wege sind kurz und somit erreichten „Lob und Tadel“ unsere Verwaltung auch vor unserer Teilnahme an der HH-Erklärung zuverlässig. Die Anregungen und Verbesserungsvorschläge unserer Patienten wurden u.a. von unseren Schwestern auf der Bettenstation aufgenommen und in wöchentlichen Besprechungen mit der Verwaltungsleitung weitergegeben.

1. Zugänglichkeit

Auf unserer Bettenstation befindet sich seit jeher ein Briefkasten „Lob & Tadel“ mit vorgefertigten Fragen sowie einer Rubrik für individuelle Anmerkungen. Dieser Briefkasten wird täglich geleert und der Inhalt, wenn vorhanden, an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet. Weiterhin wird in jedem Zimmer auf jedem Nachttisch durch einen dort ausliegenden Flyer auf das Beschwerdemanagement in unserem Hause aufmerksam gemacht und die Kontaktdaten mitgeteilt. Die Patienten haben neben der Möglichkeit, unseren „Lob & Tadel“ Briefkasten zu nutzen auch den Weg über persönlichen Kontakt, Telefon oder E-Mail.

2. Zügige Bearbeitung

Die Beschwerden werden zügig bearbeitet. Die Patienten erhalten innerhalb von 24 Stunden bei schriftlichen Beschwerden eine Rückmeldung darüber, dass die Beschwerde eingegangen ist. Der Patient erhält darüber hinaus eine Rückmeldung über die Art und Weise, wie nun mit der Beschwerde umgegangen wird und wiederum eine Rückmeldung, wenn der Vorgang abgeschlossen ist und welche Maßnahmen ergriffen worden sind bzw. werden sollen.

3. Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement agiert nach mit der Geschäftsleitung abgesprochenen Richtlinien weitestgehend unabhängig.

4. Transparenz

Erstmalig kann nun auf der Homepage der HKG sowie auf der hauseigenen Homepage jährlich der Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse des Beschwerdemanagement eingesehen werden.

5. Verantwortung

Die Verantwortung des Beschwerdemanagement obliegt der Beschwerdebeauftragten. Die Befugnisse und Pflichten wurden schriftlich festgelegt.

6. Unternehmenskultur

Unsere Unternehmenskultur wird geprägt durch:



Kontakt

Tanja Hewelt
Beschwerdebeauftragte
Praxis-Klinik Bergedorf
Alte Holstenstraße 2 + 16
21031 Hamburg
Tel: 040 / 72 575 - 0
Hewelt@praxis-klinik-bergedorf.de

- Eigenverantwortliche Mitarbeiter
- Zufriedene Mitarbeiter
- Familiäre Atmosphäre
- Langjährige Mitarbeiter
- Hohe, fachliche Qualifikation und Kompetenz

Dadurch resultiert eine hohe Mitarbeiteridentifikation mit der Praxis-Klinik Bergedorf, welche auch und gerade den Patienten zu Gute kommt. Nur zufriedene Mitarbeiter können unseren Patienten das entgegenbringen, was ihnen an Freundlichkeit, Aufmerksamkeit und familiärer Atmosphäre entgegengebracht wird.

7. Zertifizierung

Die Zertifizierung ist angestrebt aber noch nicht erfolgt.

Anzahl der Patiententrückmeldung

(Auswertung ab 3. Q. 2008)

Schriftlich durch Ausfüllen des Vordruckes „Lob & Tadel“	= 44
Per E-Mail an die Beschwerdebeauftragte	= 2
Durch Telefonanruf	= 0
Durch Aufsuchen der Beschwerdebeauftragten	= 0

Durch Beginn von statistischen Auswertungen im Jahre 2008 ist uns leider ein Vergleich zum Vorjahr nicht möglich. Festzustellen ist, dass die positiven und überaus freundlichen Rückmeldungen den weit überwiegenden Anteil haben.

Verbesserungsmaßnahmen

Durch die gut organisierte und übersichtliche Struktur der Praxis-Klinik Bergedorf lassen sich die Abläufe des Beschwerdemanagements sehr gut umsetzen. Als verbesserungswürdig empfinden wir den Hinweis des Beschwerdemanagements im Eingangsbereich unseres Hauses. Dieser wird jedoch gerade angepasst.

Ziele für das nächste Jahr

Verbesserung des Statistikwesens zur schnelleren Auswertungsmöglichkeit. Weiterhin bestmögliche Patientenbetreuung auch im Rahmen unseres Beschwerdemanagements.

Praxis-Klinik Bergedorf

Praxisklinik Mümmelmannsberg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Krankenhäuser, unter anderem auch die Praxisklinik Mümmelmannsberg, haben sich mit der Unterzeichnung der „Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ im Jahr 2004 freiwillig dazu verpflichtet, einen hohen Standard im Umgang mit Patientenbeschwerden einzuhalten.

Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Deshalb möchten wir, dass diese mit unseren Leistungen zufrieden sind. Sollte das einmal nicht der Fall sein, möchten wir unsere Patienten ermuntern, uns Ihre Sorgen und Nöte, ihre Beobachtungen, Anregungen und Beschwerden mitzuteilen. Wir betrachten dies als Chance, Schwachstellen herauszufinden, die Vorschläge unserer Patientinnen und Patienten aufzugreifen und die Qualität unserer Leistungen zu verbessern.

Aus diesem Grund verpflichten wir uns gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, in unserem Krankenhaus die folgenden sieben Punkte der „Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ einzuhalten:

1. Zugänglichkeit

Jeder Patient erhält am Aufnahmetag mit seinen Unterlagen ein Informationsblatt zum Hamburger Beschwerdemanagement. Das Informationsblatt enthält den Namen der Beschwerdebeauftragten sowie die hausinterne Telefonnummer. Die „Hamburger Erklärung“ ist zur Information der Patienten im Aufnahmebüro per Aushang veröffentlicht.

Die Beschwerdebeauftragte ist für jeden Patienten barrierefrei erreichbar und ansprechbar. Während der täglichen Bürozeiten können Patienten oder Angehörige je nach Wunsch ein persönliches Gespräch mit der Beschwerdebeauftragten vereinbaren.

Die jedem Patienten ebenfalls am Aufnahmetag zur Verfügung gestellten Zufriedenheitsfragebögen können von den Patienten, auf Wunsch anonym und in der Regel bei Entlassung, in einen öffentlich zugänglichen Antwortkasten (auf Station 1) eingeworfen werden.

Mündliche Beschwerden werden von jedem Mitarbeiter der Klinik entgegengenommen, nach Möglichkeit sofort geregelt und ansonsten umgehend telefonisch oder schriftlich an die Beschwerdebeauftragten weitergeleitet.

2. Zügige Bearbeitung

Der Briefkasten wird von den Verwaltungsangestellten regelmäßig geleert und an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet. Sie nimmt, wenn erforderlich bzw. gewünscht Kontakt mit dem Patienten beziehungsweise der betroffenen Abteilung auf.

Beschwerden werden möglichst zeitnah bearbeitet. Sollte die Bearbeitung

PRAXISKLINIK MÜMMELMANNS- BERG

Kontakt

Heide Welzel
Beschwerdebeauftragte
Praxisklinik
Mümmelmannsberg
Oskar-Schlemmer-Straße 9-17
22115 Hamburg
Tel: 040 / 715 91 - 0
welzel@drguth.de

mehr Zeit in Anspruch nehmen, so erhalten der Beschwerdeführer sowie die betroffene Abteilung eine Zwischennachricht von der Beschwerdebeauftragten. Die Dauer der abschließenden Bearbeitung richtet sich nach der Art der Beschwerde und fällt individuell aus.

Eine zeitnahe Bearbeitung ist auch für Beschwerden sichergestellt, die auf postalischem oder elektronischem Weg an die Klinik weitergeleitet werden.

3. Unabhängigkeit

Die Beschwerdebeauftragte der Praxisklinik Mümmelmannsberg ist im Rahmen dieser Funktion unabhängig und in der Art der Bearbeitung der Beschwerden weisungsfrei. Sie ist befugt, den Sachverhalt, der der jeweiligen Beschwerde zu Grunde liegt, in den einzelnen Abteilungen zu ermitteln.

Darüber hinaus stellt die Geschäftsleitung die Teilnahme der Beschwerdebeauftragten durch Fortbildungen sicher und fördert den Austausch mit den zuständigen Stellen.

4. Transparenz

Unsere Patienten werden anhand eines Informationsblattes zum Beschwerdemanagement sowie durch Aushang bereits bei Aufnahme über die Person der Beschwerdebeauftragten informiert.

Neben der dort genannten Person werden Beschwerden von allen Mitarbeitern der Praxisklinik Mümmelmannsberg entgegengenommen, falls möglich direkt bearbeitet oder unverzüglich an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet. Hierzu steht jedem Mitarbeiter im Intranet ein Formular zur Aufnahme der Beschwerde zur Verfügung.

Der Patient erhält unverzüglich, möglichst binnen eines Werktages, eine Rückmeldung über den Eingang seiner Beschwerde und über den weiteren Verfahrensablauf bzw. bereits veranlasste Maßnahmen. Auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus erhält er eine Rückmeldung, zu welchem Ergebnis die Beschwerdebeauftragte gelangt ist (schriftlich, ggf. telefonisch).

Der Ablauf der Beschwerdewege und –bearbeitung ist in einer Prozessbeschreibung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgelegt.

Die Ergebnisse der Beschwerdebögen werden quantitativ und qualitativ ausgewertet und halbjährlich in den hierfür zuständigen Gremien (Klinikleitersitzung, Beirats- und Abteilungssitzungen) erörtert.

Über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle erstellen die Beschwerdebeauftragten jährlich eine Mitarbeiterinformation, in der ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird.

5. Verantwortung

Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Beschwerdeentgegennahme und Beschwerdebearbeitung beauftragt sind, sind klar definiert, schriftlich fixiert und in einer Vereinbarung geregelt.

6. Unternehmenskultur

Im Rahmen unseres Leitbildes sowie durch regelmäßige Schulungen wird unsere Beschwerdekultur durch interne und externe Besprechungen und Fortbildungen ständig optimiert. Im Hinblick auf das Beschwerdemanagement steht die Konfliktlösung im Vordergrund.

**Praxisklinik
Mümmelmannsberg**

7. Zertifizierung

Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements. Hierüber wird im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V informiert. Eine Erstzertifizierung der Klinik nach KTQ wird im Rahmen eines Projektes angestrebt.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2008 erhielten wir 101 Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen über die beschriebene Vorgehensweise. Davon waren 95 % Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter. In 2 % wurden interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Nur in 3 % wurden Beschwerden geäußert.

Schwerpunkte / Besonderheiten / Verbesserungsmaßnahmen

In Folge der Verbesserungsvorschläge und Beschwerden haben wir im Jahr 2008 bauliche Veränderungen vorgenommen (Bau eines neuen Schwesternstützpunktes, Renovierung der Station). Durch Installation einer zentralen Trinkwasseranlage wurde die Versorgung der Patienten erheblich verbessert bzw. individualisiert. Daraufhin war ein Rückgang der Beschwerdehäufigkeit zu diesen Themen zu erkennen.

Fazit / Ziele für das nächste Jahr

Im Hinblick einer verstärkten Bildung von Projektgruppen werden wir zur Vorbereitung auf die KTQ-Erstzertifizierung unser Beschwerdemanagement ausbauen sowie Prozesse verbessern.

Durch strukturierte Gespräche und Schulungen der Mitarbeiter (z. B. im Rahmen regelmäßiger Mitarbeiterbesprechungen) sind wir bestrebt, die Patientenzufriedenheit ständig zu erhöhen.

**Praxisklinik
Mümmelmannsberg**

Schön Klinik Hamburg-Eilbek



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Schön Klinik Hamburg-Eilbek gehört zu den aktiven Unterstützern und Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung. Bereits seit 10 Jahren sind Klinikintern die notwendigen Strukturen geschaffen und die Verantwortungsbereiche festgelegt worden, um Beschwerden, Wünsche und Anregungen von Patienten sowie Angehörigen und externen Leistungserbringern aufzunehmen und zu bearbeiten. Dies geschieht im *Beschwerdemanagement*. Ziel ist, den Beschwerdeführern möglichst mehrere alternative und konkrete Ansprechpartner im Krankenhaus und auch außerhalb bieten zu können.

1. Zugänglichkeit

Die Schön Klinik Hamburg-Eilbek verfügt über zwei ausgebildete Beschwerdemanager, die allen Patienten und Angehörigen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Über diese Ansprechpartner wird in der Patientenbroschüre, der Homepage der Klinik und durch die Mitarbeiterinnen des Empfangs im Haupteingang informiert. Zwei Patientenbetreuer stehen allen Privatpatienten täglich als Ansprechpartner zur Verfügung.

2. Zügige Bearbeitung

Alle Beschwerdeführer erhalten unverzüglich Nachricht über den Eingang und das weitere Procedere der Bearbeitung und Beantwortung der Beschwerde. Fallbezogen wird ein persönliches Gespräch mit dem Beschwerdemanager und/oder den Klinikmitarbeitern angeboten. Die Bearbeitungszeit soll in komplexen Fällen in max. 4 Wochen abgeschlossen sein. Über die Zufriedenheit mit der Beschwerdebearbeitung werden die Patienten/Angehörigen in Zweifelsfällen befragt. Eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden dem Beschwerdeführer mitgeteilt.

3. Unabhängigkeit

Seit 2000 besteht eine Kooperation mit der Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V., die eine neutrale Patientenfürsprecherfunktion bietet. Patienten und Angehörigen, die sich nicht direkt an Klinikmitarbeiter wenden wollen, können alternativ die Ansprechpartnerin in der Unternehmenszentrale kontaktieren (die Bearbeitungswege sind auch für diese Fälle vorgegeben) oder sich über die Zentrale über die E-Mail-Adresse „IhreMeinung“ äußern. Die Bearbeitungswege sind auch für diese Fälle vorgegeben.

4. Transparenz

Es sind zwei Beschwerdemanager benannt, die von Montag - Freitag von 9:00 bis 15:00 Uhr persönliche Ansprechpartner für Patienten und deren Angehörige sind.

Dies ist klinikweit kommuniziert, in der Patientenbroschüre und der Homepage der Klinik dargestellt. Darüber hinaus betreibt die Unternehmenszentrale in Prien a. Chiemsee eine weitere zentrale Beschwerde-Hotline mit einer dazugehörigen elektronischen Mailfunktion („IhreMeinung“), die eng mit den Beschwerdemanagern vor Ort zusammenarbeitet.

Insgesamt ist den Patienten damit eine breite Palette verschiedener An-

Kontakt

Dr. Uwe Block
Beschwerdebeauftragter
Qualitätsmanagement
Schön Klinik Hamburg-Eilbek
Dehnhaiide 120
22081 Hamburg
Tel: 040 / 20 92 - 0
ublock@schoen-kliniken.de

sprechpartner und Medien zur Verfügung gestellt. Neben den Beschwerdemanagern übernehmen auch alle Mitarbeiter des Empfangs im Haupt- eingang und im Patientenmanagement die Funktion der Beschwerdean- nahme. In 2008 wurden spezielle Inhouse-Schulungen für diesen Mitarbei- terkreis durchgeführt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Patientenmanagement, dem Empfang, den Privatpatientenbetreuern und dem Qualitäts- und Beschwerdemanagement.

Die leitenden Mitarbeiter erhalten im Rahmen der halbjährlichen Qualitäts- Reviews der Unternehmens-Zentrale fachabteilungsbezogene Auswertun- gen des Beschwerdemanagements.

5. Verantwortung

Die im Qualitätsmanagement angesiedelten Mitarbeiter mit medizinischem und pflegerischem Background sind seit 2006 benannt. Die Aufgaben- beschreibung ist im Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben.

6. Unternehmenskultur

Die Unternehmensphilosophie und Qualitätspolitik der Schön Kliniken be- tont u.a. das Streben nach hoher Patientenzufriedenheit. Dafür sind Ziel- werte vorgelegt, deren Erreichung über kontinuierliche Patientenzufrieden- heitsbefragungen in allen Fachabteilungen überprüft werden. In 2008 wur- den spezielle 2- tägige In-House- Schulungen für Mitarbeiter des Emp- fangs und des Patientenmanagements durchgeführt, die Beschwerdema- nagement und Kommunikation zum Thema hatten.

7. Zertifizierung

Die Schön Klinik Hamburg-Eilbek ist im August 2007 nach DIN ISO 9001- 2000 zertifiziert worden. (BSI / NisZert Hameln).

Auch im Rahmen interner Audits der Unternehmenszentrale wird das Be- schwerdemanagement-System jährlich überprüft.

Patientenrückmeldungen

Aufgrund unserer niedrigschwelligen Beschwerdemeldewege und der in- tensiven Privatpatientenbetreuung erreichen uns neben jährlich durch- schnittlich 120 Beschwerden zunehmend auch positive Rückmeldungen, die häufig über die E-Mail Funktion „Ihre Meinung“ übermittelt werden. Das Beschwerdemanagement verfügt über eine Datenbank, die alle Beschwer- den erfasst, kategorisiert und regelmäßig statistisch für die Führungskräfte aufbereitet. Mündlich geäußerte Patienten und Angehörigenbeschwerden werden grundsätzlich im „Meldebogen Beschwerden“ in Kurzform verschriftlicht und die Bearbeitung vom Verantwortlichen dokumentiert.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen

Patientenmanagement, Foyer, Empfang

Verkürzung der Wartezeiten in den Sprechstunden Ausweitung der Sprechstundenangebote der verschiedenen Fachrichtungen Verbesserte telefonische Erreichbarkeit durch Neuorganisation der Terminvergabe Be- reitstellung von Warm- und Kaltgetränken in den Wartezonen Serviceleis- tungen am Empfang (Klinikkollektion, Briefmarken, Telefonkarten, Zeit- schriften etc.) Persönliche Privatpatientenbetreuung durch zwei Mitarbei- ter, die auch Wünsche und Kritik direkt aufnehmen und bearbeiten.

Patienten- und Angehörigeninformation

Komplette Neugestaltung der gesamten Klinikwegweisung in allen Außen- bereichen Erstellung verschiedener Informationsflyer für Patienten Neuer

**Schön Klinik Hamburg-
Eilbek**

Lageplan des Klinikgeländes Komplettre Neugestaltung des Internetauftritts zur schnelleren und verbesserten Informationsvermittlung

Ausstattung

Ausstattungsergänzung der Sanitärzonen, Ausweitung des TV Senderangebots, Neukonzeptionierung der Cafeteria mit verbessertem Angebot

Fazit und Ziele für 2009

In 2009 ist die Einführung einer zusätzlichen Patientenmeinungskarte geplant. Diese soll den Patienten eine zusätzliche Möglichkeit der Meinungsäußerung bieten. Kontinuierliche schriftliche Patientenbefragungen vor Entlassung werden weiterhin in allen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Fachabteilungen durchgeführt. Ein kontinuierlicher Austausch mit Beschwerdemanagern anderer Krankenhäuser und die aktive Mitarbeit im Arbeitskreis „Hamburger Erklärung“ der HKG ist geplant.

Schön Klinik Hamburg-Eilbek

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Zentrale Beschwerdemanagement (ZBSM) des UKE dokumentiert sein erfolgreiches 5 jähriges Bestehen mit diesem Bericht. Erneut wurde 2008 der interne Bearbeitungsprozess des ZBSM optimiert. So konnten z.B. die Bearbeitungszeit erneut reduziert und das Maßnahmencontrolling intensiviert werden.

Der Bericht beschreibt auch diesmal wieder ein breites Spektrum an Hinweisen, die im gesamten Jahr von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und sonstigen Kontaktpersonen für das UKE und dessen Tochtergesellschaften an das ZBSM herangetragen wurden. Diese sind als Ansätze für Verbesserungen im Unternehmen extrem wichtig und werden konstruktiv genutzt.

Die deutlichste Verbesserung im UKE wird für alle Patienten, Mitarbeiter und andere Kontaktpersonen seit dem 31. 1. 2009 spürbar. Seit dem ist unser neues Klinikum – in Ausstattung und medizinischer Versorgung das modernste Universitätsklinikum Europas – bezogen.

Nicht zuletzt durch die in den letzten Jahren stetig erweiterte Annahme und Bearbeitung von Beschwerden wurde für die UKE-Leitung das Optimierungspotential im Bereich der Hotelleistungen, Organisation und Logistik evident. Durch zahlreiche Darstellungen und Beschreibungen bildet dieser Bericht einen großen Teil der Erkenntnisse und der Verbesserungsmaßnahmen ab. Selbstverständlich darf sich niemand darauf ausruhen, dass jetzt ein großer Meilenstein der Verbesserungen erreicht ist, denn im Grundsatz des Qualitätsmanagements im UKE richten wir uns nach dem Zyklus von „PDCA“, das heißt Plan-Do-Check-Act und somit werden wir nach allen Planungen und Umsetzungen sofort damit beginnen, den „Check“ durchzuführen um zu handeln, wenn es nötig wird. Aus diesem Grunde haben die Mitarbeiter sofort nach dem Umzug die Möglichkeit erhalten, Hinweise für Nachbesserungen in ein speziell dafür eingerichtetes Meldesystem einzugeben.

Weiterhin sind alle Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und sonstige Kontaktpersonen aufgefordert, den Weg über das Zentrale Beschwerdemanagement zu wählen, um ihre Hinweise in das nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifizierte System einfließen zu lassen.

Darüber hinaus steht den Patienten auch der Ombudsmann des UKE, Herr Dr. Raimund Kniep, zur Verfügung, der eine informelle Art der Unterstützung für Patienten bei Fragen oder Unzufriedenheiten anbietet. Sofern für das Beschwerdemanagement der Eindruck entsteht, dass eine Vermittlung über eine unabhängige dritte Person hilfreich wäre, werden Beschwerdeführer ggf. an den Ombudsmann verwiesen. Dies hat sich auch in 2008 wieder für zahlreiche Patienten als sehr positiv erwiesen.

Das UKE erfüllt seit 2004 alle Kriterien der Hamburger Erklärung, wie im damaligen Jahresbericht ausführlich beschrieben. Den ausführlichen Bericht des UKE finden sie auf der Homepage des UKE unter:

http://www.uke.uni-hamburg.de/patienten-besucher/index_11325.php

Kontakt

Hilke Holsten-Griffin
Corinna Leonhardt
Beschwerdebeauftragte
Universitätsklinik
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel: 040 / 74 10 - 5 79 85
Fax: 040 / 74 10 - 5 89 32
beschwerdemanagement@uke.de

Patientenrückmeldungen

Insgesamt gingen im Jahr 2008 genau 1385 Meldungen ein. Im Jahre 2007 waren es 1411 und in 2006 noch 955. Die ausführliche Verteilung und Gewichtung der Meldungen finden Sie im Originalbericht des UKEs.

Verbesserungsmaßnahmen

Seit 2008 erfolgen strukturierte quartalsweise Auswertungen an Kliniken und Zentren. Dabei werden Schwerpunkte der Beschwerden systematisch abgebildet, so dass das klinikinterne Qualitätsmanagement nachhaltig Verbesserungen/Korrekturmaßnahmen umsetzen und Überprüfungen durchführen kann, so wie dies im Ausblick des Jahresberichtes 2007 annonciert wurde.

Während es in 2007 nur punktuell Analysen zu Beschwerdesachverhalten über die einzelnen Qualitätsmanagementgruppen gab und dort Abwehrstrategien entwickelt wurden, erfolgte dies in 2008 flächendeckend mit ca. 10% der Beschwerden.

In berufsgruppenübergreifenden Gruppen wurden solche Beschwerden regelmäßig aufgegriffen und die Wirksamkeit der Maßnahmen in internen Audits überprüft.

Ausführliche Erläuterungen zu den Korrekturmaßnahmen finden Sie im Originalbericht des UKEs.

Ausblick

Auch in 2009 hat das ZBSM wieder ein großes Interesse daran, die Meldungen unterschiedlicher Kontaktpersonen des UKE entgegenzunehmen, besonders hinsichtlich einer Reflektion des neuen Klinikums bzw. dessen Startphase. Mit Spannung wird zu verfolgen sein, ob sich die Meldungsschwerpunkte nach all den Umstrukturierungen und räumlichen Verbesserungen verlagern oder ähnlich, möglicherweise mit etwas anderen Schwierigkeiten als bisher, aufgezeigt werden.

Verbesserungen wird es immer geben müssen, denn so ein dynamisches Unternehmen wie ein Universitätsklinikum auf höchstem wissenschaftlichem Niveau wird ständig mit neuen Herausforderungen konfrontiert sein. Aus diesem Grunde sind wir sehr an der Vernetzung der am Gesamtprozess beteiligten Bereiche im UKE interessiert und bauen ihn auch im Hinblick auf die Beschwerdeannahme und -bearbeitung weiter aus.

Die Möglichkeiten, die sich im Rahmen des Qualitätsmanagements durch den Aufbau der Qualitätssysteme und der geplanten Konzernzertifizierung des Klinikums nach DIN ISO 9001:2008 ergeben, werden auch für die Erkenntnisse aus dem ZBSM neue Möglichkeiten der ständigen Verbesserungen bieten. Die Arbeit der klinikinternen Qualitätsmanagementgruppen soll flächendeckend mindestens 15% der Hinweise aufarbeiten und in Audits überprüfen.

Bei jährlich mehr als 60 000 stationären Behandlungen und 240 000 ambulanten Kontakten am UKE besteht viel Potential für weitere Rückmeldungen an das ZBSM. Dies gilt es zu nutzen.

**Universitätsklinikum
Hamburg Eppendorf**

Werner Otto Institut

werner otto institut

Umsetzung Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit Juni 2007 im Werner Otto Institut. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Versorgungsangebote. Wir möchten, dass die Patienten mit unseren Leistungen zufrieden sind. Anlass zur Kritik und hilfreiche Anregungen betrachten wir als Chance Schwachstellen herauszufinden und die Qualität unserer Leistungen zu verbessern.

1. Zugänglichkeit

Patienten sind angemessen informiert. Das BM ist über ein Postfach und Sprechzeiten erreichbar (Information am Aushang)

2. Zügige Bearbeitung

Bearbeitung möglichst am gleichen Werktag, Eingangsbestätigung, Zwischen und Abschlussinformationen.

3. Unabhängigkeit

Verfassung eindeutiger und nach außen transparenter Richtlinien.

4. Transparenz

Nennung von Ansprechpartnern, Ablauf und Ergebnisse der Bearbeitung, sowie die Wirkung der Beschwerde werden dem Beschwerdeführer mitgeteilt,

5. Verantwortung

Pflichten und Befugnisse der beauftragten Person sind definiert und in einer Vereinbarung festgehalten.

6. Unternehmenskultur

Eine kontinuierliche Verbesserung wird angestrebt.

Anzahl der Patiententrückmeldungen

Gelbe Karten	positiv 7	negativ 3
Beschwerde in Briefform	5	
Beschwerde in Telefonzeit	keine	
Beschwerde e-Mail	1	
Beschwerde persönlich	keine	

Schwerpunkte/Besonderheiten/Verbesserungsmaßnahmen

BM in Homepage aufnehmen
BM im ersten Anschreiben an Eltern (Neuvorsteller) aufnehmen
Mehr Information und Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema Beschwerdemanagement fortlaufend und speziell auf der Hauskonferenz.

Fazit/Ziele für das nächste Jahr

Patienten und Mitarbeiter in die Philosophie einführen:
- Fehler sind erlaubt, wir lernen aus ihnen.

Kontakt

Ute Gaertner
Beschwerdebeauftragte
Werner-Otto-Institut
Bodelschwinghstraße 23
22337 Hamburg
Tel: 040 / 50 77 - 02
ugaertner@werner-otto-institut.de

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand



Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit dem im Jahr 2004 die Hamburger Erklärung aufgrund einer Initiative der Behörde für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz zusammen mit der Hamburger Krankenhausgesellschaft geschaffen wurde, ist das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand Mitunterzeichner der Hamburger Erklärung. Wir wollen damit zum Ausdruck bringen, dass wir Beschwerden der Patienten als Chance zur Verbesserung unserer Leistungen begreifen und mit diesen verantwortungsvoll umgehen. Daher haben wir als Krankenhaus ein Verfahren entwickelt, mit dem wir die Umsetzung der Hamburger Erklärung in unserem Haus sicherstellen.

1. Zugänglichkeit

Alle stationären Patienten unseres Krankenhauses erhalten mit dem Aufnahmepapieren einen Rückmeldebogen der Klinik ausgehändigt, auf dem sie Ihre Anliegen schriftlich darlegen können. Zudem sind diese Formulare an zentralen Stellen im Krankenhaus, wie zum Beispiel der Not- und Unfallaufnahme und an der administrativen Aufnahme ausgelegt. Poster, die auf den Stationen aushängen, weisen auf die Möglichkeiten der Rückmeldungen und die Sprechzeiten mit Kontaktinformationen hin. Die in den Zimmern ausliegenden Patienteninformationsmappen enthalten natürlich auch das Rückmeldeformular. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen gerne bei Fragen in diesem Bereich weiter und nehmen Rückmeldungen auf und leiten diese weiter. Die Abgabe der Formulare kann entweder direkt auf der Station erfolgen, bzw. in die dafür bereitgestellten Briefkästen in den Eingangsbereichen der Klinik.

2. Zügige Bearbeitung

Wo immer es möglich ist, versuchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort die Anliegen der Patienten, Besucher und Angehörigen schnellstmöglich zu bearbeiten. Dies gilt auch für ihre Anliegen im Bereich des Beschwerdemanagements. Bei Anliegen die an das Beschwerdemanagement unseres Krankenhauses gestellt werden, versuchen wir innerhalb der ersten zwei Werkzeuge nach Eingang der Rückmeldung eine erste Antwort zu geben. Eine abschließende Weiterbearbeitung kann aber auch längere Zeit andauern, da bedingt durch den Schichtdienst, nicht immer alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Hierbei bekommen die genannten Personengruppen eine Nachricht über den Stand ihres Angegens.

3. Unabhängigkeit

Als Stabsstelle des Krankenhausdirektoriums sichert unser Qualitäts- und Beschwerdemanager ihnen eine größtmögliche Unabhängigkeit und Unparteilichkeit in der Bearbeitung ihrer Anliegen zu. Unser Beschwerdemanager unterstützt sie in ihren Anliegen und vermittelt wo es nötig ist. In einer Aufgabenbeschreibung wurden die dafür notwendigen Regelungen seitens der Klinikleitung hierfür getroffen. Im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen ermöglicht das Krankenhaus dem Qualitäts- und Beschwerdemanager die kontinuierliche Weiterqualifizierung in diesem Bereich.

Kontakt

Markus Linniek
Beschwerdebeauftragter
Wilhelmsburger Krankenhaus
Groß-Sand
Groß-Sand 3
21107 Hamburg
Tel: 040 / 75 20 5 - 0
m.linniek@gross-sand.de

4. Transparenz

Transparenz ist für unser Krankenhaus ein zentraler Punkt im Beschwerdemanagement. Wir wollen die Patienten, Besucher und Angehörige anregen, uns Rückmeldungen zu geben. Diese Transparenz spiegelt sich auch bei den Rückmeldungen wieder. Patienten, Besucher und Angehörige erhalten wo immer möglich Auskünfte über die Bearbeitung und das Resultat ihrer Rückmeldungen. Einen Beschwerdebericht hat das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand erstmals im Jahr 2005 veröffentlicht. Intern wurden schon immer Auswertungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter veröffentlicht. Ab diesem Jahr sollen nun jährliche Berichte auch für externe Partner und die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

5. Verantwortung

Neben dem Beschwerdemanager, dessen Befugnisse klar geregelt sind, sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses für die Rückmeldungen verantwortlich und helfen den Patienten, Besuchern und Angehörigen innerhalb der täglichen Arbeit bei ihren Anliegen.

6. Unternehmenskultur

Grundlage aller Bemühungen im Rahmen der Patientenversorgung ist das Leitbild des Krankenhauses, welches von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbstständig entwickelt wurde. Es stellt den Wertecodex dar, dem sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses verpflichtet fühlen. Wir verstehen das Leitbild als Wegweiser und Ziel für das Krankenhaus, aber auch als Impulsgeber für gemeinsam geplante Veränderungen.

7. Zertifizierung

Das Krankenhaus arbeitet momentan im Rahmen eines Projektes als Referenzkrankenhaus an der Entwicklung eines Zertifikates für das Beschwerdemanagement mit. Gemeinsam mit dem Hamburger Institut für Beschwerdemanagement soll hier ein eigenständiges Zertifikat für das Beschwerdemanagement entwickelt werden, das die Qualität der im Vorfeld genannten Punkte sicherstellt.

Anzahl und Art der Rückmeldungen

Im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand werden nicht nur die Rückmeldungen von Patienten erfasst, sondern auch von Besuchern und Angehörigen, da auch diese Gruppen ein berechtigtes Anliegen an das Krankenhaus haben können. Zudem verfügt unser Krankenhaus über einen geriatrischen Schwerpunkt, daher sind nicht alle Patienten in der Lage Ihre Anliegen selbstständig zu formulieren und aufzuschreiben.

Anzahl der Rückmeldungen in 2008	171
Behandelte Patienten in 2008	18910
davon Stationär und Teilstationär	7352
davon Ambulant	11558

Dies entspricht einer Rückmeldequote von 0,90 %.

Auch im vierten Jahr der Hamburger Erklärung konnte die Anzahl der Rückmeldungen seitens der Patienten, Besucher und Angehörigen stabil gehalten werden, bzw. ist ein leichter Zuwachs von 0,1% zu verzeichnen. Diese Entwicklung begrüßen wir sehr, da uns diese Rückmeldungen wichtige Hinweise zu unseren Leistungen und deren Qualität geben.

**Wilhelmsburger
Krankenhaus
Groß-Sand**

Verbesserungsmaßnahmen

Im Bereich der Verwaltung

Zu Beginn des Jahres 2008 wurde im Bereich der Speisenversorgung, die Erfassung der Essenswünsche der Patienten umgestellt. Vorher wurden die Essenswünsche der Patienten durch das Pflegepersonal händisch erfasst. Durch die Umstellung wurde diese Tätigkeit nun per Computer von Mitarbeiterinnen der Küche übernommen. Dabei kam es zu Problemen mit der Software welche Fehllieferungen im Bereich der Speiseversorgung der Patienten zur Folge hatten. Dieses Problem führte zu einem erhöhten Beschwerdeaufkommen im Bereich der Küche, bzw. des Verwaltungsbereichs. Durch sofortiges Handeln seitens der Küche und des Softwareanbieters konnten die Probleme aber schnell beseitigt werden.

Im Bereich der Prozessoptimierung bei Untersuchungen

Im Laufe des Jahres 2008 wurden alle Untersuchungsbereiche und Funktionsbereiche in einem Gebäudetrakt zusammengefasst. Damit wurden Umzüge einzelner Stationen und Fachbereiche notwendig. Diese Maßnahmen dienten der Prozessoptimierung, um die Patienten schneller und umfassender diagnostisch versorgen zu können. Da diese Optimierungsmaßnahmen im laufenden Betrieb stattfanden, gab es auch hier am Anfang Abstimmungsschwierigkeiten und Anlaufprobleme. Diese konnten in der Zwischenzeit behoben werden.

Schulungsmaßnahmen

Im Bereich des Pflegedienstes fanden und finden kontinuierliche Schulungen und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Kundenorientierung statt.

Ziele für das nächste Jahr

Wie unter Punkt 1 im Abschnitt g schon dargelegt wurde, ist das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ein Referenzkrankenhaus des Hamburger Instituts für Beschwerdemanagement. Gemeinsam mit dem Institut soll ein Zertifizierungsverfahren für das Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen entwickelt werden. Diese Zertifizierung möchte das Krankenhaus im Jahr 2009 erreichen.

Der vollständige Bericht ist auf unserer Homepage zu finden:

www.krankenhaus-gross-sand.de/de/krankenhaus/beschwerdemanagement.html

**Wilhelmsburger
Krankenhaus
Groß-Sand**



Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.
Ulrike Jaenicke
Niki Schlackan-Farshchi
Grevenweg 89
20537 Hamburg
Tel: 040/251736-0
hkgev@hkgev.de
www.hkgev.de