HKG
Hamburgische Krankenhaus-gesellschaft e.V.

Berichte der

Hamburger Krankenhäuser

gemäß Hamburger Erklärung

2010

Inhaltsverzeichnis

Grußwort 3
Hamburger Erklärung 2010 4
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG 5
AKK Altonaer Kinderkrankenhaus 9
Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus 13
Asklepios Klinik Altona 19
Asklepios Klinik Barmbek 25
Asklepios Klinik Eimsbüttel – CardioClinic 30
Asklepios Klinik Harburg 33
Asklepios Klinik Nord 37
Asklepios Klinik St. Georg 42
Asklepios Klinik Wandsbek 47
Asklepios Westklinikum Hamburg 51
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg 56
Bethesda Krankenhaus Bergedorf 59
Bundeswehrkrankenhaus Hamburg 63
Die Facharztklinik Hamburg 68
ENDO-Klinik Hamburg 72
Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus 78
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf 82
Heinrich Sengelmann Krankenhaus 87
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg 93
Israelitisches Krankenhaus Hamburg 98
Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte 103
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift 105
Katholisches Marienkrankenhaus 109
KLINIK Dr. GUTH 113
Klinik Fleetinsel Hamburg 118
Krankenhaus Großhansdorf 120
Krankenhaus Jerusalem 123
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift 127
Krankenhaus TABEA 132
Praxisklinik Bergedorf 134
Praxisklinik Mümmelmannsberg 137
Schön Klinik Hamburg Eilbek 141
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 145
Werner Otto Institut 150
Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand 153
Impressum 160

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen den dritten Bericht über die Umsetzung der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in unseren Hamburger Krankenhäusern vorlegen zu können. 2010 haben alle Hamburger Krankenhäuser zum wiederholten Male die Hamburger Erklärung unterzeichnet und sind ihrer Berichtspflicht nachgekommen.

Mit der Hamburger Erklärung und dem „Handbuch zur Umsetzung der Hamburger Erklärung“ haben die Hamburger Krankenhäuser seit 2004 einen Maßnahmenkatalog mit einer Vielzahl von Anregungen und Beispielen für eine gelungene strukturelle Verankerung eines transparenten Beschwerdemanagements in einer Organisation entwickelt, dessen flächendeckende freiwillige Anwendung und Weiterentwicklung bisher einmalig ist.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft unterstützt die Krankenhäuser und ihre Beschwerdebeauftragten seit Juli 2008 bei dieser Arbeit. Dazu gehören neben der Veröffentlichung des gebündelten Jahresberichts auch die Durchführung zweimal jährlich stattfindender Treffen der Beschwerdebeauftragten und fachspezifischer Fortbildungen sowie die Netzwerkarbeit.

Die diesjährigen Berichte der Krankenhäuser zeigen anhand von vielfältigen Beispielen aus der Praxis die langfristige Wirkung eines gut verankerten Beschwerdemanagements. Die ständige Optimierung von Organisationsabläufen, Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum patientenorientierten Umgang, berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel und bauliche Veränderungsmaßnahmen gehören in den Kliniken zum Alltag - zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung der Hamburger Erklärung ist dabei als Prozess zu betrachten, bei dem nicht die Anzahl der Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten im Fokus der Betrachtung stehen, sondern die daraus abgeleiteten Veränderungsprozesse.

Ein gut organisiertes Beschwerdemanagement ist ein Beitrag für die Steigerung der Qualität in allen Bereichen. Wir danken allen Patientinnen und Patienten, die mit ihren Rückmeldungen an die Kliniken zu dieser Qualitätsverbesserung beigetragen haben.

Dr. Claudia Brase
Geschäftsführerin

HKG Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

Kontakt

Ulrike Jaenicke
Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. (HKG)
Burchardstr. 19
20095 Hamburg
Tel: (040) 25 17 36 29
presse@hkgev.de

HKG Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

Hamburger Erklärung

von Hamburger Krankenhäusern zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden

Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Deshalb möchten wir, dass Sie mit unseren Leistungen zufrieden sind. Sollte das einmal nicht der Fall sein, möchten wir Sie 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 sieben Punkte der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden einzuhalten.

1. Zugänglichkeit

Wir weisen in geeigneter Form (Aufnahmepapiere, Flyer etc.) auf die Beschwerdemöglichkeiten hin und stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten sich jederzeit telefonisch und/oder schriftlich beschweren können. Hierfür werden die Telefonnummer sowie die Platzierung eines Kummerkastens bekannt gegeben. Für persönliche Beschwerden wird über die Sprechzeiten der Beschwerdestelle informiert.

2. Zügige Bearbeitung

Wir bemühen uns, auf eine Beschwerde zeitnah (möglichst an dem auf die Beschwerde folgenden Werktag) zu reagieren, d.h. eine erste Rückmeldung über den Eingang der Beschwerde sowie über weitere Bearbeitungsschritte ergeht an den/die Beschwerdeführer/in. Bei längerer Bearbeitungszeit geben wir eine Zwischennachricht. Dabei hängt die Zeit bis zur abschließenden Bearbeitung von der Art der Beschwerde ab.

3. Unabhängigkeit

Wir schaffen Voraussetzungen dafür, dass die Personen, die Beschwerden entgegennehmen, weitgehend unabhängig arbeiten können, indem

- von außen kommende Personen (Patientenfürsprecher, Patientenvertrauenspersonen, Ombudsleute etc.) mit der Beschwerdeentgegennahme und -bearbeitung beauftragt oder
- für die im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen klare Richtlinien für die Beschwerdebearbeitung aufgestellt und diese nach innen und außen transparent gemacht werden.

Wir ermöglichen den mit der Beschwerdeentgegennahme und -bearbeitung beauftragten Personen die Teilnahme an entsprechenden Schulungen.

4. Transparenz

Wir stellen Transparenz her über

- die Funktion der mit der Beschwerdeentgegennahme und -bearbeitung beauftragten Personen
- die Art der Beschwerdebearbeitung (Beschwerdewege, Stadium der Beschwerdebearbeitung) gegenüber dem/der Beschwerdeführer/in
- das Ergebnis der Beschwerdebearbeitung (z.B. hat sich der Vorwurf bestätigt)
- die Wirkung der Beschwerde (z.B. wurde der Fehler behoben, ist jemand zur Rechenschaft gezogen worden, sind qualitative Veränderungen vorgenommen worden oder ist dieses geplant).

Wir veröffentlichen einen jährlichen Bericht über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle, in dem 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

Wir streben an, die Beschwerdekultur in unserem Haus laufend zu optimieren (z.B. Leitbild, Schulungen).

7. Zertifizierung

Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements. Hierüber wird im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V und/oder im Hamburger Krankenhausspiegel (www.hamburger-krankenhausspiegel.de) informiert.

Die Hamburger Erklärung gilt jeweils für ein Kalenderjahr, zunächst bis zum 30. Juni 2011.

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Im Jahr 2008 wurde das bereits 2007 eingeführte Verfahren zur Erfassung und Bearbeitung von Rückmeldungen überarbeitet und im Sinne der Hamburger Erklärung, der sich das AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG verpflichtet hat, aktualisiert und in den folgenden Jahren weiter ausgebaut.

1. Zugänglichkeit
Die Zufriedenheit mit der Qualität unseres Behandlungsangebotes erfragen wir über den Meinungsbogen „Ihre Meinung ist uns wichtig". Dieses Faltblatt wird in allen Etagen in den Aufzugsbereich sowie am Eingang und in den Bereichen Notaufnahme, Aufnahme- und Ambulanzzentrum sowie dem Ambulantem Operieren neben einem dazu gehörigen und entsprechend bezeichneten Briefkasten ausgelegt. Anonyme oder namentliche Meinungen können über die Briefkästen, per Post, E-Mail, Telefon oder persönlich dem Beschwerdemanagement zugeführt werden. Jeder Patient erhält bei seiner Aufnahme ein Schreiben, in dem er über diese Möglichkeiten informiert wird.

2. Zügige Bearbeitung
Die Bearbeitungsdauer von Eingang der Beschwerde, ggf. Zwischenbescheid an den Beschwerdeführer, Einholen von Informationen aus den betroffenen Abteilungen bis zur Beantwortung an den Beschwerdeführer betrug in 2010 durchschnittlich 4,5 Tage.

3. Unabhängigkeit
Die Bereichsverantwortung für das Meinungsmanagement trägt das Zentrale Qualitätsmanagement AGAPLESION (ZENTRALES QM). Konkrete Zuständigkeiten und Organisationsabläufe des Meinungsmanagements in den einzelnen Einrichtungen werden intern festgelegt. Im AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG ist hierfür die hierarchieunabhängig arbeitende Stelle des Meinungsmangements eingerichtet worden.
Diese bearbeitet die Rückmeldungen und wahrt auf Wunsch die Anonymität. Sie ist Mittlerin zwischen den Beschwerdeführern und den internen Ansprechpartnern. Über das Qualitätsmanagement werden die Ergebnisse des Meinungsmanagements in die Bewertung und das Berichtswesen aufgenommen und fließen in die Managementbewertung mit ein. Im regelmäßigen Austausch mit der Geschäftsführung werden die wesentlichen Themen besprochen und geplante oder bereits eingeleitete Maßnahmen abgestimmt.

4. Transparenz
Jede Meinungsäußerung wird gesichtet; dem Beschwerdeführer wird eine Rückmeldung gegeben. Die Anregung oder Kritik werden zusammen mit den jeweils beteiligten Abteilungen bearbeitet. Lob erhalten die Beteiligten zur Kenntnis. Es bestärkt und motiviert sie in ihrer Arbeit. Ebenso wird die Geschäftsführung kontinuierlich in Kenntnis gesetzt und ggf. an der Bear-

AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Kontakt

Adelheid Ertemel
Beschwerdebeauftragte
AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
Hohe Weide 17
20259 Hamburg
Tel: 040 / 790 20 - 1260
IhreMeinung@d-k-h.de

beitung beteiligt.
Der Jahresbericht wird im Internet veröffentlicht.

5. Verantwortung
Alle Mitarbeiter unseres Hauses sind Ansprechpartner für Anregungen und Beschwerden. Sie unterstützen auf Nachfrage beim Ausfüllen des Meinungsbogens oder leiten diesen an das Beschwerdemanagement weiter. Im Jahr 2010 wurde das Beschwerdemanagement des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG durch eine zentrale Beschwerdemanagerin für die Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien und Elim geregelt und betreut, die weiterhin für den in 2011 bezogenen gemeinsamen Neubau zuständig ist.
Kontaktperson für das zentrale Beschwerdemanagement:

Adelheid Ertemel
Beschwerdebeauftragte
Qualitätsmanagement
Tel. (040) 7 90 20 - 1260
Fax (040) 7 90 20 - 1269
Raum B1-07
IhreMeinung@d-k-h.de

6. Unternehmenskultur
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.
Um sicherzustellen, dass wir dieses Ziel erreichen, wurde durch das AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG im Rahmen des Konzerns AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt. Die Verantwortlichkeiten sowie ein grundlegender Ablauf zur Bearbeitung und Auswertung des Beschwerdemanagements sind in einer Rahmenkonzeption durch den Vorstand AGAPLESION beschrieben. Diese Rahmenvorgaben sind in einer Prozessbeschreibung und Arbeitsanweisung konkretisiert und stehen den Mitarbeitern im Qualitätsmanagement-Handbuch zur Verfügung.

7. Zertifizierung
Die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagements und die Qualität des Behandlungsangebotes überprüfen wir im Rahmen der jährlichen Managementbewertung unter anderem durch Analysen des Beschwerdemanagements, durch Interne Audits sowie durch Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen. Das Ergebnis der Bewertung fließt in die Jahreszielplanung ein. Nachfolgend aufgeführte Abteilung sowie die Zentren sind zertifiziert und unterliegen einer jährlichen, externen Überwachung:

- Qualitätsmanagementsystem Hamburger Darmzentrum nach DIN EN ISO 9001:2008 mit Empfehlung der LGA InterCert
- Qualitätsmanagementsystem Gynäkologische Klinik mit Brustzentrum und Gynäkologischem Tumorzentrum nach DIN EN ISO 9001:2008 mit Empfehlung der LGA InterCert

Da 2011 der Umzug in das neue Klinikum stattgefunden hat, ist eine Zertifizierung des Gesamthauses auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden.

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Patientenrückmeldungen

Insgesamt wurden von 333 Personen 1.060 Rückmeldungen, d. h. Lob, Beschwerden, Anregungen geäußert (siehe Tabelle). Dies sind 2 % in Bezug auf die Fallzahl 2010. Der Vergleich der Jahre zeigt damit einen konstanten Verlauf. Der Anteil der Rückmeldungen bewegt sich im üblichen Rahmen. Dass keine Steigerung bzw. kaum Rückgang zu verzeichnen ist, weist darauf hin, dass die aufgrund der Rückmeldungen durchgeführten Maßnahmen zu einer Verbesserung geführt haben müssen. Der bestehende Anteil ist ein Zeichen dafür, dass eine offene Kommunikation geführt wird, so dass das Krankenhaus Möglichkeiten hat, sich kontinuierlich zu verbessern. Dabei ist ein gewisser Anteil von Rückmeldungen
(z. B. Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr) nicht durch das Krankenhaus zu beeinflussen. Auch der Neubau des Klinikums und die damit einhergehenden Informationen haben die Meinungsführer beeinflusst. So gab es beispielsweise Beschwerden zu fehlenden Nasszellen, die aber in schriftlicher Ausführung von den Patienten mit der Freundlichkeit und Kompetenz des Personals aufgewogen wurden und im Blick auf den Neubau ihre Dringlichkeit verloren.
Die beinahe Verdopplung der Anzahl der Rückmeldungen von 2009 auf 2010 ist darauf zurückzuführen, dass seit 2010 ein EDV-Programm zur Bearbeitung eingesetzt wird, durch das eine detaillierte Erfassung und damit auch Auswertung der Rückmeldungen erleichtert wird.

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Thema:	**Gesamt 2007**	**Gesamt 2008**	**Gesamt 2009**	**Gesamt 2010**
Anzahl der Personen / Einsendungen Gesamt (Meinungsbogen, Briefe etc.):	**231**	**322**	**270**	**333**
Patienten	202	291	250	288
Angehörige	24	24	17	26
Besucher/innen	2	6	2	1
Mitarbeiter/innen	3	1	0	3
Anonym	0	3	1	13
Fallzahl	16.954	17.258	16.854	17.304
Meinungsäußerungen (Lob, Beschwerde, Anregung)	488	510	565	1.060
%-Anteil Rückmeldungen	**2 %**	**3 %**	**3 %**	**2 %**

Wege der 332 Rückmeldungen:

- Acht telefonisch,
- Acht per E-Mail,
- Zehn per Brief,
- 305 über Rückmeldebogen,
- Bei einer wurde die Eingangsart nicht erfasst.

Kategorisierung der Rückmeldungen (Mehrfachmeldungen möglich):

Die Rückmeldungen wurden je nach Schwerpunkt (Lob, Anregung, Beschwerde) kategorisiert, wobei Mehrfachnennungen möglich waren und z. T. eine zweistufige Differenzierung, d. h. z. B. konnte „Lob Personal“

ausgewählt werden, oder konkreter „Lob Personal, insbesondere Fachwissen“. Dabei zeigen sich folgende Schwerpunkte der Rückmeldungen (Auflistung erfolgt erst ab mindestens fünf Nennungen in einem Hauptbereich):

Inhalt im Bereich	Beschwerde	Lob	Anregung
Alles war schlecht / gut	1	15	entfällt
Ausstattung - Infrastruktur z. B. Patientenzimmer	9	6	15
Behandlungsprozess, davon z. B. bezogen auf Beratung / Aufklärung und Zusammenarbeit	21	34	5
Wartezeiten	9	2	4
Komfort / Service, davon z. B. bezogen auf Sauberkeit	16	1	7
Personal, davon z. B. bezogen auf Kompetenzen, Information und Personalausstattung	53	192	7
Verpflegung, davon z. B. bezogen auf Qualität, Quantität, Wahlmöglichkeit etc.	16	37	14

Jeder Meinungsführer hat eine Rückmeldung erhalten, entweder als Dank (insbesondere bei Lob) oder auch als Entschuldigung bzw. Erklärung (insbesondere bei Beschwerden). Bei jedem Anliegen wurde sorgfältig geprüft, ob und wenn ja wie das erneute Auftreten des gleichen Problems im Vorfeld zu vermeiden ist. So wurde in vielen Fällen die Ausstattung oder die Abläufe / Prozesse verbessert oder Mitarbeiter entsprechend geschult.

AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

In 2010 standen die Vorbereitungen des Umzuges in den Neubau im Vordergrund. Hierfür haben wir die Rückmeldungen genutzt und sie fortlaufend in die Planungen der Räumlichkeiten und Prozesse einbezogen. So zum Beispiel die Wünsche unserer Patienten und Besucher bezüglich der Cafeteria.
Kleinere Reparatur – und Verschönerungsarbeiten wie Malerarbeiten, Reparatur von TV oder Fernseher oder Änderungen der Beleuchtung wurden sofort, auch in den „Altbauten“ noch umgesetzt. Der Besucherdienst durch die „Grünen Damen“ wurde ausgebaut und die Gruppen der drei Krankenhäuser zusammengeführt.
Rückmeldungen zu dem Verhalten und der Kommunikation von Mitarbeitenden wurden in Einzelgesprächen bearbeitet. Darüber hinaus wurde dieses Thema bei der Planung der Fortbildungen einrichtungsübergreifend in der AGAPLESION Akademie Heidelberg und der innerbetrieblichen Schulungsangeboten (IBF) berücksichtigt.

Ziele für das nächste Jahr

Im Februar 2011 hat der Umzug der drei Kliniken „Alten Eichen“, „Bethanien“ und „Elim“ in den Neubau am Standort Hohe Weide in Eimsbüttel stattgefunden. Dies ist ein großer Schritt und nun liegt unser Augenmerk für 2011 auf den Prozessen, die zwar vorgeplant waren, nun aber im Alltag geprüft und im Interesse unserer Patienten schnell angepasst werden müssen.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Homepage: www://d-k-h.de

AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH

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. Ende 2009 wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um den Rücklauf von Patientenmeldungen zu erhöhen. Neben den Freitext-Rückmeldebögen werden auch Zufriedenheitsbögen ausgegeben, auf denen per Kreuz eine Benotung zwischen eins und sechs zu unterschiedlichen Schwerpunkten abgegeben werden kann, wie z. B. Aufnahme, Wartezeiten, Aufklärungen, Sauberkeit, Essen und Ausstattung. Außerdem wird beurteilt, wie der Informationsstand von Pflegekräften / Ärzten zu den Patienten ist, ob sich Pflegekräfte / Ärzte insgesamt genug Zeit nehmen bzw. Fragen verständlich beantworten. 2010 wurde im Medizinischen Versorgungszentrum, einer Tochter des AKK, das Beschwerdemanagement eingeführt.

1. Zugänglichkeit
Alle stationären Patienten erhalten den Rückmelde- sowie den Zufriedenheitsbogen bei der Aufnahme. Für ambulante Patienten liegen die Rückmeldebögen in den Wartebereichen aus, in deren Nähe sich auch jeweils ein Beschwerdebriefkasten befindet. Auf dem Rückmeldebogen wird auf die Beschwerdebriefkästen, die Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse hingewiesen. Die ausgefüllten Bögen können in die Beschwerdekästen eingeworfen oder auf den Stationen abgegeben werden. An den Beschwerdekästen wird durch ein Poster auf das Beschwerdemanagement hingewiesen. Weitere Rückmeldungen gehen über E-Mail, Telefon oder den Postweg ein. Der Rücklauf der Rückmeldebögen konnte im Jahr 2010 erheblich gesteigert werden, da die Anzahl der Beschwerdebriefkästen Ende 2009 von vormals drei auf neun erhöht wurde. Außerdem wurden die Mitarbeiter/innen hinsichtlich der Bedeutung des Beschwerdemanagements für die Klinik sensibilisiert, so dass durch die direkte Ansprache der Angehörigen und Patienten die Rücklaufquote sich weiter erhöht hat.

2. Zügige Bearbeitung
Zweimal in der Woche werden die Beschwerdekästen geleert, die E-Mails täglich bearbeitet und der Anrufbeantworter abgehört. Zuständig für die Bearbeitung der Rückmeldungen ist die Qualitätsbeauftragte bzw. vertretungsweise ein Mitarbeiter der Qualitätsmanagement-Gruppe. Bei nicht anonymen Eingängen erhält der Absender zügig eine Rückmeldung per Telefon, Brief oder E-Mail. Für positive Rückmeldungen bedanken wir uns, Probleme werden, wenn möglich, gelöst. Innerhalb eines Monats erhält jeder Beschwerdeführer eine endgültige Antwort.

3. Unabhängigkeit
Alle Mitarbeiter der Qualitätsmanagement-Gruppe arbeiten unabhängig.

Altonaer Kinderkrankenhaus
Ein Unternehmen des UKE

Kontakt

Dagmar Teising
Beschwerdebeauftragte
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38
22763 Hamburg
Tel: 040 / 88 90 8 – 568
dagmar.teising
@kinderkrankenhaus.net

4. Transparenz
Die Qualitätsmanagerin berichtet regelmäßig dem Direktorium über die eingegangenen Beschwerden. Das Direktorium beschließt ggf. Verbesserungsmaßnahmen, die dann in den Einzelbereichen umgesetzt werden. Über erfolgte Verbesserungsmaßnahmen berichtet die Qualitätsmanagerin jährlich.
Das Altonaer Kinderkrankenhaus veröffentlichte 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 wurde am 17.10.2007 erstmalig nach DIN ISO 9001:2000 zertifiziert. Am 29.07.2009 erfolgte die Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 im Rahmen der Konzernzertifizierung des UKE, dem das AKK als Tochterunternehmen angehört.

AKK Altonaer Kinderkrankenhaus

Patientenrückmeldungen

2010 gingen insgesamt 615 (gegenüber 103 in 2009) Rückmeldungen bei 11.000 stationären und 40.000 ambulanten Patienten ein. Zusätzlich gingen aus dem MVZ 10 Rückmeldebögen ein.
Davon gingen 577 Rückmeldungen über die Beschwerdebriefkästen ein, 20 über den Briefweg, 18 per E-Mail und zehn per Telefon.

Über den Anstieg der Rückmeldungen sind wir sehr erfreut, da sie das Ergebnis unser Bemühungen sind, das Beschwerdemanagement zu verbessern und im Haus sichtbarer zu machen. In den Patientenrückmeldungen sehen wir ein großes Potential für die Optimierung unserer patientenorientierten Versorgung.

In der Regel wurde für die Rückmeldungen, in den Briefkästen oder über den Postweg, das bei der Aufnahme ausgeteilte oder ausliegende Formular verwendet.
Von den Rückmeldungen erfolgten 405 anonym, gegenüber 210 Bögen, die namentlich waren oder bei denen eine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse angegeben war.
Bei nicht anonymen Rückmeldungen erfolgte 72-mal eine Kontaktaufnahme per Telefon, sonst wurde eine Briefantwort formuliert.
Neben den individuellen Beschwerdebögen erhält das AKK Rückmeldung über die Zufriedenheitsbögen (Ankreuzbögen). Hier betrug der Rücklauf 806 Bögen. Weiterhin wurde Anfang 2010 eine zweiwöchige Befragung zur Speiseversorgung durchgeführt. Dabei wurden Patienten und mit aufgenommene Angehörige zur Speiseversorgung auf den Stationen und Mitarbeiter und Gäste zum Kasinoessen befragt. Der Rücklauf betrug bei der Kasinobefragung 105 Bögen (42 %) und bei der Stationsbefragung

nur 75 Bögen (21,4 %). **Kategorisierung der Rückmeldungen** Von den erfassten Meldungen enthielten 26 % nur Lob, 28 % nur Kritik sowie 46 % beides. Insgesamt betrug der Anteil der positiven Einzelpunkte 48 % gegenüber 52 % negativen, womit der Anteil der positiven Rückmeldungen gegenüber 2009 weiter angestiegen ist. Die positiven Rückmeldungen beziehen sich am häufigsten auf das Personal, kritisiert dagegen wurde vorwiegend die Ausstattung, die Speiseversorgung und teilweise die Organisation. Somit liegen unsere Bemühungen bei den Verbesserungen in diesen Bereichen. **Korrekturmaßnahmen** Auf Rückmeldungen wird je nach Sachlage mit Dank, einer Entschuldigung oder ggf. einer klärenden Antwort reagiert. Wo Korrekturmöglichkeiten erkannt wurden, werden diese, soweit möglich, umgesetzt. Nicht alle Probleme lassen sich allerdings lösen und sind teilweise durch die Klinik nicht beeinflussbar. **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten** Der Service für Patienten und Angehörige, z. B. bei der Essensversorgung, wurde durch Einstellung weiterer Serviceassistentinnen optimiert. Die Verbesserung der Ausstattung der Patientenzimmer oder der Aufenthaltsbereiche, mit neuen oder umgebauten Schränken (abschließbaren Fächern), Tischen, Stühlen / Sofas sowie Nachttischen und Leselampen für die Begleitpersonen, wurde 2009 schon begonnen und in 2010 weitergeführt. Die Stationen wurden durch Bilder und Farbfelder sowie Spielgeräte für die Spielzimmer ansprechender gestaltet. Außerdem wurden weitere Fernseher angeschafft, so dass jetzt jedes Patientenzimmer (außer im Intensivbereich) entsprechend ausgestattet ist. Im Eingangsbereich gegenüber der Information wurde ein Internet-Terminal eingerichtet, der jedem kostenlos zur Verfügung steht. Weiterhin wurde die Beschilderung zum Besucherparkplatz verbessert. Maßnahmen, die in einer Projektgruppe zur Optimierung der Abläufe in der Orthopädie erarbeitet wurden, werden sukzessiv umgesetzt. Dazu gehörten schon einzelne bauliche und organisatorische Veränderungen. Weitere Maßnahmen organisatorischer Art werden dieses Jahr noch folgen. Einzelne Maßnahmen, die sich aus der Speiseversorgung ergeben haben, wurden schon in 2010 umgesetzt, wie z. B. die freie Kombinierbarkeit der Beilagen der Menüs und die Wahl zwischen Menüs oder Salatteller. Das Verkaufsangebot im Kasino wurde mit Zeitschriften und kleinen Hygieneartikeln erweitert, da es im AKK sonst weiter keine Einkaufsmöglichkeiten gibt. Außerdem wurden einzelne Elternküchen auf den Stationen umgebaut, so dass vermehrt mit aufgenommene Angehörige ihre Mahlzeiten auf den Stationen einnehmen können und nicht ins Kasino gehen müssen.	**AKK Altonaer Kinderkrankenhaus**

Ziele für das nächste Jahr Durch weitere geplante Maßnahmen, im Bereich der Speiseversorgung und zur Reduzierung von Wartezeiten bei Untersuchungen, wird das AKK auf Patientenforderungen reagieren. Zur Optimierung der Abläufe und damit der Wartezeiten in der Notfall-ambulanz erfolgt derzeit eine Reorganisation dieses Bereiches und die Einführung einer Triage. Durch Einführung eines mobilen Kioskwagens soll das Serviceangebot verbessert werden.	**AKK Altonaer Kinderkrankenhaus**

Albertinen Krankenhaus
Albertinen-Haus

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gilt im Albertinen-Krankenhaus seit 2004. Ein patientenfreundliches Beschwerdemanagement stellt für uns ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung dar.
Im Folgenden wird stichpunktartig aufgeführt, wie das Albertinen-Krankenhaus die Kriterien der Hamburger Erklärung im Berichtsjahr 2010 umgesetzt hat:

1. Zugänglichkeit
Wir weisen über folgende Wege auf die Möglichkeit einer Beschwerdeäußerung hin:

- Die Kontaktdaten aller im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen (Telefon, E-Mail) sind im Internet veröffentlicht.
- Die aushängenden Stationsinformationen enthalten u. a. auch die Kontaktdaten des Beschwerdemanagements.
- An zentralen Stellen des Hauses sind Kästen für Meinungskarten aufgestellt. Auf den 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.
- Die Mitarbeiter der Zentrale sind über Zeiten der Abwesenheit und die Vertretungsregelung 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.

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.

3. Unabhängigkeit
Neben der Beschwerdebeauftragten sind im Haus zwei Patientenfürsprecherinnen eingesetzt. Diese unabhängigen Mitarbeiterinnen im Beschwer-

Albertinen-Krankenhaus
albertinen
in besten Händen

Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
albertinen
in besten Händen

Kundenorientiertes Beschwerdemanagement
Zertifiziert durch das Hamburger Institut für Beschwerdemanagement GmbH www.hibm.de

Kontakt

Ulrike Fuchs
Beschwerdebeauftragte
Albertinen-Krankenhaus
Süntelstraße 11 a
Haupteingang in der
Hogenfelder Str. 122
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

demanagement haben im Jahr 2010 etwa 400 Meinungskarten bearbeitet. **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. Darüber hinaus werden Auffälligkeiten z. B. Beschwerdehäufungen in einzelnen Bereichen oder zu bestimmten Themen unterjährig ausgewertet und bearbeitet. **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. **6. Unternehmenskultur** Unsere Ziele im Beschwerdemanagement sind: • Patienten, Angehörige und Besucher sollen angeregt und ermutigt 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. • Die beim Beschwerdeführer entstandene Unzufriedenheit soll abgebaut werden. 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, Umgang mit Kritik etc. besuchen. **7. Zertifizierung** Seit Ende 2009 besitzt das Albertinen-Krankenhaus ein „Zertifikat für kundenorientiertes Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen“.	**Albertinen-Krankenhaus** **Albertinen-Haus**

Rückmeldungen an das Beschwerdemanagement des Albertinen-Krankenhauses in 2010

Anzahl der Meldungen

schriftlich / mündlich	289
Meinungskarten	709
Gesamtzahl aller Meldungen	998

Absender der Meldungen

Patienten	661
Angehörige	184
Sonstige (z. B. Mitarbeiter, sonstige Kunden)	113
Ohne Angabe	40

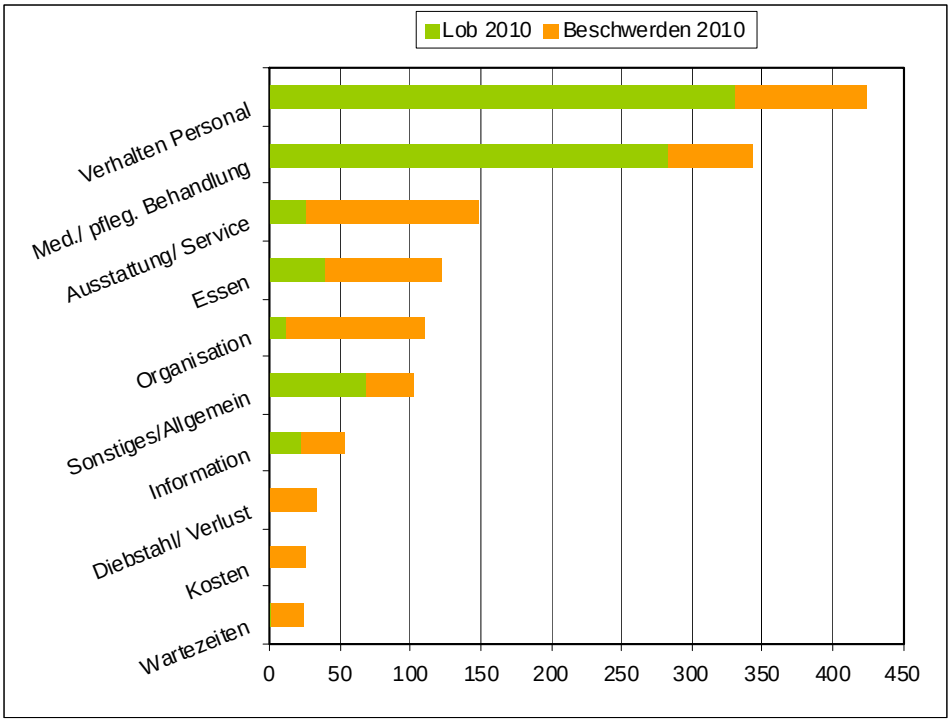
Beschwerden

in mündlicher Form	141
in schriftlicher Form	69
Gesamtzahl Beschwerden mündl. / schriftl.	210

Meinungskarten

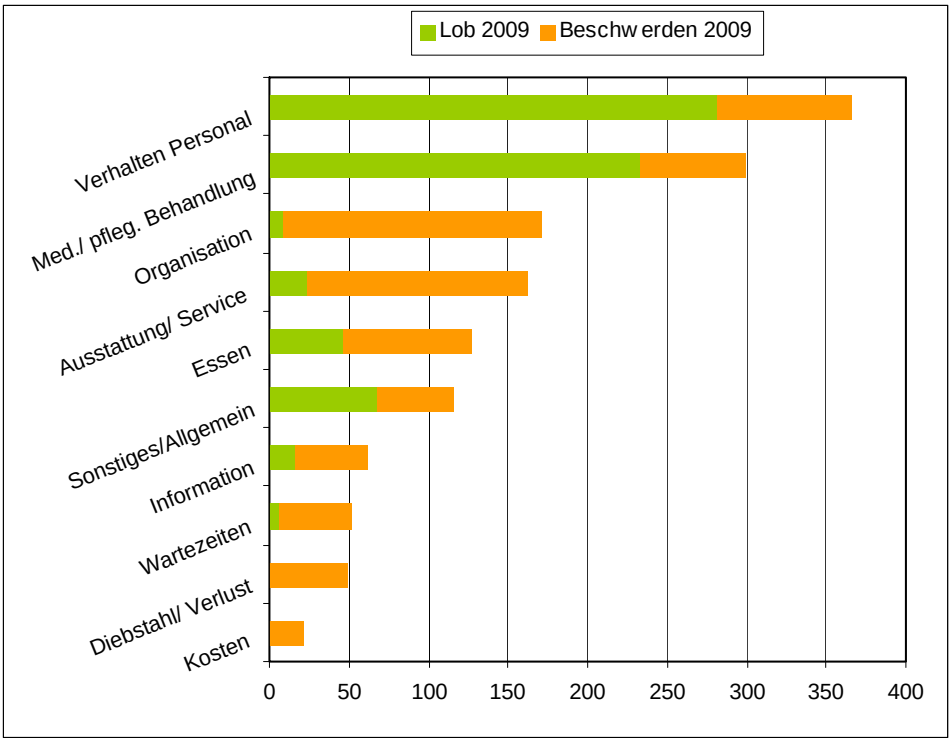
mit Lob-Äußerungen	434
mit Beschwerde-Äußerungen	307
mit Anregungen	124

(Mehrfachnennungen möglich)



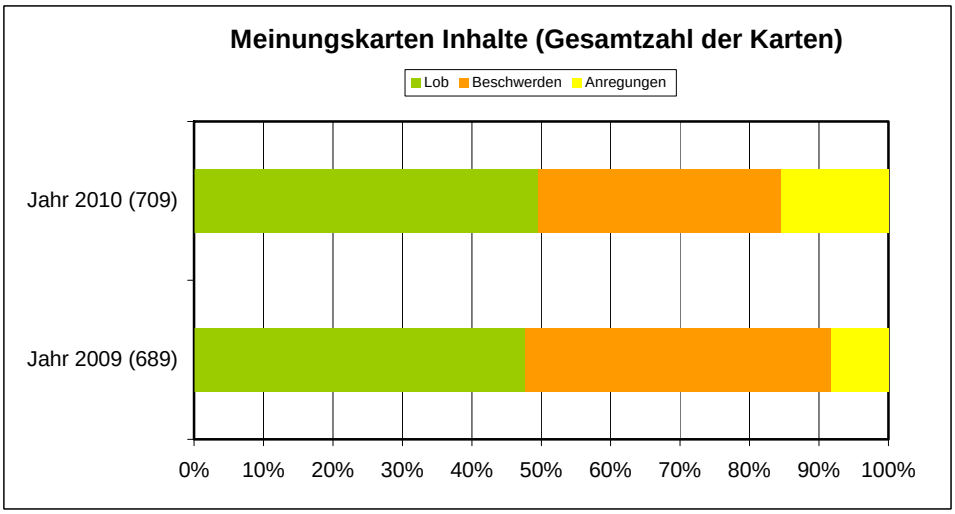
Das Diagramm des vergangenen Jahres wurde in der letzten Berichtsausgabe fehlerhaft dargestellt. Daher wird an dieser Stelle die korrekte Version eingefügt:

Albertinen-Krankenhaus
Albertinen-Haus



Albertinen-Krankenhaus
Albertinen-Haus

Die Gesamtzahl der Meldungen an das Beschwerdemanagement ist im Berichtsjahr leicht angestiegen. Dabei ist zu beobachten, dass die Anzahl der Meldungen mit Beschwerdeäußerungen rückläufig ist, die Meldungen mit Lobäußerungen und Anregungen dagegen zugenommen haben. Insbesondere beim Rücklauf der Meinungskarten zeigt sich dieser Trend recht deutlich:



Insgesamt wurden im Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus im Berichtsjahr etwa 67.000 Patienten behandelt (ca. 23.000 stationäre und ca. 44.000 ambulante Patienten).

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen Aus den Anregungen und Beschwerden haben wir zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. An dieser Stelle sollen beispielhaft einige genannt werden: • Optimierung des Prozesses der Rückverlegung / Entlassung von hilflosen Personen aus der Zentralen Notaufnahme • Verbesserung der Patienten- und Angehörigeninformation bzgl. der Ansprechpartner durch Anbringen einer großen Übersichtstafel im Bereich Innere Medizin 2 – inzwischen auf den meisten bettenführenden Stationen etabliert • Verbesserung des Aufnahmeprozesses für ambulante urologische Patienten • Einrichtung einer Palliativstation im Albertinen-Haus • Planung zur Einrichtung einer Palliativeinheit im Albertinen-Krankenhaus (seit April 2011 in Betrieb) • Änderung der elektronischen Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr (Zentrale Notaufnahme) • Reduzierung des Geräuschpegels in den Stationen durch räumliche Verlagerung der Regenerierwagen (Mittagsmahlzeiten) An den Beschwerde-Schwerpunkten des Jahres 2009 wurde intensiv gearbeitet. So sind die Beschwerden im Bereich Organisation mit Hilfe der eingeleiteten Maßnahmen (siehe Vorjahresbericht) deutlich zurückgegangen. Die Beschwerden im Bereich Ausstattung / Service konnten zum größten Teil zeitnah abgestellt werden (Reinigungsmängel, Reparaturen, Unklarheiten im Umgang mit Telefon). Bezüglich der Unterhaltsreinigung erfolgte eine Anpassung der Leistungskataloge sowie eine Intensivierung der Kontrollgänge. Darüber hinaus wurde eine Stabsstelle Service eingerichtet. Eine bessere bauliche Ausstattung, z. B. der Zentralen Notaufnahme sowie unserer Funktionsbereiche, wird sich mit Fertigstellung unseres Neubaus ergeben. Für die Übergangszeit wurden ein neuer Anstrich sowie eine Verbesserung der Ausstattung des Wartebereichs vorgenommen. Zur Unterstützung unserer Mitarbeiter bzgl. ihres Kommunikations- bzw. Konfliktverhaltens bietet unsere Albertinen-Akademie entsprechende Schulungen an (siehe unter 6. Unternehmenskultur). Um auch unsere neuen Mitarbeiter mit den Prinzipien unseres Beschwerdemanagements vertraut zu machen und sie zu einem konstruktiven Umgang mit Beschwerden zu ermutigen, wurde dieser Themenkomplex in das monatliche Schulungsprogramm integriert. Im Berichtsjahr haben wir nach Ergänzung unserer Meinungskarten um die Frage: „Würden Sie diese Einrichtung weiterempfehlen?“ nun erste Ergebnisse vorliegen. Wir freuen uns, dass die Weiterempfehlungsquote über 85 % liegt. Nach einer gründlichen Auseinandersetzung mit Bewertungen und Meinungsäußerungen in Internetportalen haben wir uns aufgrund der geringen Anzahl von Meldungen zunächst gegen die Erarbeitung eines entsprechenden Konzeptes zum Umgang mit solchen Internetportalen entschieden.	**Albertinen-Krankenhaus** **Albertinen-Haus**

Ziele für das nächste Jahr In 2011 möchten wir die Weiterempfehlungsquote von über 85 % halten, trotz der Bauphase für den neuen Funktionstrakt. Zur Reduzierung der Beschwerdemeldungen im Bereich Ausstattung / Service soll das Konzept zur Unterhaltsreinigung neu überdacht und entsprechend geändert werden. Im Bereich der Speisenversorgung streben wir eine bessere Information unserer Patienten an. Es hat sich gezeigt, dass hier Aufklärungsbedarf besteht, z. B. zum Thema Eierspeisen (Salmonellengefahr). Bei Fehllieferungen von Speisen oder Komponenten sollen systematisch „Goodies“ verteilt werden, dies geschah bislang nur punktuell.	**Albertinen-Krankenhaus** **Albertinen-Haus**

Asklepios Klinik Altona

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

1. 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 per E-Mail 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

2. Zügige Bearbeitung
Jede Beschwerde ist wichtig, wird sehr ernst genommen und sofort an den 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.

ASKLEPIOS
Klinik Altona

Kontakt

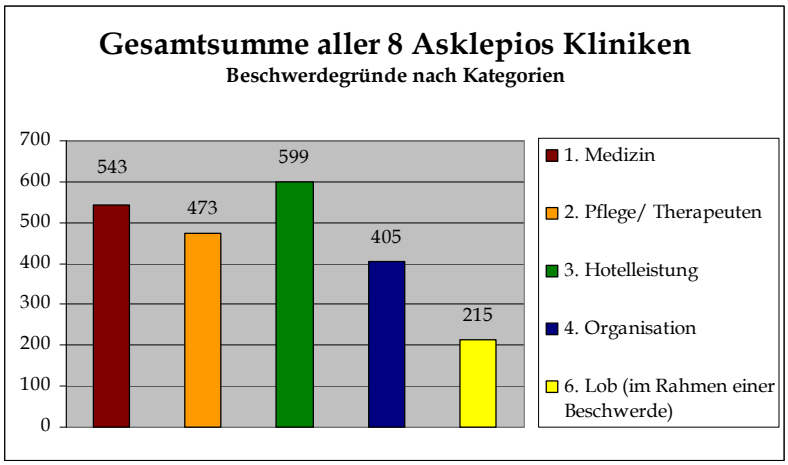
Angela Lichtner
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 81 - 2035
a.lichtner@asklepios.com

Frank Kühl
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 81 – 1012
f.kuehl@asklepios.com

Eine professionelle Beschwerdemanagement-Software wurde zur sicheren und schnelleren Bearbeitung von Beschwerden im Jahr 2008 eingeführt. **3. 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. Die Abteilung Qualitätsmanagement koordiniert eigenständig spontane oder gezielte Begehungen im Hause mit dem Ziel, Patienten, Gäste und 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. Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit über zehn Jahren eine Kooperation. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. 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. Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH.	**Asklepios Klinik Altona**

Knigge AKA Auf der Basis der Inhalte des Leitbildes sowie der Trainings zur Kundenorientierung wurde von den Mitarbeitenden ein Verhaltenscodex - ein sogenannter 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. **5. 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. 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. **6. 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.	**Asklepios Klinik Altona**

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. **7. Zertifizierung** Neben der KTQ-Zertifizierung in 2006 (KTQ Version 5.0) und Rezertifizierung in 2009 wurden folgende Auszeichnungen und Zertifizierungen vorgenommen: <u>Auszeichnungen:</u> • Topit Quality Award 2007: Kundenmanagement • Topit Quality Award 2008: Präventives Beschwerdemanagement <u>Zertifizierungen:</u> • Brustzentrum • Darmzentrum • Pankreaskarzinomzentrum • Gefäßzentrum • Onkologisches Zentrum • Stammzelltransplantation • Überregionale Stroke Unit • Überregionales Traumazentrum – Teil AKA **Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH** Von **<u>allen</u>** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen. 215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob. Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten. Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im	**Asklepios Klinik Altona**

Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.  **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten** 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. Exemplarisch seien hier nur einige der, aus Beschwerdefällen abgeleiteten, Maßnahmen in 2010 genannt: • Umsetzung eines neuen Konzepts zur Beschilderung im gesamten Krankenhaus • Weiterentwicklung der Auditarten • Renovierung einzelner Stationen mit Anbringung von Fernsehern am Patientenbett; somit kann jeder Patienten sein Programm selber bestimmen • Modernisierung einzelner Wartebereiche u. a. mit Fernsehern • Erstellung von Informationsbroschüren und -flyern • Weitere Einstellung von Service-Hostessen zur Aufnahme der Essensbestellung • Erweiterung des Angebots an Deeskalationstrainings • Erhebung von Wartezeiten in ausgewählten Bereichen • Erweiterung des Serviceangebots an der Information • Knigge-Weiterentwicklung • Dokumentenanalyse **Ziele für das nächste Jahr** Für das Jahr 2011 sind Pläne und Ziele formuliert worden, die einen großen Beitrag zur weiteren Zufriedenheit unserer Kunden leisten sollen. So werden u. a. die Ergebnisse der durchgeführten Patienten- und Einweiserbefragung einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung leisten. Darüber hinaus werden das Perinatalzentrum, das Herzkatheterlabor sowie der Zentral-OP modernisiert und weiter	**Asklepios Klinik Altona**

ausgebaut. **Fazit** Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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. Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Website unter www.asklepios.com/altona.	**Asklepios Klinik Altona**

Asklepios Klinik Barmbek

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

1. Zugänglichkeit
Das Wohlergehen der Patienten steht in der Asklepios Klinik Barmbek im Mittelpunkt des Handelns. Dafür ist es wichtig, dass die Patienten mit ihren Belangen und Anliegen Gehör finden. Aus diesem Grunde haben wir in unserer Klinik eine Kontaktstelle für Patientenanliegen eingerichtet.

Kontaktstelle für Patientenanliegen
Die Zugänglichkeit für Patienten und Besucher ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Die Beschwerden, Anliegen und Lob können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und elektronisch übermittelt werden. Das Büro der Kontaktstelle für Patientenanliegen befindet sich im Erdgeschoss der Asklepios Klinik Barmbek und ist barrierefrei zu erreichen.

Hinweise auf die Kontaktstelle für Patientenanliegen befinden sich in allen Bereichen der Klinik, die von Patienten und Besuchern frequentiert werden, in Patienteninformationsmaterialien sowie auf der Homepage der Klinik im Internet.

Die Beauftrage für Beschwerden ist namentlich benannt, Sprechzeiten und Erreichbarkeit über Telefon, Fax und E-Mail sind angegeben.
Auf die Kooperation mit der PatientenInitiative im Krankenhaus [Pi(K)] und deren Erreichbarkeit weisen wir ebenfalls hin.

Zusätzliche Instrumente
Darüber hinaus bitten wir alle Patienten und Besucher die klinikinternen **Meinugskarten** auszufüllen, die an allen Leitstellen ausliegen. Die Ergebnisse der Auswertungen für ambulante und stationäre Patienten werden regelmäßig in die behandelnden Bereiche und Abteilungen der Klinik gesandt, um auch im Verlauf eine Rückkopplung der Zufriedenheit unserer Patienten sicher zu stellen.

Auch zur Entlassung aus der Klinik werden die Patienten noch einmal erinnert und ggf. eine Meinungskarte mit portofreiem Rücksendeumschlag ausgehändigt, auf der im Ankreuzverfahren sowie per Freitext der Aufenthalt bewertet und kommentiert werden kann.

Patienten und Besucher haben die Möglichkeit, die Bewertung an den Leitstellen der Stationen und Ambulanzen, an der Informationszentrale der Eingangshalle oder direkt im Büro der Kontaktstelle für Patientenanliegen abzugeben. Sollte das Büro nicht besetzt sein, kann die Rückmeldung in den, vor dem Büro befindlichen, Briefkasten eingeworfen

ASKLEPIOS
Klinik Barmbek

Kontakt

Regina Schmitz-Gericke
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Barmbek
Rübenkamp 220
22291 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 82 – 90 12
re.schmitz@asklepios.com

werden. In den Fällen, wo aus dem ausgefüllten Freitext eine Antwort oder Stellungnahme erbeten wird erhalten unsere Patienten ein Antwortschreiben. Unmittelbar vor der Entlassung unserer Patienten führen wir nach Zufallsverfahren anhand eines strukturierten Fragebogens zusätzliche **Patienten-Interviews** durch. Hierbei ermuntern wir unsere Patienten auch aktiv Kritik zu äußern. Die anonymisierte Weiterbearbeitung der Interviewergebnisse ist dabei sichergestellt. Die zusammengefassten Auswertungen der Patienten-Interviews werden wie die Ergebnisse der o. g. Meinungskarten klinikintern versandt. Bei den Interviews sind Schwerpunkte der Befragung: ▪ Organisation und Unterbringung (z. B. Wartezeiten, Sauberkeit, Speisen, Zimmerausstattung und Entlassung) ▪ Ärztliche Versorgung ▪ Pflegerische Versorgung ▪ Kommunikation (Information über medizinische Eingriffe, Information über für den Patienten relevante Abläufe, Orientierung innerhalb der Klinik) Unsere Mitarbeiter weisen Patienten und Besucher aktiv auf die Kontaktstelle für Patientenanliegen hin. **2. Zügige Bearbeitung** Die Rückmeldungen der Patienten und Besuchern sind uns sehr wichtig. Die Bearbeitung von Kritik und Beschwerden erfolgt umgehend. Bei schriftlich eingegangenen Beschwerden erhalten die Beschwerdeführer innerhalb von ein bis zwei Arbeitstagen eine Bestätigung über den Erhalt sowie die Information über die voraussichtliche Dauer der internen Bearbeitung und den Zeitpunkt der Stellungnahme zugesandt. Die angestrebte Dauer beträgt unter zehn Arbeitstagen. Kann die angegeben Frist nicht eingehalten werden, so erhält der Beschwerdeführer eine Zwischeninformation. Sofern der Patient zum Zeitpunkt der Beschwerde noch im Krankenhaus ist, wird ein persönliches Gespräch mit ihm geführt und in Absprache mit ihm Maßnahmen, die zeitgleich zur Behebung des Problems umgesetzt werden sollen, vereinbart. Der Kontakt mit dem Beschwerdeführer bleibt bis zum Abschluss der Bearbeitung bestehen. Eine professionelle Beschwerdemanagement-Software wurde zur sicheren und schnelleren Bearbeitung von Beschwerden im Jahr 2008 eingeführt. **3. Unabhängigkeit** Die Beschwerdebeauftragte ist in ihrer Arbeit unabhängig. Sie berichtet direkt an die Krankenhausleitung und an die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung. Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit über zehn Jahren eine Kooperation. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucher-	**Asklepios Klinik Barmbek**

zentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. Transparenz** Die Verfahrensanweisung "Umgang mit Beschwerden" ist im Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt und jedem Mitarbeiter zugänglich. Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. **5. Verantwortung** Prinzipiell ist jeder Mitarbeiter unserer Klinik für die Entgegennahme von Beschwerden zuständig. Er bleibt so lange zuständig, bis das Problem gelöst ist oder ein kompetenter Ansprechpartner das Thema übernommen hat und einer Lösung zuführt. **6. 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. **7. Zertifizierungen** • KTQ-Rezertifizierung im Dezember 2010 nach dem aktuellen Katalog; die Asklepios Klinik Barmbek ist seit 2007 nach KTQ zertifiziert	**Asklepios Klinik Barmbek**

- weitere Zertifizierungen der Asklepios Klinik Barmbek :

    - Brustgesundheitszentrum
    - Darmzentrum
    - Pankreaszentrum
    - überregionale Stroke Unit
    - Schmerztherapie
    - Neonatologie - Angehörigen-freundliche Intensivstation
    - Akkreditierung der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene (DACH)
    - Duale Ausbildung (Handelskammer Hamburg)

- Mitgliedschaften, u. a.:

    - Arbeitskreis Pneumologischer Kliniken Deutschlands
    - Kardiologie im Kompetenznetz Vorhofflimmern (AFNET)
    - European Board of Urologe
    - Qualitätskliniken.de

Asklepios Klinik Barmbek

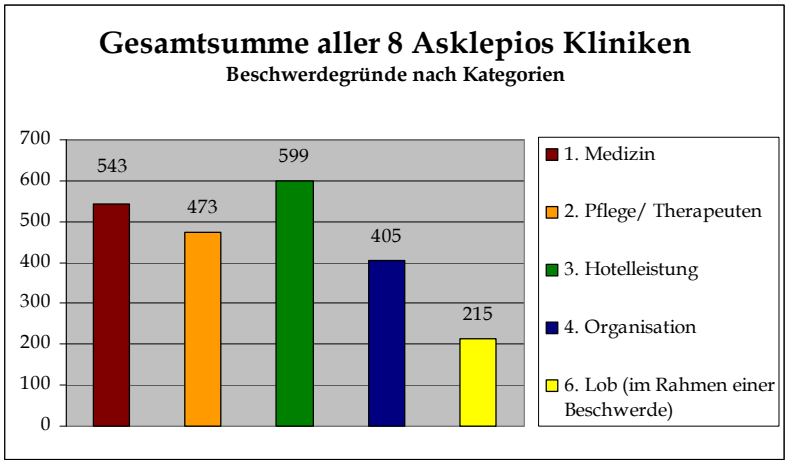
Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen.

215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob.

Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten.

Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.



Schwerpunkte der Verbesserungensmaßnahmen, Besonderheiten

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 abgeleiteten Maßnahmen in 2010 genannt: Verbesserungsmaßnahmen • Erstellung einer Patienten-Informationsmappe für alle stationären Bereiche • Neugestaltung der Internet Homepage (Relaunch) • Neugestaltung der Hausbroschüre • Neugestaltung der Ausschilderung in der AKB (Farbkonzept) • Einrichtung und Ausstattung der multidisziplinären Wahlleistungsstation • Ausweitung des Speisenangebots und des Zimmerservice • Systematische Schulung von Mitarbeiter zum Thema Kundenorientierung • Verbesserung des elektronischen Terminmanagements und systematische Verkürzung von Wartezeiten • Personelle Aufstockung der Kontaktstelle für Patientenanliegen **Ziele für das Jahr 2011 u. a.:** • Neugestaltung von Patienten-Informationsflyern (Schmerztherapie, Intensivmedizin u. a.) • Verbesserung der Befundmitgabe an die Patienten (radiologische Bilder auf CD u. a.) • Fortsetzung der Mitarbeiterschulungen zum Thema Kundenorientierung • Wartezeitmessungen in allen Ambulanzen **Fazit** Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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. Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Website unter http://www.asklepios.com/barmbek.	**Asklepios Klinik Barmbek**

Asklepios Klinik Eimsbüttel - CardioClinic

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der Asklepios Klinik Eimsbüttel - CardioCliniC seit 2005 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements umgesetzt

Das Besondere unseres Beschwerdemanagements ist die direkte Erreichbarkeit der Beschwerdebeauftragten, so dass zu 99 % alle Beschwerden sehr zeitnah bearbeitet werden und Probleme beseitigt werden können.

1. Zugänglichkeit
Nach dem Umzug in das neue Klinikum kommt jeder Patient bereits im Rahmen des Patientenmanagements mit der Beschwerdebeauftragten in Kontakt und weiß daher gleich zu Beginn seines Krankenhausaufenthaltes, an wen er sich im Falle einer Beschwerde wenden kann.

2. Zügige Bearbeitung
Jede Beschwerde wird umgehend bearbeitet.

3. Unabhängigkeit
Der Beschwerdebeauftragten in unserem Hause ist die Unabhängigkeit im Arbeitsvertrag zugesichert.

Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden.

4. Transparenz
Die Transparenz wird durch monatliche Konferenzen hergestellt. Hieran nehmen die Beschwerdebeauftragte, die Pflegedienstleitung, die Ärztliche Leitung sowie der Geschäftsführer teil.

Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH.

5. Verantwortung
Die Verantwortung für die Beschwerdeaufnahme liegt bei der Beschwerdebeauftragten. Verantwortlich für die Bearbeitung und das Abstellen eines Beschwerdegrundes sind alle Beteiligten, d. h. u. U. alle MitarbeiterInnen der Klinik.

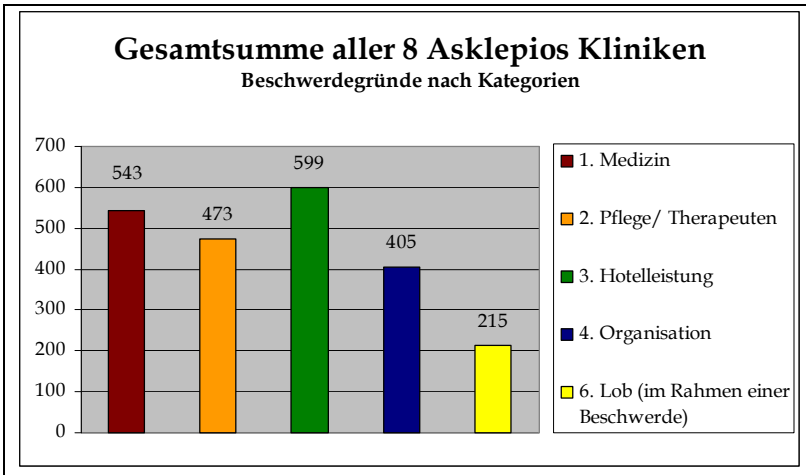
6. Unternehmenskultur
Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** unterstützt einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden. Im Sinne der Hamburger Erklärung ist es das Ziel des Unternehmens, eine nachhaltige Kundenzufriedenheit zu errei-

ASKLEPIOS
Klinik Eimsbüttel - CardioCliniC

Kontakt

Reante Welcker
Beschwerdemanagement
Asklepios Klinik Eimsbüttel – CardioCliniC
Hohe Weide 17
20357 Hamburg
Tel.: (0 40) 4 68 59-112
info.cardioclinic@asklepios.com

chen. 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 Krankenhaus-bereich 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. **7. Zertifizierung** Die Zertifizierung nach KTQ wird im laufenden Jahr erfolgen. **Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH** Von **<u>allen</u>** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen. 215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob. Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten. Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.	**Asklepios Klinik Eimsbüttel - Cardio Clinic**



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Aufgrund unseres neuen Tätigkeitsumfeldes haben sich die räumlichen Bedingungen für unsere Patienten extrem verbessert. Die vorherigen Beschwerden über bauliche Mängel unseres Altbaus sind somit kein Punkt mehr, über den gesprochen wird. Im Gegenteil, unsere ersten Erfahrungen haben gezeigt, dass die Patienten sich in den neuen, hellen, freundlichen Räumlichkeiten besonders wohl fühlen.
Die Asklepios Klinik Eimsbüttel – CardioClinic verfügt ausschließlich über Zweibett- und über Einzelzimmer. Mehrbettzimmer sind in unserem Hause nicht mehr zu finden. Unsere Patienten haben die Möglichkeit, die Cafeteria im Haus aufzusuchen, um dort mit ihren Angehörigen in angenehmer Atmosphäre Zeit zu verbringen.

Ziele für das nächste Jahr

Um unsere MitarbeiterInnen weiterhin für die Beschwerdekultur zu sensibilisieren, führen wir Inhouse-Schulungen im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen durch.
Des Weiteren werden wir die Speisenversorgung ab Herbst 2011 umstellen und verbessern können.

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Website unter www.asklepios.com/cardioclinic

Asklepios Klinik Eimsbüttel - Cardio Clinic

Asklepios Klinik Harburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der Asklepios Klinik Harburg seit 2004 mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagements strukturiert umgesetzt.
Die Weiterentwicklung der Beschwerdekultur, also die Schaffung eines Umfeldes, in dem Beschwerden mit professionellem Selbstverständnis bearbeitet werden, wird von allen Führungsverantwortlichen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Asklepios Klinik Harburg ausdrücklich gefördert.

1. Zugänglichkeit
Wir weisen über Aushänge auf die Beschwerdemöglichkeiten hin und stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten sich jederzeit telefonisch, schriftlich oder auch persönlich beschweren können.
Poster "Sind Sie mit uns zufrieden" inklusive der Kontaktdaten hängen in allen Eingangsbereichen aus.
Zudem sind die Mitarbeiter der unabhängigen Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] an drei Tagen in der Woche unter 040 / 18 18 86 – 34 78 erreichbar. Postkarten und Poster der [PI(K)] liegen auf jeder Station aus.
Mitarbeiter unseres Empfangs informieren über Beschwerdemöglichkeiten im Haus und händigen das Formular für Anliegen und Beschwerden aus.
Das Büro des Qualitäts- und Beschwerdemanagements (Hs. 6, 2. Etage) ist barrierefrei erreichbar. Die Beschwerdemanagerin ist über ein mobiles Handy erreichbar. Das Büro der [PI(K)] befindet sich auf dem selben Flur wie das Beschwerdemanagement.
Die Kontaktdaten des Beschwerdemanagements sind im Internet veröffentlicht. In der neu entwickelten Imagebroschüre der Asklepios Klinik Harburg wird auf die Ansprechpartner mit Name und Telefonnummer für den Beschwerdefall hingewiesen.
Jeder stationäre Patient erhält bei Aufnahme eine Meinungskarte, die Aussagen zu medizinischen und pflegerischen Leistungen, zu organisatorischen Aspekten und Wartezeiten ermöglicht.
Meinungskarten liegen in allen Stationen und ebenfalls am Empfang aus.
Briefkästen für den anonymen Einwurf befinden sich auf jeder Station und im Eingangsbereich nahe des Empfangs.
Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Asklepios Klinik Harburg sind für Beschwerden ansprechbar und geben gern Auskunft, nehmen Telefonkontakt zum Beschwerdemanagement bzw. der [PI(K)] auf und vermitteln einen Termin.

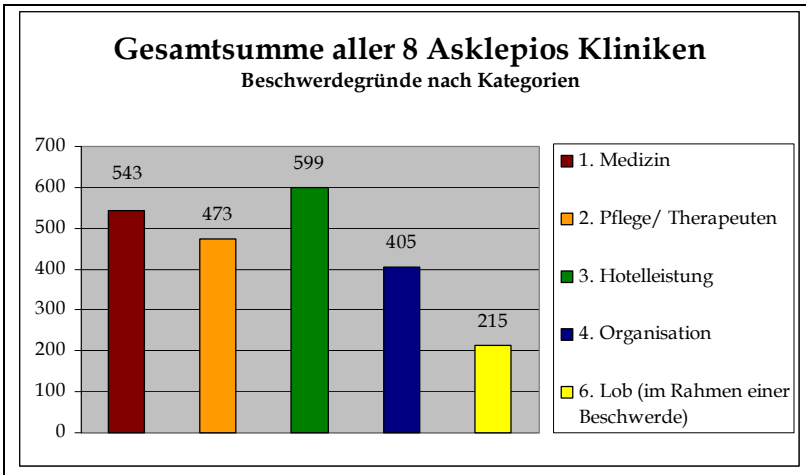
2. Zügige Bearbeitung
Die Bearbeitung der Beschwerdepunkte erfolgt zügig. Der Beschwerdeführer erhält zeitnah eine Eingangsbestätigung. Die Dauer der Bearbeitung ist von der Komplexität der Beschwerde abhängig. Akute Anliegen des Patienten werden noch während seines Aufenthaltes direkt unverzüglich bearbeitet und mit Maßnahmen begleitet.
Dabei unterstützt eine Software die Bearbeitung der Beschwerden. Diese wurde im Jahre 2010 professionell und anwenderorientiert weiter

Kontakt

Rosemarie Gerken-Livingstone
Qualitätsmanagement
Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 86 - 2297
r.gerken@asklepios.com

entwickelt. **3. Unabhängigkeit** Die Beschwerdebeauftragte bearbeitet Beschwerden nach eigenem Ermessen und folgt dabei festgelegten Abläufen, die regelhaft überprüft und weiter entwickelt werden. Zwischen der unabhängigen "Patienten-Initiative im Krankenhaus" [PI(K)] als externem Partner und den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH besteht seit mehr als zehn Jahren eine Kooperation. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Kliniken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. Transparenz** Alle Abläufe des Beschwerdemanagements sind in einem Konzept bzw. in einer Verfahrensanweisung hinterlegt. Wir stellen Transparenz her über • die Funktion der mit der Bearbeitung von Beschwerden beauftragten Personen • die Art der Beschwerdebearbeitung (Beschwerdewege, Stadium der Beschwerdebearbeitung) gegenüber dem / der Beschwerdeführer/in • das Ergebnis der Beschwerdebearbeitung • die Wirkung der Beschwerde (z. B. wurde der Fehler behoben, sind qualitative Veränderungen vorgenommen worden). Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung, über die in der Beschwerdemanagement-Software erfassten und ausgewerteten Beschwerden, an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH und an die Geschäftsführung der Asklepios Klinik Harburg. **5. Verantwortung** Das Beschwerdemanagement ist Teil des Qualitätsmanagements und direkt der Geschäftsführung der Asklepios Klinik Harburg unterstellt. Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden beauftragt sind, sind klar definiert, schriftlich fixiert und in einer Vereinbarung geregelt. **6. 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	**Asklepios Klinik Harburg**

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. **7. Zertifizierung** Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements. Hierüber wird im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V und / oder im Hamburger Krankenhausspiegel (www.hamburger-krankenhausspiegel.de) informiert. Die Asklepios Klinik Harburg ist seit 2006 nach KTQ® 5.0 zertifiziert und wurde 2009 erfolgreich rezertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden Beschwerdemanagementsystems und wurde in der Asklepios Klinik Harburg durch die Visitoren der KTQ® sehr positiv bewertet. **Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH** Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen. 215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob. Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten. Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.	**Asklepios Klinik Harburg**



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Aus den Hinweisen der Patienten konnten Verbesserungsmaßnahmen in der Organisation von Abläufen, Hotel- und Serviceleistungen sowie Ausstattung initiiert und umgesetzt werden.
Aus direkten Gesprächen zwischen Beschwerdeführern und Abteilungsleitungen wurden Optimierungen im Aufnahmeprozess sowie in der Überleitung in nachsorgende Einrichtungen umgesetzt.
Zur Verbesserung des Patientenkomforts und der Verbesserung von patientenorientierten Abläufen wurden mehrere Baumaßnahmen, z. B. in der Kardiologie und dem Beatmungszentrum der Lungenabteilung durchgeführt.
Mehrere hundert Nachtschränke wurden zusätzlich angeschafft. Es wurde ein Qualitätszirkel "Wäscheversorgung" eingerichtet.
Die Müllsammelstelle mit mehreren Containern wurde verlagert (entfernt vom Bettenbereich).

Ziele für das nächste Jahr

Im Jahr 2011 gilt es, die Verbesserungen zu konsolidieren und weitere Prozessoptimierungen einzuleiten. Die Herausforderungen im neuen Jahr liegen vor allem in der Optimierung von Prozessabläufen, einer Verbesserung der Information und Kommunikation.
Selbstverständlich stehen auch in 2011 alle Wege für Beschwerden und Lob über die Leistungen der Asklepios Klinik Harburg allen interessierten Personen offen.

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Website unter http://www.asklepios.com/harburg

Asklepios Klinik Harburg

Asklepios Klinik Nord

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

1. 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 Briefkästen auf jeder Station in der Klinik, in die 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 Rücklauf konnte 2010, insbesondere im Bereich der Psychiatrie, deutlich gesteigert werden.

Der Beschwerdebeauftragte ist erreichbar per Post, Fax, E-Mail, Telefon (bei Abwesenheit AB) und persönlich (nach Vereinbarung). Die Kontaktdaten des Beschwerdebeauftragten sind veröffentlicht:

- Auf der Homepage der Klinik
- Auf der Homepage der Stadt Hamburg (www.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.

2. Zügige Bearbeitung
Auf eine schriftliche Beschwerde folgt eine Kurzantwort innerhalb von zwei 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.
Eine professionelle Beschwerdemanagement-Software wurde zur sicheren und schnelleren Bearbeitung von Beschwerden im Jahr 2010 eingeführt.

3. Unabhängigkeit
Der Beschwerdebeauftragte bearbeitet Beschwerden nach eigenem Ermessen gemäß der Verfahrensanweisung der AK Nord zum Beschwerdemanagement. Er informiert und berät sich mit dem Direktorium regelhaft

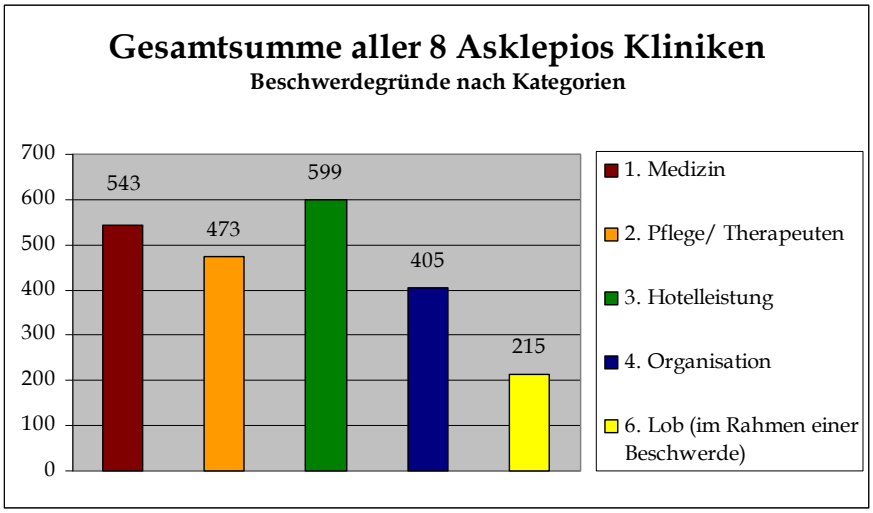
ASKLEPIOS
Klinik Nord

Kontakt

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

monatlich und bei Bedarf. Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit über zehn Jahren eine Kooperation. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Kliniken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. 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. Des Weiteren erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. **5. 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 **6. 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	**Asklepios Klinik Nord**

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. **7. Zertifizierung** Beide Betriebsteile der Asklepios Klinik Nord (Ochsenzoll und Heidberg) wurden 2008 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagement-Systems. Im Januar 2011 erfolgte die Rezertifzierung nach KTQ in der Version 2009. **Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH** Von **<u>allen</u>** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen. 215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob. Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten. Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.	**Asklepios Klinik Nord**



Schwerpunkt der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Maßnahmen wurden vorwiegend im Beschwerdemanagement selbst und bei baulichen und infrastrukturellen Anliegen identifiziert bzw. umgesetzt. Beschwerden über Lärmbelästigungen aufgrund von Anlieferverkehr in den Morgenstunden oder Streu- oder Laubsaugerarbeiten konnten durch gezielte zeitliche Verschiebungen geklärt werden. Zweimal wurden auf Grund von Patienten-Beschwerden Reparaturarbeiten durchgeführt.

Neben dem stationären Bereich, wurde 2010 auch der ambulante Bereich mit Meinungskarten ausgestattet. Wobei die spezifischen Eigenheiten der Ambulanzen Berücksichtigung fanden. So hatten v. a. Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz, der Suchtambulanz und der Ambulanzen Augen, HNO, ZNA, Gynäkologie, MKG, der Zahnklinik Ochsenzoll und des Interdisziplinären Zentrums Heidberg Gelegenheit, sich gezielt zu äußern.

Ziele für das nächste Jahr

Ein wichtiges Ziel für 2011 ist die Implementation des Patientenbeschwerdemanagements an dem neuen Standort Wandsbek der Asklepios Klinik Nord.

Für 2011 ist eine weitere Steigerung im Rücklauf von Meinungskarten geplant. Zudem sind im Bereich der Patientenkommunikation Maßnahmen vorgesehen. So werden in einigen Ambulanzbereichen neue Informations-Flyer zur Information elektiver Patienten bereitgestellt.

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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

Asklepios Klinik Nord

und -bindung zu steigern. Der Beschwerdebericht 2010 der Asklepios Klinik Nord kann auf der Website der Klinik unter www.asklepios.com/nord eingesehen werden.	**Asklepios Klinik Nord**

Asklepios Klinik St Georg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird in der Asklepios Klinik St. Georg seit 2004, mit der Zielsetzung eines patientenfreundlichen Beschwerdemanagments, umgesetzt.

1. Zugänglichkeit
Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. In der Asklepios Klinik 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 Informationsposter auf Beschwerdemöglichkeiten (intern und extern) hin und bieten auf jeder Station einen „grünen Briefkasten“ 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 erhalten die Patienten bei der Aufnahme eine Meinungskarte, die eine anonymisierte, kurze Rückmeldung ermöglicht. Diese Karten können in einen speziell dafür angebrachten "Briefkasten" auf jeder Station eingeworfen oder auf dem Postweg zugeschickt werden.

2. Zügige Bearbeitung
In der Asklepios Klinik St. Georg wird jede Beschwerde priorisiert behandelt. Alle Beschwerdeführer erhalten unverzüglich schriftlich, persönlich oder telefonisch Nachricht über den Eingang und das weitere Procedere der Bearbeitung und Beantwortung ihrer Beschwerde. Fallbezogen wird ein persönliches Gespräch mit der Beschwerdebeauftragten angeboten. Die Bearbeitungszeit bis zur Lösung der Beschwerde soll, auch in komplexen Fällen, eine bis sechs Wochen betragen. Eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden dem Beschwerdeführer mitgeteilt.

Mündliche Rückmeldungen werden sofort aufgenommen und bearbeitet. Die Rückmeldung erfolgt telefonisch, durch aktives Aufsuchen des Beschwerdemanagements und durch persönliche Besuche bei stationär aufgenommenen Patienten direkt vor Ort.

Eine professionelle Beschwerdemanagement-Software wurde zur sicheren und schnelleren Bearbeitung von Beschwerden im Jahr 2010 eingeführt.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement wird über die Beschwerdebeauftragte der Asklepios Klinik St. Georg koordiniert und bearbeitet.
Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

ASKLEPIOS
Klinik St. Georg

Kontakt

Susanne Kühn
Koordinatorin für das Beschwerdemanagement
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 85 – 2335
Fax: 040 / 18 18 85 - 3691
s.kuehn@asklepios.com

seit über zehn Jahren eine Kooperation. Hier finden regelmäßige Treffen pro Quartal statt und eine Einbindung in die Kommunikationskette bei Patientenbeschwerden, die über die [PI(K)] zugeleitet werden. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. Transparenz** Die Funktion des Beschwerdemanagements ist den Mitarbeitern im Haus bekannt. Der Weg der Beschwerdebearbeitung ist durch eine Verfahrensanweisung strukturiert und kommuniziert. Bei Unklarheiten bietet das Beschwerdemanagement Beratung und Unterstützung an. Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. **5. Verantwortung** Die Pflichten und Aufgaben sowie der Kompetenzrahmen des Beschwerdemanagements sind über den Geschäftsführenden Direktor definiert und übertragen. **6. 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.	**Asklepios Klinik St. Georg**

7. Zertifizierung

Zur Zeit bereitet sich die Asklepios Klinik St. Georg auf die Zertifizierung der Organisationseinheiten Dermatologie sowie Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum / Interdisziplinäres Wirbelsäulenzentrum Hamburg nach KTQ vor. Bisher anerkannt bzw. zertifiziert sind:

- Neurologie: Stroke-Unit zertifiziert durch die LGA InterCert
- Nuklearmedizin: Zertifizierter Kooperationsartner des Brust-zentrums Hamburg durch die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. OnkoZert
- NRZ KISS: Zertifikate über Qualititässicherung in der Kranken-haushygiene für die Module Onko-Kiss, ITS-Kiss und OP-Kiss
- Neurologie: Zertifizierung des neuromuskulären Zentrums Hamburg durch die DGM
- Innere Medizin: Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft
- Chest-Pain-Unit: Zertifiziert gem. den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
- Chirurgisch Traumatologisches Zentrum: Anerkennung als über-regionales Traumazentrum gem. den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Hamburger Traumanetzwerk.

Asklepios Klinik St. Georg

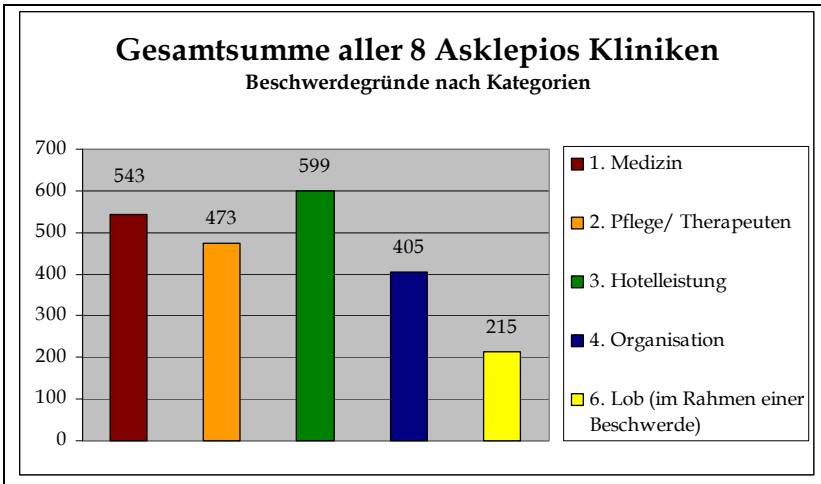
Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen.

215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob.

Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten.

Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Zahlreiche Rückmeldungen zur baulichen Situation der Asklepios Klinik St. Georg waren durch die Um- und Neubausituation bedingt. Hierüber wurden die Patienten, Angehörigen, Besucher und Mitarbeiter regelmäßig informiert. Um auf Beschwerden zu den baulichen Maßnahmen während der Interimslösungen reagieren zu können, wurden zahlreiche Vor-Ort-Begehungen und ein Qualitätszirkel Reinigung, zusätzlich zu dem bereits bestehenden Qualitätszirkel Speisenversorgung, etabliert. Dieser trifft sich in regelmäßigen Abständen um Verbesserungsmaßnahmen aus den Beschwerden ableiten und umsetzen zu können.

Ziele für das nächste Jahr

Zum kontinuierlichen Ausbau des Beschwerdemanagements werden in 2011 persönliche Patienteninterviews auf den Stationen geplant. Zusätzlich werden Vorschläge und Ideen von den Patienten, Angehörigen, Besuchern und Mitarbeitern in einem neu etablierten Zirkel diskutiert und als Maßnahmen abgeleitet.

In 2011 ist zusätzlich eine neue Meinungskarte geplant, die elektronisch auswertbar ist und hieraus Maßnahmen direkt ableitbar sein werden. Dies wird dann intern und extern kommuniziert. Weiterhin werden In-House-Gespräche auf den Stationen mit den Mitarbeitern, bezüglich Deeskalation von Beschwerdesituationen sowie präventiver Umgang mit Kritik von Angehörigen und Patienten, durchgeführt.

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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

Der Beschwerdebericht 2010 der Asklepios Klinik St. Georg kann auf der Website der Klinik unter www.asklepios.com/sanktgeorg eingesehen werden.	**Asklepios Klinik St. Georg**

Asklepios Klinik Wandsbek

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit 2002 wird in der Asklepios Klinik Wandsbek ein patientenfreundliches Beschwerdemanagement umgesetzt, welches seit Juli 2008 durch die in der Hamburger Erklärung festgelegten Zielsetzungen geprägt ist.

1. Zugänglichkeit
Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden.
Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und per E-Mail übermittelt werden.
Jeder Patient erhält bei Aufnahme das Formular „Patientenkommentar".
Das Formular kann auch aus dem Internet geladen werden.
Informationskarten der Patienten-Initiative im Krankenhaus [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 in den Briefkasten in der Eingangshalle eingeworfen werden.
Auch anonym geschilderte Verbesserungspotentiale werden auf Umsetzbarkeit geprüft.

2. Zügige Bearbeitung
Jeder Beschwerdeführer erhält in der Regel zeitnah eine Eingangsbestätigung und eine Angabe zur weiteren Bearbeitungsdauer. Diese beträgt selten länger als zwei Wochen. In 2010 haben wir begonnen, Sachverhalte durch direkte telefonische Kontakte zu den Beschwerdeführern zeitnah zu konkretisieren. Lösungen, der uns angetragenen Beschwerden, können dadurch teilweise schon am selben Tag gefunden werden.
Eine professionelle Beschwerdemanagement-Software wurde zur sicheren und schnelleren Bearbeitung von Beschwerden im Jahr 2010 eingeführt.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement ist organisatorisch keiner patientenversorgenden Abteilung zugeordnet. Jede Beschwerde wird im Qualitätsmanagement aufgenommen und im Hinblick auf Verbesserungshinweise ausgewertet.
Die Recherche des Beschwerdemanagements erfolgt unabhängig. Die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Abteilung geben ihre Stellungnahmen zu der Beschwerde ab und erhalten die Antwort des Beschwerdemanagements an den Beschwerdeführer zur Kenntnis. Dies gilt auch für Beschwerden, die nach genauer Prüfung kein Verbesserungspotential aufzeigen.
Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit über zehn Jahren eine Kooperation.
Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

ASKLEPIOS
Klinik Wandsbek

Kontakt

Marco Tergau
Beschwerdebeauftragter
Asklepios Klinik Wandsbek
Alphonsstraße 14
22043 Hamburg
Tel: 040 / 18 18 83 – 22 32
m.tergau@asklepios.com

geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. Transparenz** Die Mitarbeiter werden in halbjährlichem Abstand vom Beschwerdemanagement über die Entwicklung in Form eines Meinungsbildes 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. Es erfolgt eine halbjährliche Berichterstattung über die erfassten und ausgewerteten Beschwerden an die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. **5. Verantwortung** Die Führungskräfte haben den Stellenwert des Beschwerdemanagements zur Kundenorientierung und Kundenbindung erkannt und den Mitarbeitenden der Klinik vermittelt. Für die Durchführung und zeitnahe Information der Klinikleitung ist das Qualitätsmanagement verantwortlich. **6. 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.	**Asklepios Klinik Wandsbek**

7. Zertifizierung

Die Asklepios Klinik Wandsbek ist seit 2008 nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert und wurde in 2011 rezertifiziert.

Darüberhinaus wurden folgende Zertifizierungen erreicht:

- Gefäßzentrum
- Regionale Stroke Unit (Re-Zertifizierung)

Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagement-Systems.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Beschwerde-, aber auch Lobschreiben, werden zur Verbesserung der Abläufe genutzt. Aus den Beschwerden werden systematisch Verbesserungspotentiale abgeleitet.

Beispiele für aus Beschwerden umgesetzte Verbesserungen:

- Optimierung der Parksituation für Behinderte und Erhöhung der Anzahl von Mutter-Kind-Parkplätzen
- Information über anstehende Baumaßnahmen
- Durchsetzung der Einhaltung von Ruhezeiten im Rahmen der umfangreichen Baumaßnahmen.
- komplette Neukonzeption der Beschilderung
- Erstellung von Informationsbroschüren und -flyern
- Verbesserung des Aufnahmeprozesses
- Durchführung von Deeskalationstrainings für die Mitarbeitenden
- Beschwerdegespräche können in ungestörter Atmosphäre stattfinden
- Anpassung von Reinigungsplänen

Ziele für das nächste Jahr

- Ermutigung aller bereits während des klinischen Aufenthaltes Beschwerden zu äußern, um Verbesserungen unmittelbar umzusetzen.
- Umsetzungen von Verbesserungspotentialen aus der Patienten- und der Einweiserbefragung 2010
- Weitere Verkürzung von Wartezeiten
- Weitere Verbesserungen des Entlassungsmanagements
- Weitere Verbesserungen in der Ausstattung der Aufenthaltsräume für Patienten mit ihren Besuchern
- Berücksichtigung der individuellen Mengenbedürfnisse von Mann und Frau bei der Beköstigung der Patienten
- Einführung von Sicherheitsarmbändern zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Weitere Ablaufverbesserungen nach Bezug des Neubaus der Zentralen Notaufnahme

Asklepios Klinik Wandsbek

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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

Der Beschwerdebericht 2010 der Asklepios Klinik Wandsbek kann auf der Website http://www.asklepios.com/wandsbek eingesehen werden.

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

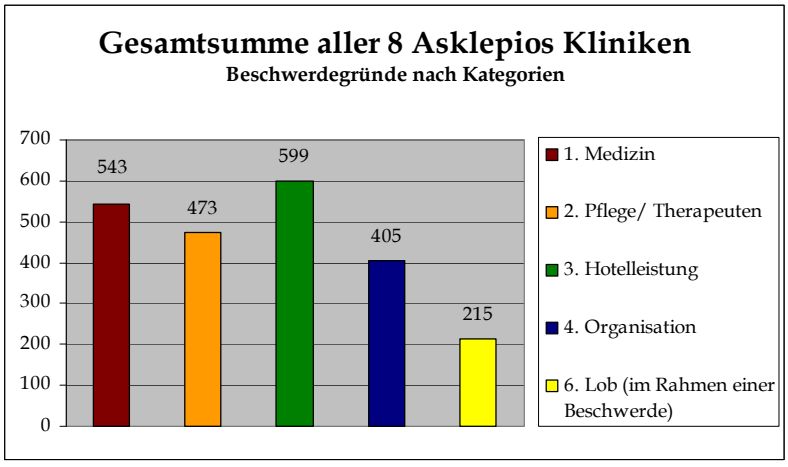
Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen.

215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob.

Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten.

Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.



Asklepios Westklinikum Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

1. Zugänglichkeit
Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich vor allem niedrigschwellig angelegt und nicht an Formerfordernisse oder andere Einschränkungen gebunden. Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich, per E-Mail oder über ein Formular „Lob und Tadel" auf der Homepage 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, [PI(K)]-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).

2. Zügige Bearbeitung
Bei der 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 (max. 15 Arbeitstage nach versandt der Eingangsbestätigung).

3. Unabhängigkeit
Die Beschwerdebeauftragte des Asklepios Westklinikums arbeitet unabhängig. Sie ist als QM- Beauftragte der Geschäftsführung des Hauses als Stabsstelle zugeordnet und berichtet regelmäßig über aktuelle Beschwerden.

ASKLEPIOS
Westklinikum Hamburg

Kontakt

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

Darüber hinaus besteht seit Juli 2007 zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] als externem, unabhängigen Partner und dem Asklepios Westklinikum Hamburg eine Kooperation. Im Jahr 2007 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH geschlossen, so dass den Klinken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden**.** Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für a l l e Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwölf Beschwerden. **4. 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 GmbH anhand eines einheitlichen Meldeformulars. **5. 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! Die Mitarbeiter sind angewiesen, in Beschwerde- und Konfliktfällen vor Ort die Beschwerdebeauftragte hinzuzuziehen, wenn eine Situation schwer zu regeln ist. Bei Beschwerden der Abteilungen Psychiatrie und Psychosomatik erfolgt direkt nach ihrer Aufnahme die direkte Absprache mit den Abteilungsleitern über das weitere Vorgehen. Ziel ist, das Vorgehen der Beschwerdebearbeitung auf das gesamttherapeutische Konzept abzustimmen. **6. 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	**Asklepios Westklinikum Hamburg**

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.

7. Zertifizierung
Das Asklepios Westklinikum Hamburg ist seit 2004 nach KTQ zertifiziert. Die zweite Rezertifizierung hat im Oktober 2010 nach dem Manual 2009 stattgefunden.

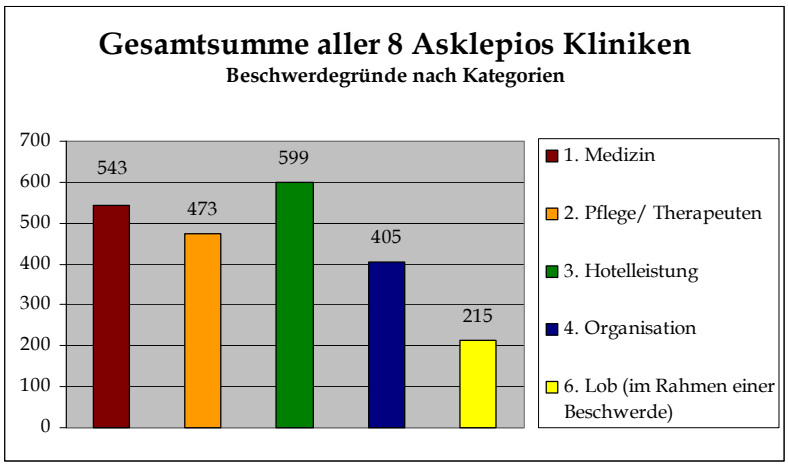
Patientenrückmeldungen – Gesamt AKHH

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1401 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2020 Beschwerdegründe vorgetragen.

215 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob.

Trotz erhöhten Patientenaufkommens und Beschwerdestimulation ist die Zahl der Beschwerdeführer damit gegenüber dem Berichtszeitraum 2009 leicht gesunken. Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,28 % aller Patienten.

Die Verteilung der Beschwerdegründe auf die einzelnen Kategorien ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben.



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Die umfassendste Verbesserungsmaßnahme ist die Veränderung des Verpflegungsmanagements in der klinikeigenen Küche und Cafeteria. Der Speiseplan wurde vollständig überarbeitet und es wurden Aktionswochen mit Spezialgerichten eingeführt. Die Cafeteria-Öffnungszeiten wurden verlängert und das Angebot der Cafeteria erweitert.

Patienten der Abteilung für Integrative Medizin haben die Möglichkeit gegen einen Aufschlag von 3 Euro / Tag ein biologisch erweitertes

Asklepios Westklinikum Hamburg

Speisenangebot zu erhalten. Eine Beschwerde in der Zentralen Aufnahme, in der ein Patient gefühlt viel zu lange gewartet hat, hat dazu geführt, dass die Verfahrensanweisung zur Ersteinschätzung überarbeitet wurde. Alle Patienten erhalten jetzt bei Aufnahme eine orange (10 Minuten), gelbe (30 Minuten), grüne (90 Minuten) oder blaue (120 Minuten) Karte und damit verbunden eine Rückmeldung zu ihrer längsten Wartezeit. Die Rückmeldung von Patienten der Gefäßchirurgie zur Lärmbelästigung, durch die jungen Patienten der Station für Essstörungen in lauen Sommernächten, führte dazu, dass für diese Patienten ein eigener Außenbereich mit Strandkörben und Tischtennisplatte hinter dem Haus angelegt wurde. Unverständliche Telefontarife wurden transparent gemacht durch eine dezidierte Aufstellung der Kosten im Rahmen einer Patienteninformation, die bei Bedarf jederzeit aus dem Intranet ausdruckbar ist. Es wurde ein leiserer Laubsauger angeschafft, nachdem sich Patienten der Psychosomatischen Abteilung über das therapiestörende, laute Geräusch beklagt hatten. In der Röntgenabteilung wurden kleine rote Säckchen für Patienten-Wertsachen, insbesondere Schmuck und Uhren, eingeführt, die während der Untersuchung abgelegt werden müssen. Ein Patient hatte sich darüber beschwert, dass das Asklepios Westklinikum nicht an der online-Rückmeldemöglichkeit „medmonitor" teilnimmt; dies wurde verändert. Es wurde ein Rückmeldebogen für tagesklinische Patienten entworfen, der im Moment in der Tagesklinik Ulmenhof angewandt wird. Intern wurde der Umgang mit Beschwerden zu Privatliquidationen geregelt. **Ziele für das nächste Jahr** Folgende Ziele hat sich das Beschwerdemanagement des Asklepios Westklinikum Hamburg für das nächste Jahr gesetzt: • Bessere Beschilderung des Weges zum Beschwerdemanagement innerhalb der Klinik • Mehr Hinweise auf das Beschwerdemanagement in Form von Aushängen innerhalb der Klinik • Ausweisen von Sprechzeiten an der Tür der Beschwerdebeauftragten • Erstellung einer Klinikbroschüre mit Darstellung des Beschwerdemanagements • Veränderung der internen Kommunikationsstruktur bei Beschwerden: Direkte Kommunikation zwischen den Bereichen, in denen es zu einer Beschwerden gekommen ist und der Beschwerdebeauftragten; ggf. gemeinsame Gespräche mit den Vorgesetzten	**Asklepios Westklinikum Hamburg**

Fazit

Die **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** versteht sich als lernende Organisation, die den Prozess des Beschwerdemanagements wiederum im Sinne der Unternehmensphilosophie **Qualität, Innovation und soziale Verantwortung** 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.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Website unter http://www.asklepios.com/hamburgrissen

Asklepios Westklinikum Hamburg

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Eine zentrale Beschwerdestelle im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) besteht seit zehn Jahren. Seit dem Jahr 2005 wird durch das BUKH die Hamburger Erklärung unterschrieben. Ebenfalls in diesem Jahr erfolgte erstmals die Zertifizierung nach KTQ. Das Ideen- und Beschwerdemanagement (I-BM) des BUKH wurde bei der Geschäftsführung angesiedelt und eine Struktur entwickelt, mit deren Statistik vierteljährlich aussagekräftige Auswertungen vorgenommen werden. In der Mitarbeiterzeitung wurden die Beschwerdewege bekannt gemacht und verdeutlicht, dass Ideen, Anregungen und auch Beschwerden Möglichkeiten darstellen, Abläufe zu optimieren und sich zu verbessern. Zu den vier an zentralen Orten vorhandenen Posteinwurfkästen wurde eine E-Mail-Adresse eingerichtet und der „Meinungsbogen“ mit dem Slogan „Ihre Meinung ist uns wichtig!“ wird u. a. jedem Patienten mit den Aufnahmepapieren überreicht. Die Möglichkeit, sich telefonisch oder persönlich auch an die Patientenfürsprecherinnen zu wenden, wurde auf dem Meinungsbogen sowie durch Plakate bekannt gemacht. Seit langem geben inzwischen auch die Mitarbeiter/innen die Durchwahltelefonnummer der im I-BM tätigen Mitarbeiterinnen gern weiter.

1. Zugänglichkeit
Mit dem „Meinungsbogen“ und den Plakaten der Patientenfürsprecherinnen wird über die Möglichkeiten, telefonisch, schriftlich oder persönlich Anliegen vorzubringen, informiert und zur Nutzung ermuntert.

2. Zügige Bearbeitung
Es war auch im Jahre 2010 fast immer möglich, innerhalb von drei Werktagen mindestens eine Zwischennachricht an den Beschwerdeführer zu geben. Die Bearbeitungszeit bis zum endgültigen Abschluss von Vorgängen variiert und betrug im Jahr 2010 durchschnittlich 5,5 Tage.

3. Unabhängigkeit
Für die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen des I-BM wurden klare Richtlinien aufgestellt. Sie tauschen sich außerdem mit den beiden ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen aus.

4. Transparenz
Das I-BM ist den Mitarbeiter/innen des BUKH bekannt. Es erfolgt eine vierteljährliche Auswertung mit Erläuterungen der dokumentierten Eingaben. Die Patientinnen und Patienten erhalten mit der Eingangsbestätigung die Mitteilung, welche Abteilung oder Person mit der Prüfung oder Behebung des Anliegens beauftragt wurde. Mit der endgültigen Antwort werden Patienten und ggf. involvierte Mitarbeiter/innen über das Prüfungsergebnis und / oder eingeleitete Maßnahmen informiert. Über das Jahr 2008 wurde durch die HKG erstmals der jährliche Bericht des BUKH über die Tätigkeiten des I-BM veröffentlicht.

Kontakt

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

5. Verantwortung
Mit den Zertifizierungsberichten KTQ und qu.int.as wurden die Pflichten sowie Befugnisse der Mitarbeiterinnen des I-BM sowie der Patientenfürsprecherinnen und die Abläufe definiert und schriftlich fixiert.

6. Unternehmenskultur
Die durch Beschwerden entstehenden Verbesserungschancen sind den Mitarbeiter/innen des BUKH bewusst. Die Beschwerdekultur wird im Rahmen von Rezertifizierungen als auch mit Hilfe des zur Zeit in der Aktualisierung befindlichen Leitbildes laufend optimiert.

7. Zertifizierung
Das BUKH hat im Jahre 2008 erneut die KTQ- und qu.int.as-Zertifizierung bestanden. Im Jahr 2011 werden Rezertifizierungen vorgenommen.

Anzahl der Patientenrückmeldungen im Jahr 2010

Das I-BM des BUKH erhielt im Jahr 2010 von 415 Patienten 790 Eingaben. Zu ca. 95 % wurde der Meinungsbogen verwendet. Weitere 100 Eingaben erhielt das I-BM überwiegend von Patientenangehörigen, selten von Kostenträgern mit Rückfragen zu Berichterstattungen, anonymen Absendern oder Mitarbeitern/innen. Die gesamten 890 Eingaben gliedern sich in 101 Anregungen, 416 Beschwerden und 373 Lobe. Die Anzahl der Patienteneingaben stieg in den Jahren 2005 bis 2008 kontinuierlich an. Im Jahr 2010 ist im Vergleich zum Jahr 2009 erstmals ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Kategorisierung der Rückmeldungen

Auswertung der Eingänge im Ideen- und Beschwerdemanagement

2010					**(Vergleich 2009)**	
	Beschwerde	**Lob**	**Anregung**	**Beschwerde**	**Lob**	**Anregung**
Umgangston / -art	37	89	4	43	116	1
Raucherproblem	15	0	2	14	0	3
Verpflegung	65	55	20	41	66	20
Berichterstattung	27	0	0	47	0	0
Versorgung	30	172	9	61	158	11
Organisation	60	6	8	58	9	9
Wartezeit	32	1	0	44	0	1
Hygiene	22	15	6	29	13	4
Sonstiges	90	2	40	95	4	75
Unterbring. / Ausstattg.	38	33	12	50	39	7
	416	**373**	**101**	**482**	**405**	**131**

Die Eingaben zum Umgangston und zur Versorgung bezogen sich in erster Linie auf Leistungen von ärztlichen, pflegerischen sowie

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

therapeutischen Mitarbeitern/innen. **Korrekturmaßnahmen und Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten** Das I-BM beantwortete sämtliche Anliegen der Patienten. Die Patientenfürsprecherinnen führten systematisch Beratungen von Mitarbeitern/innen des Pflegedienstes zur Annahme von Beschwerden durch. Aufgrund von Beschwerden über Zigarettenrauchbelästigung wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Zuletzt wurde Ende des Jahres die in der Eingangshalle abgetrennte Raucherzone geschlossen, was allerdings daraufhin zu Beschwerden von Rauchern führte sowie zu Bedenken hinsichtlich des heimlichen Rauchens an riskanten Orten. Das I-BM informierte die „AG Küche“ über die Lobe der Mittagsverpflegung, während die Negativkritiken in erster Linie ein „eintöniges Abendbrot“ betrafen. Um dem Problem der Wartezeit entgegenzuwirken, wurde mit den baulichen Maßnahmen für eine Neuordnung der Ambulanz und zentraler Bereiche in 2010 begonnen. Den Anliegen zur Hygiene kommt der Hauswirtschaftsdienst stets kurzfristig nach. Ebenfalls zeitnah konnten häufig „sonstige“ Bedürfnisse erfüllt werden. U. a. wünschten Patienten vermehrt, Kleidung im BUKH zu waschen, aufgrund dessen zusätzliche Waschmaschinen angeschafft wurden. Außerdem wurden inzwischen die meisten Patientenzimmer mit Fernsehern ausgestattet, deren Ton über Kopfhörer zu hören ist. **Ziele für das nächste Jahr** Im Jahr 2011 wird zusätzlich eine KTQ-Zertifizierung Rehabilitation durchgeführt werden. In diesem Rahmen wird die Dokumentation des I-BM weiter detailliert. Die baulichen Maßnahmen der Neuordnung Ambulanz / Zentraler Bereiche werden Anfang 2012 ihren endgültigen Abschluss finden. Das I-BM wird weiterhin zum Ziel haben, den Patientenanliegen zeitnah nachzukommen oder nötige Umstände zu erklären.	**Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg**

Bethesda – Krankenhaus Bergedorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Professionelles Beschwerdemanagement leistet einen Beitrag, das Krankenhaus für Patienten und Angehörige durchschaubarer zu machen und führt dazu, dass in der Klinik insgesamt die Perspektive der Patienten und Angehörigen noch ernster genommen wird. Beschwerden sind so gesehen kein negatives Problem, sondern eine gute Möglichkeit zu lernen, um die eigene Leistung zu verbessern.

Das Bethesda Krankenhaus Bergedorf (BKB) gehörte im November 2004 zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung. Um dieser Erklärung Rechnung zu tragen, wurde im BKB 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 BKB der Bedeutung von Beschwerden und Anregungen von Patienten, deren Angehörigen und Besuchern zur Optimierung der klinischen Abläufe im geforderten Rahmen und darüber hinaus Rechnung.

1. Zugänglichkeit
Eine möglichst niedrigschwellige Zugänglichkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine hohe Akzeptanz des Beschwerdemanagements. Im BKB wird auf die Beschwerdestelle in vielfältiger Weise aufmerksam gemacht: Es findet sich eine entsprechende Information im Internetauftritt, im Klinikflyer, auf den Stationsplakaten, in Form von Beschwerdekarten in allen Wartebereichen, im hauseigenen Fernsehkanal und per Aufkleber an jedem Patiententelefon. Eine Prüfung und ggf. Erweiterung der Zugangswege ist im Jahr 2011 vorgesehen.

2. Zügige Bearbeitung
Die Bearbeitung einer Beschwerde beginnt - sofern die Beschwerde nicht persönlich vorgetragen wurde - spätestens am nächsten Werktag mit einer Eingangsbestätigung. Die schriftliche Stellungnahme wird von den betroffenen Bereichen innerhalb von weiteren fünf Werktagen erstellt und dem BM übergeben. Die Antwort an den Beschwerdeführer erfolgt danach ebenfalls innerhalb der nächsten fünf Werktage. Sind diese Fristen nicht einzuhalten, wird der Beschwerdeführer über den Bearbeitungsstand und die voraussichtlich noch benötigte Zeitspanne informiert. Ist eine Klärung noch während des Aufenthaltes in der Klinik möglich, ist die sofortige persönliche Intervention das bevorzugte Vorgehen.

Mit Beginn des Jahres 2011 ist die Zuständigkeit für das Beschwerdemanagement auf den Qualtitätsmanager des Bethesda Krankenhauses Bergedorf, Herrn Markus Linniek, über gegangen. Der bisherige Beschwerdebeauftragte wird dann die ständige Abwesenheitsvertretung übernehmen.

Kontakt Neu ab 1.1.2011

Markus Linniek
Beschwerdebeauftragter
Bethesda Krankenhaus Bergedorf
gemeinnützige GmbH
Glindersweg 80
21029 Hamburg
Tel: 040 / 725 54 - 0
linniek@bkb.info

3. Unabhängigkeit Mit der Etablierung des Beschwerdemanagements als Stabsstelle und der damit verbundenen unmittelbaren Anbindung dieser Funktion an die Geschäftsführung wurde eine höchstmögliche Eigenständigkeit und Weisungsfreiheit erreicht. Über eine Verfahrensanweisung wurde von Beginn an der Ablauf der Beschwerdebearbeitung, Aufgaben und Kompetenzen dieser Stabsstelle festgelegt. **4. Transparenz** Die in der Verfahrensanweisung festgelegten Bearbeitungsstrukturen sind über das Intranet allen Mitarbeitern im Haus zugänglich. Stellungnahmen werden grundsätzlich über die jeweiligen Führungskräfte angefordert; die Antworten an den Beschwerdeführer und deren Reaktion an die betroffenen Bereiche zurück gemeldet. Gegenüber den Beschwerdeführern wird sowohl der weitere Bearbeitungsweg als auch die aus der Beschwerde resultierenden Maßnahmen bzw. Veränderungen offengelegt. **5. Verantwortung** Die Verantwortlichkeit aller Mitarbeiter für die Entgegennahme von Beschwerden und die Weiterleitung an den Beschwerdebeauftragten ist ebenfalls Bestandteil der Verfahrensanweisung zum Beschwerdemanagement. **6. Unternehmenskultur** Der tägliche konstruktive Umgang mit kleineren oder größeren Problemen und Beschwerden gehört für jeden Mitarbeiter zum Stationsalltag. Begleitet durch das jetzt fast sieben Jahre bestehende Beschwerdemanagement hat sich eine grundsätzlich positive Einstellung zu Beschwerden durch alle Hierarchieebenen etabliert. **7. Zertifizierung** Die Zertifizierung des Beschwerdemanagements wird weiterhin angestrebt und voraussichtlich in 2011 erfolgen. **Patientenrückmeldungen** Im Jahr 2010 gingen beim Beschwerdemanagement insgesamt 94 Beschwerden ein; gegenüber 2009 entspricht dies einem Rückgang von rund 13 % oder in absoluten Zahlen um 13 Fälle. Die Anzahl der stationär und ambulant behandelten Patienten ist gegenüber dem Jahr 2009 annähernd gleich geblieben. Es bleibt zu beobachten, ob es sich beim Rückgang der Beschwerdefälle um einen Trend oder um eine zufällige Veränderung handelt. Die monatliche Verteilung der Beschwerden blieb über das Jahr annähernd konstant. Die Verteilung auf die betroffenen Bereiche und die Beschwerdegründe entsprachen der „normalen“ Streuung. Es gab keine anonym zu behandelnden Beschwerden. Wie in den Vorjahren auch, wurden die Mehrzahl der Beschwerden (47 %) telefonisch vorgebracht, gefolgt von den schriftlich (31 %) und den persönlich (14 %) vorgetragenen Beschwerden. Knapp 9 % erreichten das Beschwerdemanagement per E-Mail. Zu rund 53 % wurden die Beschwerden von den Betroffenen selbst, zu	**Bethesda Krankenhaus Bergedorf**

36 % durch Angehörige eingereicht. Auch diese Zahlen liegen jahresübergreifend im Trend. Knapp die Hälfte der Beschwerden betraf ärztliches, ein gutes Drittel pflegerisches Handeln. Eine erfreuliche Entwicklung hat es bei den Anlass gebenden Gründen für Beschwerden gegeben: lagen im Vorjahr die Ursachen für Beschwerden noch überwiegend im kommunikativen bzw. menschlich-atmosphärischen Bereich (66 %), ist dieser Anteil in 2010 auf 51 % zurück gegangen. Auch in puncto Wartezeit, Organisation und Termintreue ist Zahl der Beschwerden leicht gesunken (11 %, Vorjahr 16 %). Mit der Art der Behandlung oder gestellten Diagnose waren 15 % der Beschwerdeführer unzufrieden. 2 % der Beschwerden betrafen die Qualität bzw. die Mengen in der Speisenversorgung. Dieser Anteil ist im Verhältnis zum Vorjahr leicht rückläufig. In der Mehrzahl der Beschwerden konnte, über eine klärende Antwort verbunden mit einer ernsthaften Entschuldigung, den Anliegen der Beschwerdeführer Rechnung getragen werden. Als deutlich konfliktlösend hat sich auch in diesem Jahr die Aufarbeitung der Beschwerdeanlässe in konstruktiven persönlichen Gesprächen erwiesen.	**Bethesda Krankenhaus Bergedorf**
Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten Resultierend aus Anregungen oder Beschwerden wurden u. a. folgende Maßnahmen ergriffen: • Hinweisschilder auf den Patientenwertfächern, dass die Schlüssel während der Abwesenheit eines Patienten im Dienstzimmer verwahrt werden können • Filzgleiter für die Stühle in den Dienst- und Aufenthaltsräumen • Verbesserung der Informationswege zwischen dem Reinigungsdienst und der technischen Abteilung • Einführung einer Pflegevisite • Optimierung der Abläufe bei einem Fachrichtungswechsel im Rahmen eines ambulanten Aufenthaltes • Verbesserung der Aufnahmemodalitäten für Patienten mit Assistenzbedarf in Zusammenarbeit mit dem Verein „Leben mit Behinderung Hamburg Elternverein e. V.“	
Ziele für das nächste Jahr Fortgesetzt wird die Seminarreihe zur Kundenorientierung für Mitarbeiter in patientennahen Bereichen. Für Mitarbeiter der patientennahen Bereiche wird ergänzend ein Deeskalationstraining angeboten. Art und Qualität der Rücklaufwege der Anregungen und Beschwerden sollen überprüft und ggf. verändert oder ergänzt werden. Aufgrund von Rückmeldungen von Angehörigen aber auch von Mitarbeitern wurde im Jahr 2010 damit begonnen, die Versorgung der demenziell erkrankten Patienten im Bethesda Krankenhaus Bergedorf zu verbessern.	

Dazu wurde ein berufsgruppenübergreifendes Projekt seitens des Qualitätsmanagements im Krankenhaus initiiert, dessen Ziel es war, für diese Patienten eine angemessene Behandlung der Akuterkrankung unter Berücksichtigung der Demenz sicherzustellen. Inzwischen hat dieses Projekt die Planungsstufe verlassen und es werden zum jetzigen Zeitpunkt erste Maßnahmen durch eine für dieses Projekt verantwortliche Krankenschwester im Krankenhausalltag umgesetzt. Der Beschwerdebericht 2010 des Bethesda Krankenhauses Bergedorf kann auf der Homepage unter www.klinik-bergedorf.de eingesehen werden.	**Bethesda Krankenhaus Bergedorf**

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Bereits seit dem Jahr 2005 hat das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg die „Hamburger Erklärung“ zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden“ unterzeichnet und eine zentrale Beschwerdestelle eingerichtet.
Das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg versteht die Rückmeldungen der Patienten oder deren Angehörigen als Chance, die verschiedenen Qualitätsebenen stetig zu verbessern und verpflichtet sich, die sieben Prinzipien der Hamburger Erklärung einzuhalten.

1. Zugänglichkeit
Die Patienten und / oder Angehörigen haben verschiedene Möglichkeiten, Anregungen und Beschwerden, aber auch Lob und Anerkennung, zum Ausdruck zu bringen:

- persönlich oder telefonisch über den Beschwerdebeauftragten
- durch die an alle Patienten ausgegebenen Beschwerdebögen
- über unsere Mitarbeiter(-innen), die sich der Beschwerde annehmen

Jeder stationäre Patient erhält in der administrativen Patientenaufnahme eine Informationsbroschüre zum Beschwerdemanagement sowie einen Rückmeldebogen (Beschwerdeformular) ausgehändigt. In der Informationsbroschüre werden neben Ansprechpartnern auch die telefonische Erreichbarkeit und Sprechzeiten aufgeführt.
Ambulante Patienten oder Angehörige haben die Möglichkeit auf die Beschwerdeformulare zuzugreifen, die in unserem Foyer und in den Ambulanzen ausgelegt sind.

Um eine größtmögliche Information der Patienten zu erreichen, wurden auf allen Stationsfluren und in den Wartebereichen der Ambulanzen Plakate zum Beschwerdemanagement sowie die Hamburger Erklärung ausgehängt.

2. Zügige Bearbeitung
Je nach Art des Beschwerdeeinganges werden alle Verfasser von Rückmeldungen mit Antwortwunsch innerhalb von sieben Tagen über das Ergebnis der Recherche informiert.
Sollte diese noch nicht abschließend bearbeitet worden sein, wird eine Zwischennachricht erstellt.
Bei telefonischer oder persönlicher Rückmeldung wird mit dem Beschwerdeführer das weitere Vorgehen abgesprochen und ggf. ein Rückruf vereinbart. Bei namentlich positiver Rückmeldung und dem Wunsch einer Rückantwort wird dem Verfasser mit einem Antwortschreiben für seine Anmerkungen gedankt.

3. Unabhängigkeit
Die Mitarbeiter des Beschwerdemanagements nach der Hamburger Erklärung sind von der Klinikleitung beauftragt worden und in ihrer Arbeit

Kontakt

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

unabhängig. Durch verbindliche und transparente Verfahrensanweisungen des Beschwerdemanagements sind Kompetenzen und Abläufe des Verfahrens geregelt. Die Weiterentwicklung des Beschwerdebeauftragten wird durch Fortbildungsmaßnahmen von der Klinikleitung unterstützt. **4. Transparenz** Unsere Patienten und / oder deren Angehörige haben 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 unserem elektronischen Qualitätsmanagementhandbuch einsehbar ist. • Das Leitungspersonal kommuniziert diese Ergebnisse im Rahmen monatlich stattfindender Mitarbeiterbesprechungen an die unterstellten Mitarbeiter. • Zusätzlich werden diese Patientenrückmeldungen im Rahmen unseres hausinternen Intranets monatlich für alle Bereiche bereitgestellt. • Die Ergebnisse werden auf der monatlich stattfindenden Sitzung der Qualitätsbeauftragten aller Abteilungen bearbeitet. **5. Verantwortung** Der Umgang mit Beschwerden ist in verbindlichen Verfahrensanweisungen für Mitarbeiter geregelt. Alle Mitarbeiter nehmen auf Wunsch Beschwerden entgegen oder vermitteln direkt an den Beschwerdebeauftragten weiter. Die Beschwerdebearbeitung obliegt einzig dem Beschwerdebeauftragten. **6. Unternehmenskultur** Die Beschwerdekultur im Bundeswehrkrankenhaus wird stetig weiter optimiert. Es werden berufsgruppenübergreifende Schulungen und Präsentationen durch den Beschwerdebeauftragten durchgeführt, um Mitarbeiter auf Patientenrückmeldungen zu sensibilisieren. Auch in unserem Pflegeleitbild „Wir reflektieren unser Handeln und gehen konstruktiv mit Fehlern um“ wurde die Beschwerdekultur anschaulich mit aufgenommen. **7. Zertifizierung** Das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg wurde 2010 sehr erfolgreich nach KTQ 5.0 rezertifiziert. Das Beschwerdemanagement ist Bestandteil dieser Zertifizierung und wurde ebenfalls sehr gut bewertet. **Patientenrückmeldungen (Stärken und Verbesserungspotentiale)** Die Patienten oder deren Angehörige nutzten auch im Jahr 2010 alle angebotenen Rückmeldemöglichkeiten für Lob und aber auch Kritik. Die meisten Rückmeldungen erfolgten durch die standardisierten Rückmeldebögen, die jedem Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus mit einer dazugehören Kurzbeschreibung ausgehändigt werden. Rückmeldungen per Fax, Brief, Telefon oder auch die persönliche Vorsprache beim Beschwerdemanagement werden ebenfalls genutzt. Die Gesamtzahl der Patientenrückmeldebögen des Bundeswehrkrankenhauses betrug 1993 ausgefüllte Bögen. Von allen Eingängen wurden 1008 ohne Namensnennung abgegeben.	**Bundeswehrkrankenhaus Hamburg**

136 Patienten wünschten eine schriftliche Rückmeldung.
Zusätzlich nutzten:

- Fünf Patienten eine telefonischen Rückmeldung
- 33 Patienten eine Rückmeldung per Brief oder Fax
- Acht Patienten die persönliche Rückmeldung

Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Rücklaufquote unserer Bögen deutlich gesteigert werden. Durch die im positiven Sinne motivierte „Beschwerdestimulation“ unserer Mitarbeiter ist es gelungen, die Anzahl von 1201 auf 1993 zu steigern.
Dies entspricht einer Rücklaufquote 15,6 % (Vergleich 2009 7,7 %).

Kategorisierung der Rückmeldungen

Alle Patientenrückmeldungen wurden den vordefinierten Bereichen zugeordnet, die jeweils in Stärken und Verbesserungspotentiale unterteilt worden sind.
Die Zuordnung erfolgt durch den Beschwerdebeauftragten.
Alle eindeutig positiven Rückmelden werden den Stärken zugeordnet, alle anderen Hinweise, Wünsche nach Veränderung und Beschwerden finden sich in den Verbesserungspotentialen wieder.

Die Nachfolgende Übersicht zeigt die Anzahl der eingegangen Freitexte im Jahr 2010

	Themenkomplex	**Anzahl der Äußerungen**	**Stärken**	**Verbesserungspotential**
1	Personal	263	**208**	55
2	Verpflegung	240	22	**218**
3	Organisation	234	21	**213**
4	Krankenhaus allgemein	196	**193**	3
5	Infrastruktur	159	7	**152**
6	Sauberkeit	28	5	**23**
7	Cafeteria	22	0	**22**
8	Nicht auswertbare Äußerungen	31		
	Äußerungen gesamt	**1173**		

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Krankenhaus und Personal
Die hohe Anzahl der positiven Rückmeldungen zum Personal und Krankenhaus allgemein lassen uns auch im Jahr 2010 von einer hohen Patientenzufriedenheit ausgehen.
Vereinzelt vorgetragene Kritik wurde nach Prüfung der Sachverhalte an das jeweilige Leitungspersonal weitergeleitet, um die Verbesserungspotentiale in Einzelgesprächen oder Teamsitzungen zu kommunizieren.

Verpflegung
Mit 218 Rückmeldungen (Verbesserungspotentiale) zur Verpflegung war dieser Punkt der Meistbenannte und zeigte zum Vorjahr steigende Tendenz. In den Rückmeldungen zeigten sich die unterschiedlichsten Wünsche unserer Patienten, die jedoch aufgrund von individuellen Vorstellungen nicht immer umsetzbar waren.

Die medizinisch begründete Flüssigkost in speziellen Fachgebieten wurde bemängelt, lässt sich jedoch aufgrund der Erkrankungen der Patienten und der verfügbaren Flüssigkostsorten schwerlich ändern. Trotz vermehrter Mitarbeiterschulungen im Rahmen der Essenerfassung, Patientenbefragungen und einer Küchenhotline konnten die Inhalte der Patientenrückmeldungen zum Vorjahr nicht gelöst werden. Bei der Patientenverpflegung wird im Jahr 2011 ein Meilenstein in der Umstellung auf ein Cateringunternehmen liegen. Es ist geplant, die derzeitigen Schnittstellen auf ein Minimum zu verkleinern. Ab März 2011 werden Mitarbeiter des Unternehmens täglich die Essenabfrage durchführen, dass Essen austeilen und die Tabletts einsammeln. Durch die Bündelung der Verantwortlichkeit werden derzeitige Schnittstellenprobleme reduziert und die Mitarbeiter der Pflege können die so entstanden freie Zeitressourcen für die Patientenversorgung aufwenden. **Reinigung** 23 Rückmeldungen (Verbesserungspotentiale) zur Reinigungsleistung gingen beim Beschwerdebeauftragten ein. Unser bewährtes Kontrollsystem mittels Patientenabfrage und die auf allen Stationen benannten reinigungsbeauftragten Mitarbeiter helfen uns, die Reinigungsansprüche zu erfüllen und aufgezeigte Mängel ggf. sofort abzustellen. Es gab vereinzelte Patientenrückmeldungen, dass sich die Zimmerreinigung mit den Essen- bzw. Visitenzeiten überschnitten haben. Nach Identifikation der betroffen Stationen wurden die Reinigungszeiten angepasst. **Infrastruktur** Bei dem überwiegenden Teil der Rückmeldung (Verbesserungspotentiale) zur Infrastruktur handelt es sich, wie auch in den Vorjahren, um die vorhandene Bausubstanz. Ebenso wurde die Zimmerbelegung und das Fehlen von Nasszellen in einigen Patientenzimmern bemängelt. Mit der Fertigstellung des Bettenhausneubaus Ende 2012 wird sich diese Situation erheblich verbessern. Die bemängelte unzureichende Parkplatzsituation konnte durch die Schaffung von Ausweichstellplätzen verbessert werden. Das Ambiente der Patientencafeteria konnte etwas verschönert werden. **Organisation** Mit 120 Rückmeldungen zur Organisation ist die Zahl leicht rückläufig. Die Schwerpunkte lagen hierbei im Wunsch nach mehr Information und bei der Verkürzung von Wartezeiten. Vereinzelt gab es Rückmeldungen, dass die Entlassungsplanung zu kurzfristig stattgefunden habe. Im Rahmen der monatlichen Sitzungen unserer Qualitätsbeauftragten der Abteilungen wurden die verschiedenen Rückmeldungen bearbeitet. • Für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie konnte ein Aufnahmezimmer eingerichtet werden, um die Patientenaufnahme ungestört durchzuführen. • Im Rahmen einer Projektgruppe wurde ein Laufzettel für die Soldaten überarbeitet, der mehrfach als zu überfrachtet zurückgemeldet wurde. • In verschiedenen Ambulanzen und der Patientenaufnahme wurden Wartezeitermittlungen durchgeführt und daraufhin die Einbestellung optimiert. • Bemängelte Internetgebühren für unsere Patienten konnten um die Hälfte gesenkt werden.	**Bundeswehrkrankenhaus Hamburg**

Ziele für das Jahr 2011

Die Steigerung unserer Rücklaufquote konnte aufgrund unserer Beschwerdekultur auf 15,56 % gesteigert werden. Wir wissen die Rückmeldungen unserer Patienten sehr zu schätzen und bemühen uns auch weiterhin die Rückmeldezahlen durch verschiedenste Maßnahmen zu erhöhen.

- Die Schwerpunkte unserer Bemühungen liegen für das Jahr 2011 in der Baufortführung unseres neuen Bettenhauses und der Implementierung eines Cateringunternehmens ab März 2011.

Der Beschwerdebericht 2010 kann auch auf der Homepage unter www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de eingesehen werden.

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Die Facharztklinik Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit Juni 2004 in der Facharztklinik Hamburg.

In unserem Beschwerdemanagement werden unsere Kunden, darunter verstehen wir unsere Patienten und Belegärzte, aktiv und umfassend betreut. Das Ziel der Kundenzufriedenheit hat bei uns höchste Priorität. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter der Facharztklinik Ansprechpartner für Beschwerden. Darüber hinaus wird immer das Qualitätsmanagement benachrichtigt. Als Besonderheit führen wir wöchentlich stichprobenartig die persönliche Befragung von 10 Patienten durch. Die Befragung wird im Wechsel von der Ärztlichen sowie Kaufmännischen Geschäftsführung, der Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten vorgenommen. Unsere Geschäftsführung und unsere Mitarbeiter sehen Beschwerden als Chance an.

Für den Umgang mit Beschwerden gibt es Leitlinien die in unserem Facharztklinik-KNIGGE beschrieben sind. Ziele und Aufgaben des Beschwerdemanagements sind bei uns eindeutig definiert.

1. Zugänglichkeit
Jeder Patient erhält bei der Aufnahme zwei unterschiedliche Formblätter. Der Patient hat die Möglichkeit, soweit gewünscht anonymisiert, seine Beurteilung zum einen durch ein Ankreuzverfahren und zusätzlichem Freitext darzustellen, zum anderen durch konkrete Lob- und Kritikäußerungen darzustellen.
Darüber hinaus können sich die Patienten auch formlos per Telefon, Post oder E-Mail an das Beschwerdemanagement wenden. Die Kontaktdaten sind auf dem Patientenfragebogen und im Internet angegeben.

2. Zügige Bearbeitung
Der Ablauf für die Bearbeitung von Beschwerden ist genau definiert. Es erfolgt eine arbeitstägliche Kontrolle der eingegangenen Fragebögen und Meldungen um bei kleineren Beschwerden und Mängeln, in der Regel innerhalb eines Tages, entsprechende Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen einzuleiten.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement ist in der Facharztklinik integraler Bestandteil der Stabstelle Qualitätsmanagement und gewährleistet somit größtmögliche Unabhängigkeit und die damit verbundenen notwendigen und hinreichenden Kompetenzen, um die erforderlichen Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen einzuleiten.

4. Transparenz
Die Jahresberichte 2008 und 2009 der Hamburger Erklärung sind auf der Homepage der HKG veröffentlicht.
Die interne Transparenz ist durch Bekanntgabe der monatlichen Patien-

die facharztklinik hamburg
Michaelis Krankenhaus
Krankenhaus Beim Andreasbrunnen

Kontakt

Gunhild Herzberg
Qualitätsmanagement
Facharztklinik Hamburg
Martinistraße 78
20251 Hamburg
Tel: 040 / 490 65 – 17
herzberg@facharztklinik-hamburg.de

tenauswertung sowie der Beschwerdereports in Team- und Bereichsleitungssitzungen gewährleistet.

5. Verantwortung
In unserem Beschwerdemanagement gibt es festgeschriebene Verfahren für den Umgang der Mitarbeiter mit Kunden, die sich beschweren; Mitarbeiter und Ärzte werden auf den Umgang mit Beschwerden geschult. Die Hauptverantwortung trägt die Geschäftsführung. Das Qualitätsmanagement ist verantwortlich für die Durchführung des Beschwerdemanagements, der Prozessoptimierung sowie die Weiterleitung von Informationen. Jeder Mitarbeiter ist zuständig für die Entgegennahme und Weiterleitung von Beschwerden und Kritik.

6. Unternehmenskultur
Unsere Unternehmungskultur ist auf Kommunikation und Transparenz gerichtet, die zu einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre beiträgt. Beschwerden, Wünsche und Anregungen werden im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gesehen und immer als Mittel zur Optimierung angesehen.

7. Zertifizierung
Im August 2010 erfolgte die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008.

In 2010 ist das Beschwerdemanagement gegen über dem Vorjahr in seinen Grundzügen im Wesentlichen unverändert durchgeführt worden. Als Verbesserung ist die eindeutigere Beschreibung des Verfahrens anzusehen.

Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2010 sind 5988 Patienten stationär versorgt worden. Es sind drei schriftliche Beschwerden eingereicht worden und sechs telefonische Beschwerdegespräche geführt worden. Die Zahl der erfassten Patientenfragebögen beträgt 1851. Somit konnten wir unsere Rücklaufquote gegenüber 2009 von 27 % auf 31 % erhöhen. Die Patientenzufriedenheit erhöhte sich ebenfalls im Bereich sehr gut / gut von 84 % in 2009 auf nunmehr 91 % in 2010.

Die Facharztklinik Hamburg

Kategorisierung der Rückmeldungen

Einschätzung:	sehr gut	%	gut	%	Zufrie-den	%	nicht zufrie-den	%	keine Angaben	%	Daten-sätze
Empfang / Aufnahme	1230	66,5	541	29,2	51	2,8	18	1,0	11	0,6	1851
Anästhesie	1416	76,5	364	19,7	36	1,9	8	0,4	27	1,5	1851
Pflegesprech-stunde	858	46,4	425	23,0	42	2,3	8	0,4	518	28,0	1851
Ärztliche Betreuung	1325	71,6	418	22,6	56	3,0	8	0,4	44	2,4	1851
Operation	1438	77,7	285	15,4	16	0,9	3	0,2	109	5,9	1851
Pfleg. Betreuung (Tag)	1363	73,6	421	22,7	43	2,3	12	0,7	12	0,7	1851
Pfleg. Betreuung (Nacht)	1213	65,5	473	25,6	44	2,4	18	1,0	103	5,6	1851
Unterbringung	1302	70,3	494	26,7	33	1,8	9	0,5	13	0,7	1851
Mahlzeiten	1159	62,6	564	30,5	97	5,2	16	0,9	15	0,8	1851
Sauberkeit	1126	60,8	543	29,3	130	7,0	40	2,2	12	0,7	1851
Organisatorischer Ablauf	1094	59,1	593	32,0	85	4,6	27	1,5	52	2,8	1851
Besuchszeit	1118	60,4	486	26,3	39	2,1	7	0,4	201	10,9	1851
Stationsservice	1316	71,1	431	23,3	33	1,8	9	0,5	62	3,4	1851
	66,32 %		25,09 %		2,93 %		0,76 %		4,90 %		24063 = 100 %

(Daten in der Tabelle vom 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010)

Von den 363 abgegebenen Lob und Kritik- Formblättern äußerten sich 251 Patienten positiv über den Klinikaufenthalt, 57 Patienten äußerten Kritik, 53 Patienten hatten sowohl Lob als auch Kritik vorzutragen und zwei Patienten gaben uns Verbesserungshinweise. Die meisten der gewünschten Verbesserungen konnten wir innerhalb kürzester Zeit vornehmen.

Korrekturmaßnahmen

Die vielfältigen Korrekturmaßnahmen reichen vom klärenden Gespräch über Prozessoptimierungen bis hin zur Umstrukturierung von Prozessen. So haben wir im vergangenen Jahr die Voraussetzung für ein elektronisches Anmelde- und Aufnahmeverfahren unserer Patienten geschaffen. Die Antworten an die Beschwerdeführer enthalten stets eine Entschuldigung für die erlebten Unannehmlichkeiten.
Ein nicht durch unsere Klinik lösbares Problem stellte in 2010 der, an unsere Klinik angrenzende, Hotelneubau dar, der durch teilweise erheblichen Baulärm für Kritik sorgte. Unsere Qualitätsziele zum Beschwerdemanagement konnten wir trotzdem in 2010 erreichen

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Durch die Vorbereitungen zur erfolgreichen Zertifizierung in 2010 konnten wir die Mitarbeiter und Ärzte zum Thema Kundenorientierung weiterhin sensibilisieren und gezielt schulen.

Ziele für das nächste Jahr

Für das nächste Jahr ist angedacht, ein EDV-gestütztes Programm zur

Die Facharztklinik Hamburg

effizienteren Bearbeitung und Umsetzung des Beschwerdemanagements einzuführen. Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Homepage unter www.facharztklinik-hamburg.de	**Die Facharztklinik Hamburg**

Endo-Klinik Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit 2005 ist die Hamburger Erklärung in der ENDO-Klinik eingeführt.
Alle alten Beschwerdewege wurden überdacht und neu gestaltet.
Eine Beschwerdestelle wurde eingerichtet und eine feste, personelle Zuordnung fand statt.

Die Mitarbeiter wurden informiert und nach und nach geschult.

Die Beschwerdestelle der ENDO-Klinik nimmt alle Beschwerden von stationären Patienten und deren Angehörigen entgegen.
Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass alle stationären Patienten zwar auch noch einen Patientenfragebogen bekommen, dass dieser Fragebogen aber - da er konzernweit angewendet wird - extern ausgewertet wird. Die Ergebnisse werden in den einzelnen Häusern der Konzernmitglieder veröffentlicht.

Im Jahr 2010 fand die Umsetzung der einzelnen Punkte der Hamburger Erklärung wie folgt statt:

1. Zugänglichkeit
Die Beschwerdestelle der ENDO-Klinik ist telefonisch, per Fax, per E-Mail, schriftlich und natürlich auch persönlich zu erreichen.
In der in 2010 neu aufgelegten Patientenbroschüre ist die Beschwerdestelle mit dem Namen der Ansprechpartnerin, den Telefonnummern und den Sprechzeiten zu finden.
Die Aushänge mit allen Informationen, wie der Hamburger Erklärung, Name und Bild der Beschwerdebeauftragten, deren Sprechzeiten und Telefonnummer etc., wurden im Jahr 2010 erweitert auf das Aufnahmezentrum, den Intensiv- und den Fahrstuhlbereich.
Die Patienten können auch Anhänger „Bitte stören“ an ihren Nachtschränken für ihr Lob oder Ihren Tadel nutzen.
Seit 2010 ist auf der Homepage der Endo-Klinik ein online Formular eingerichtet, das die Patienten für Lob oder Tadel nutzen können.
Selbstverständlich sind auf der Homepage der ENDO-Klinik auch die Kontaktmöglichkeiten zur Beschwerdestelle nachzulesen.
Die Mitarbeiter im Haus sind gut informiert und geben den Patienten gern Auskunft über die Erreichbarkeit der Beschwerdestelle.

2. Zügige Bearbeitung
Die zügige Bearbeitung der Beschwerden war im Jahr 2010 wieder gewährleistet. 79 % aller Beschwerden aus dem Jahr 2010 konnten in weniger als 24 Std. bearbeitet werden, 13 % sind Rechtsfälle, die an anderer Stelle bearbeitet und entschieden werden. Bei den restlichen 8 % der Fälle dauerte die Bearbeitung im Schnitt sechs Tage, da erst Informationen aus verschiedenen Abteilungen der Klinik eingeholt werden mussten. Diese Patienten erhielten aber innerhalb eines Arbeitstages eine Rückmeldung mit Bestätigung des Eingangs ihrer Beschwerde und den Gründen, warum die Bearbeitung x Tage dauert.

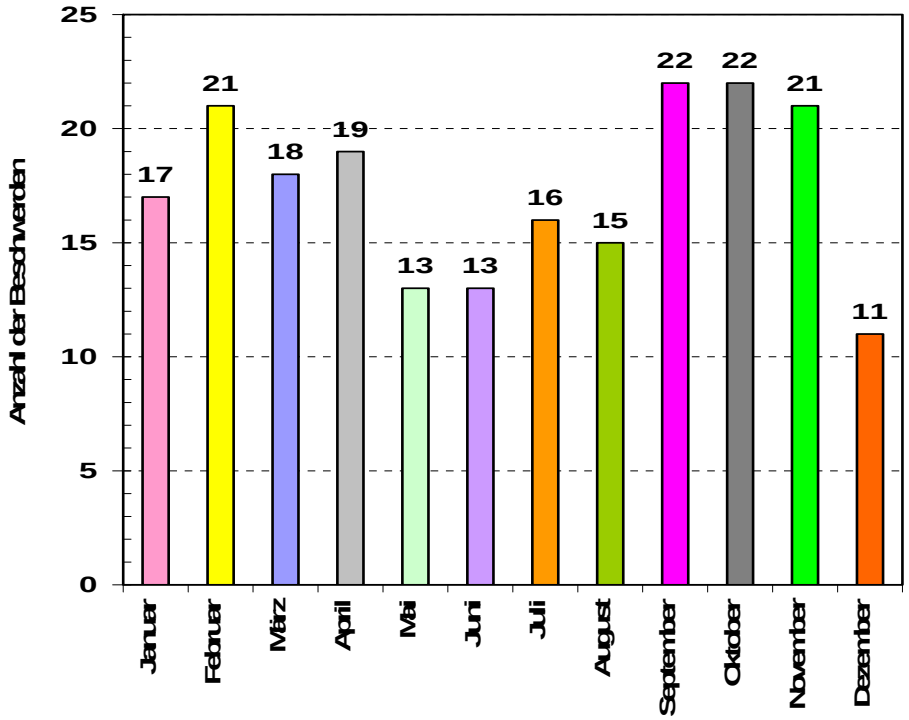
Kontakt

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

3. Unabhängigkeit Die Unabhängigkeit von den hierarchischen Strukturen ist schon seit 2006 von der Geschäftsführung gewährleistet und festgeschrieben. Ein Budget steht zur Verfügung, über das von der Beschwerdebeauftragten frei verfügt werden kann. **4. Transparenz** Auch im Jahr 2010 wurde wieder allen Beschwerdeführern, deren Beschwerdebearbeitung länger als 24 Stunden dauerte, ein Zwischenergebnis mitgeteilt. Jeder Beschwerdeführer erhielt einen Abschlussbericht, in dem transparent gemacht wurde, wie das Ergebnis seiner Beschwerde und die daraus folgenden Wirkung war, d. h. welche Maßnahmen getroffen wurden, um Verbesserungen zu erreichen. Der abschließende Bericht an die Patienten fand entweder mündlich, schriftlich oder telefonisch statt. Der Jahresbericht der Beschwerdestelle der ENDO-Klinik wird im Intranet und Internet (Homepage) veröffentlicht. **5. Verantwortung** Die Pflichten und Befugnisse der Mitarbeiter der Beschwerdestelle der ENDO-Klinik sind schon seit mehreren Jahren definiert und festgeschrieben. **6. Unternehmenskultur** Die Beschwerdekultur hat sich auch im Jahr 2010 weiter verbessert. Regelmäßige Treffen zu feststehenden Terminen, sowie – in Einzelfällen – sofortiger Austausch mit der Geschäftsführung und/oder Verantwortlichen aus den einzelnen Bereichen sind selbstverständlich. Die Mitarbeiter in allen Bereichen der Klinik bringen der Beschwerdestelle eine hohe Akzeptanz entgegen, d. h. sie arbeiten eng mit ihr zusammen. **7. Zertifizierung** Nach der Zertifizierung des gesamten Konzerns – also auch der ENDO-Klinik - wird eine gesonderte Zertifizierung des Beschwerdemanagements der ENDO-Klinik nach DIN EN ISO 9001- 2008 im Jahr 2011 angestrebt. **Patientenrückmeldungen** **Rückmeldungen gesamt / Patienten gesamt** Im Jahr 2010 wurden in der ENDO-Klinik 6642 Patienten stationär behandelt. Im gleichen Zeitraum erreichten die Beschwerdestelle 208 Rückmeldungen stationärer Patienten. Das entspricht einem Prozentsatz von 3,1 %. Im Gegensatz zum Jahr 2009 (2,5 %) stiegen die Patientenrückmeldungen im Jahr 2010 um 0,6 % an. Der Anstieg der Beschwerden im Jahr 2010 um 0,6 % ist keineswegs einer schlechteren Versorgung in der ENDO-Klinik zu zurechnen. Zum einem wurden im Jahr 2010 gut 11 % mehr Patienten (685) als im Jahr 2009 stationär behandelt, zum anderen waren im Neubaubereich noch kleine Nachbesserungen erforderlich, die anfänglich häufig Anlass für eine Beschwerde waren. Inzwischen sind diese Nachbesserungsarbeiten erledigt und die Beschwerden aus diesem Bereich haben abgenommen. Auch die Änderungen von Arbeitsprozessen in einigen Bereichen, blieben	**ENDO-Klinik Hamburg**

- trotz sehr guter Vorbereitung - teilweise für die Patienten nicht unbemerkt und führten zu Beschwerden.
Von der Beschwerdestelle wurden gerade diese Beschwerden, sehr aufmerksam bearbeitet und zum Thema bei den regelmäßigen Sitzungen mit der Geschäftsführung gemacht. Auch hier konnten durch Überprüfung der Abläufe und geringfügigen Umstellungen zufriedenstellende Ergebnisse erreicht werden.

Abb. 1 Anzahl der Patientenrückmeldungen pro Monat



Die monatliche Verteilung der Beschwerden im Jahr 2010 zeigt, dass es während des Winterhalbjahres zu mehr Beschwerden kam als in der übrigen Zeit des Jahres. Der Zusammenhang ist sicher in der besonders starken Belegung zu dieser Jahreszeit zu suchen. Hier war es z. B. nicht immer möglich, den Patienten die erwarteten Einzelzimmer zur Verfügung zu stellen, was zu häufigen Beschwerden führte.

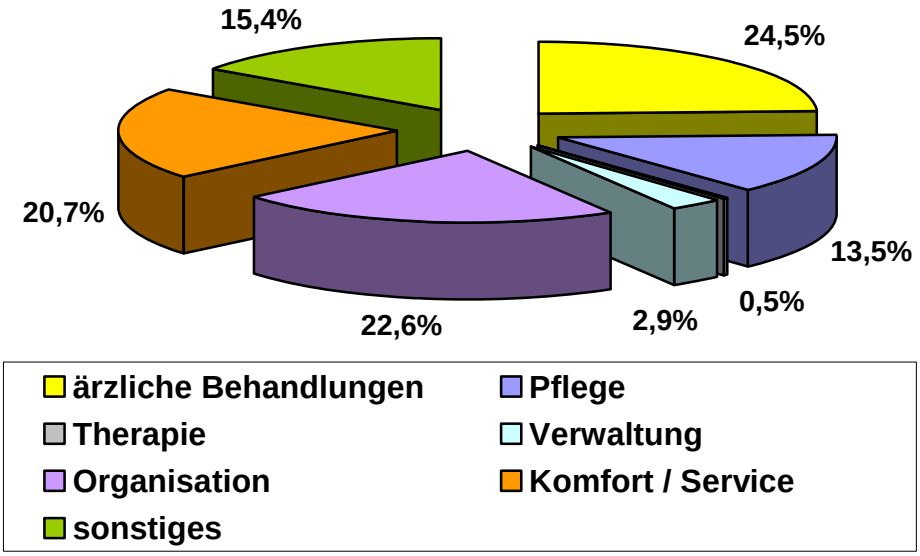
Bei der Betrachtung der Rückmeldungen fällt auf, dass wenige Patienten den Weg nutzten eine E-Mail zu schicken. Das liegt daran, dass viele Pa-tienten den Weg der Beschwerde noch während ihres Aufenthaltes in der Klinik nutzten und auch, dass ein großer Teil unserer Patienten bereits ein Alter erreicht hat, in dem die Nutzung dieses Kommunikationsweges nicht sehr verbreitet ist.

ENDO-Klinik Hamburg

Kategorisierung der Patientenrückmeldungen

Abb. 3 Monatliche Rückmeldungen der Patienten 2010 nach Kategorien

(bezogen auf die Gesamtzahl der Rückmeldungen)



Bei der vorgenommenen Kategorisierung der Rückmeldungen der Patienten fällt die Zahl der Rückmeldungen über ärztliche Leistungen auf.
Hinter dieser Zahl verbergen sich u. a. auch die Fälle, die im Jahr 2010 einer Schlichtungsstelle übergeben wurden. Bei diesen Fällen steht eine Entscheidung noch aus, wir haben sie trotzdem in unsere Statistik aufgenommen, denn diese Fälle sind erst einmal Beschwerden – ob berechtigt oder unberechtigt – bleibt abzuwarten.
Die restlichen Beschwerden über ärztliche Leistungen sind fast ausschließlich auf Missverständnisse in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt zurückzuführen.
Bei den Beschwerden in der Kategorie Komfort / Service handelt es sich überwiegend um Ausstattungsmerkmale.
Die Beschwerden zur Organisation hatten hauptsächlich den Inhalt, dass das gewünschte Einzelzimmer nicht rechtzeitig bezogen werden konnte.
Hinter „Sonstigen“ verbergen sich Beschwerden über Dinge, die die ENDO-Klinik nicht zu verantworten hat, da sie z. B. mit der Gesundheitspolitik zusammen hängen. In diesem Bereich gab es viele Beschwerden von älteren Patienten oder deren Verwandten, denen die Verweildauer zu kurz war.

ENDO-Klinik Hamburg

Korrekturmaßnahmen 2010

Klärende Antwort	61
Entschuldigung	9
Entschuldigung mit Geschenk	11
Dank	24
Prozessoptimierung	6
Personalgespräch	17
Gespräch mit Fremdfirmen	12
Ausstattung verbessert	36
Nicht durch die Klinik lösbar	32

61 klärende Antworten waren erforderlich um Missverständnisse und Unklarheiten zu beseitigen. Es wurden neun Entschuldigungen ausgesprochen.
Elf Patienten erhielten zur Entschuldigung ein Geschenk. 24 Mal wurde den Patienten gedankt und sechs Mal fand eine Prozessoptimierung statt. 17 Mal wurden Personalgespräche geführt und 12 Mal Gespräche mit Mitarbeitern von Fremdfirmen. 36 Mal wurde die Ausstattung verbessert. 32 Beschwerden waren nicht durch die Klinik lösbar, da sie sich überwiegend auf gesundheitspolitische Entscheidungen bezogen, auf die die ENDO-Klinik keinen Einfluss hat.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Auch im Jahr 2010 gab es Verbesserungsmaßnahmen, die nicht zuletzt auf die Beschwerdeführer zurückzuführen sind. Schwerpunktmäßig gab es diese Maßnahmen in den Bereichen, die Mitte 2009 umgezogen waren und wo - bedingt durch den Umzug - auch neue Arbeitsabläufe erforderlich waren. So wurde z. B. die Feinplanung der Bettenplanung in die Hände der Stationen gelegt, um bei Vollbelegung effektiver und zeitnaher auf die Anforderungen reagieren zu können.
Des Weiteren wurde der „Aufnahmetag“ noch einmal überprüft und es fand darauf hin eine neue, räumliche Zuordnung statt.
Auf den Stationen wurden Nachbesserungen der Ausstattung durchgeführt, Reinigungsintervalle im ganzen Haus wurden z. T. verkürzt oder neu ge-plant. Die Arbeitsabläufe in verschiedenen anderen Abteilungen des Hauses wurden überdacht und konnten so optimiert werden.
Der leerstehende Altbau wurde für die Entkernung und den neuen Aufbau vorbereitet. Auch diese Maßnahme bedurfte guter Planung und Ausführung, damit die Arbeiten soweit als möglich von den Patienten unbemerkt stattfinden konnten.
Zu guter letzt war die Zertifizierung der septischen Abteilung unserer Klinik, ein großer Erfolg.

Ziele für das nächste Jahr

Für das Jahr 2011 und 2012 steht der Umbau unseres Altbaus im Vordergrund. Das wird zu Einschränkungen, Lärmbelästigung und weiteren Unwegsamkeiten führen, die es abzufangen gilt.
Der Umbau wird in den kommenden zwei Jahren im Fokus unserer Bemühungen stehen.
Nach dem Umbau werden wir dann u. a. zwei Privatstationen haben, auf

ENDO-Klinik Hamburg

denen wir den Patienten mehr Einzelzimmer anbieten können. Außerdem wird ein gänzlich neuer, moderner Kantinenbereich / Café geschaffen. Für das Jahr 2011 wird eine neue Dokumentation im Beschwerdemanagement angestrebt. Weitere Schulungen für das gesamte Personal, über die Entgegennahme und die Bearbeitung einer Beschwerde, sind in Vorbereitung. Nach der Zertifizierung unseres gesamten Konzerns, soll das Beschwerdemanagement in der ENDO-Klinik gesondert zertifiziert werden. Das erklärte Ziel aller Mitarbeiter der ENDO-Klinik Hamburg GmbH ist es, ihre Patienten, die Besucher, die Einweiser und alle übrigen Geschäftspartner zufriedenzustellen und so die hohe Akzeptanz der Klinik zu erhalten und weiter zu entwickeln. Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Homepage unter: *Service & Kontakt - Lob & Tadel.*	**ENDO-Klinik Hamburg**

Evangelisches Amalie Sieveking Krankenhaus

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde im Jahr 2005 vom Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus unterzeichnet. Damit wurde das hausinterne Konzept zum „Beschwerdemanagement“ erweitert und systematisiert.
Unser Konzept verstehen wir als wesentliches Instrument, um Rückmeldungen von Patienten und Besuchern zu erhalten, systematisch zu erfassen und auszuwerten.

Im Folgenden führen wir stichpunktartig auf, wie das Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus die Kriterien der Hamburger Erklärung umgesetzt hat:

1. Zugänglichkeit
Auf folgenden Wegen wird auf die Möglichkeit zu Beschwerden hingewiesen:

- Die Kontaktdaten aller beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie z. B. Telefonnummern und E-Mail-Adressen sind im Internet zugänglich.
- Jede Station hat aushängende Informationen, die u. a. auch die Kontaktdaten zum Beschwerdemanagement beinhalten.
- In den zentralen Hallen, somit auf jedem Stockwerk des Hauses, sind Briefkästen für Meinungskarten aufgestellt. Die Meinungskarten sind neben diesen Kästen und im Stationsbereich für jeden zugänglich. Außerdem wird jedem Patienten bei der Aufnahme eine Karte mitgegeben.
- Die Mitarbeiter der Telefonzentrale sind in das Konzept eingebunden und wissen um die Möglichkeiten, eine Beschwerde vorzubringen. Sie vermitteln Telefonate, bzw. den Beschwerdeführer vor Ort, an die zuständigen Sekretariate oder den Beschwerdebeauftragten.
- Schriftliche Beschwerden werden in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Adressaten bearbeitet.
- Der Patientenfürsprecher, Herr Rechtsanwalt Marc-Christopher Rama, ist über ein speziell für diese Aufgabe eingerichtetes Mobiltelefon zu erreichen.

2. Zügige Bearbeitung
In unserer Klinik werden für schriftliche Beschwerden die fallbezogenen Recherchen sofort eingeleitet und in der Regel innerhalb von drei Werktagen eine erste Rückmeldung an den Beschwerdeführer gegeben.
Bei komplexen Beschwerden, bei deren Bearbeitung mehrere Personen beteiligt sind, kommt es zu eventuell zu längeren Bearbeitungszeiten. In solchen Fällen erhält der Beschwerdeführer einen Zwischenbescheid.
Der aktuelle Stand der Beschwerdebearbeitung wird vom Beschwerdebeauftragten kontrolliert und in einer Datenbank erfasst, so dass dieser jederzeit nachvollzogen werden kann.

3. Unabhängigkeit
Die Unabhängigkeit ist durch unseren externen und damit unabhängigen Patientenfürsprecher gewährleistet, mit dem eine gute Zusammenarbeit besteht.

Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus
albertinen
in besten Händen

Kontakt

Rüdiger Gies
Beschwerdebeauftragter
Evangelisches
Amalie Sieveking-Krankenhaus
Haselkamp 33
22359 Hamburg
Tel: 040 / 644 11 - 1
r.gies@amalie.de

4. Transparenz In unserem Konzept zum Beschwerdemanagement sind die Bearbeitungswege und alle Aufgaben der am Verfahren beteiligten Mitarbeiter beschrieben und u. a. auch grafisch in einem Workflow dargestellt. Dieses Konzept ist intern im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich. Nach außen ist eine Transparenz durch die in *1.Zugänglichkeit* aufgeführten Wege gewährleistet. Alle Meldungen, egal ob mündlich oder schriftlich, sowie sämtliche Meinungskarten, werden in einer Datenbank erfasst, jährlich ausgewertet und im Intranet unserer Klinik veröffentlicht. Schon bei der Erfassung werden den Bereichen die Rückmeldungen weitergeleitet, so dass ihnen Kritik und Lob sehr zeitnah zugehen. Nicht zuletzt werden die Beschwerdeführer 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** Unsere Ziele im Beschwerdemanagement sind: • Patienten, Angehörige und Besucher sollen angeregt werden, ggf. vorhandene Unzufriedenheit schon während des Aufenthalts und nicht erst nach Entlassung zu äußern • Beschwerden werden als Möglichkeit gesehen, mit den Betroffenen in einen Dialog zu kommen und als Chance für Verbesserungen • 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. • Die beim Beschwerdeführer entstandene Unzufriedenheit soll abgebaut werden. Über die Akademie für Fort- und Weiterbildung der Albertinen-Gruppe werden Fortbildungen u. a. zu den Themen Gesprächsführung und Konfliktmanagement angeboten und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres Hauses wahrgenommen. In Einzelfällen werden durch den Beschwerdebeauftragten Gespräche mit Mitarbeitern zu den genannten Themen geführt. **7. Zertifizierung** Das Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus wurde im April 2009 nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erfolgreich zertifiziert. Die Zertifizierung des Beschwerdemanagements war dabei ein Bestandteil. Die folgende erste Re-Zertifizierung ist für 2012 geplant und wird z. Zt. vorbereitet. **Patientenrückmeldungen** Meldungen an das Beschwerdemanagement im Ev. Amalie Sieveking-	**Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus**

Krankenhaus für 2010:

Form der Rückmeldung	Anzahl
Meinungskarten	344
sonstige schriftliche Rückmeldungen	38
mündliche Rückmeldungen	25
SUMME	**407**

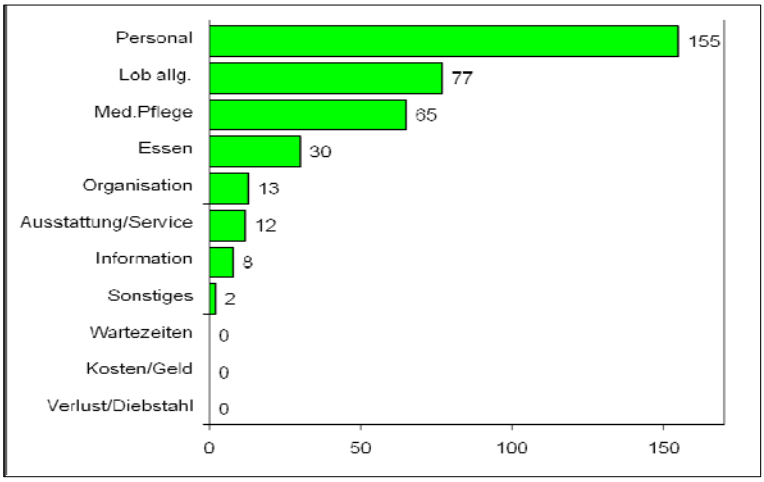
In den 344 Meinungskarten verteilen sich Lob und Tadel wie folgt:

mit Lob-Äußerungen	221 64,2 %
mit Tadel-Äußerungen	168 48,8 %
mit Anregungen	25 7,3 %

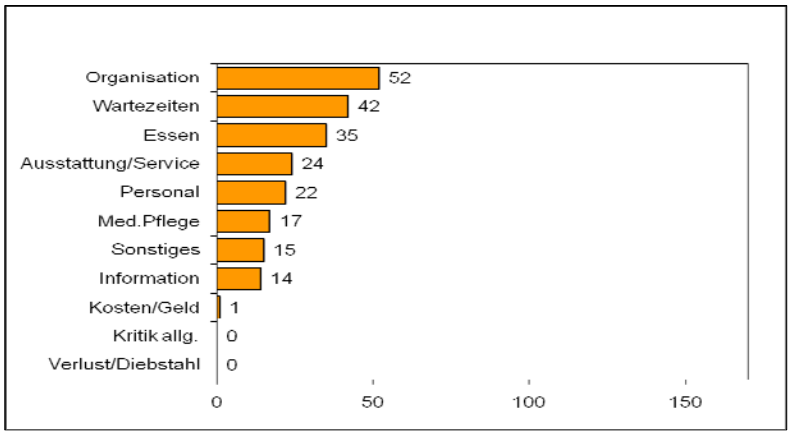
(Mehrfachnennungen möglich)

Kategorisierung der Patientenrückmeldungen

Inhaltlich schlüsseln sich die Lob-Äußerungen wie folgt auf:



Die Tadel-Äußerungen spiegelten sich wie folgt:



Die Anzahl der Rückmeldungen insgesamt sind im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben.

Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Der Schwerpunkt des zweiten Halbjahres lag in der Planung und Umsetzung des Wechsels der Beschwerdebeauftragten. Herr Rüdiger Gies wurde neu für dieses Amt benannt und eingearbeitet, so dass er ab November 2010 eigenständig das Beschwerdemanagement von Frau Nikola Oelckers übernehmen konnte. In diesem Bericht werden daher die neuen Kontaktdaten angegeben.
Dieser Wechsel führte auch zu einer Überarbeitung und Optimierung des Konzeptes „Beschwerdemanagement“:

- Entlastung der Telefonzentrale und Einbindung der Führungssekretariate
- Überarbeitung des Dokumentationsbogens
- kürzere Kommunikationswege, dadurch kürzere Bearbeitungszeiten
- höhere Erreichbarkeit der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- noch engere Anbindung an den Qualitätsmanager.

Des Weiteren ist die ständig steigende Anzahl an Rückmeldungen sehr erfreulich. Über die Beschwerden und Anregungen konnten ein Vielzahl an Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.
Beispielhaft sei hier die Einführung eines EDV-gestützten Systems (i-Transport) für die Organisation der Patiententransporte genannt, die zu einer erheblichen Verkürzung der Wartezeiten vor Untersuchungen geführt hat.
Ebenso wird z. Zt. an der Situation um die Patientenaufnahme, der Belegung und des Entlassungsmanagement gearbeitet. Ziel ist dabei u. a. eine Optimierung der Planungssicherheit für den Patienten zu erreichen.

Die Auswertung der Meinungskarten bestätigte den bekannten Schwerpunkt *Organisation / Ausstattung / Service*. Diesem begegnen wir u. a. mit einer Einbindung der Kenntnisse in unsere Neubaumaßnahme und der damit verbundenen Optimierung der Ausstattung auch in der bleibenden Bausubstanz. Allein das größere Platzangebot in allen Bereichen wird u. E. viele von Patienten und Angehörigen genannte Mängel beseitigen.

Ziele für das nächste Jahr

Im Amalie Sieveking-Krankenhaus beginnt im Jahr 2011 der Neubau eines Funktionstraktes und damit einher gehend eine Umstrukturierung der Klinik. Dadurch wird, wie schon angemerkt, eine bessere Ausstattung erreicht und wir erwarten einen Rückgang der Beschwerden in diesem Bereich. Während der Bauphase werden wir Patienten und Besucher durch aktuelle und kurzfristige Information der Patienten und Besucher die zu erwartenden Beschwerden über Baulärmbelästigung so gering wie möglich halten.

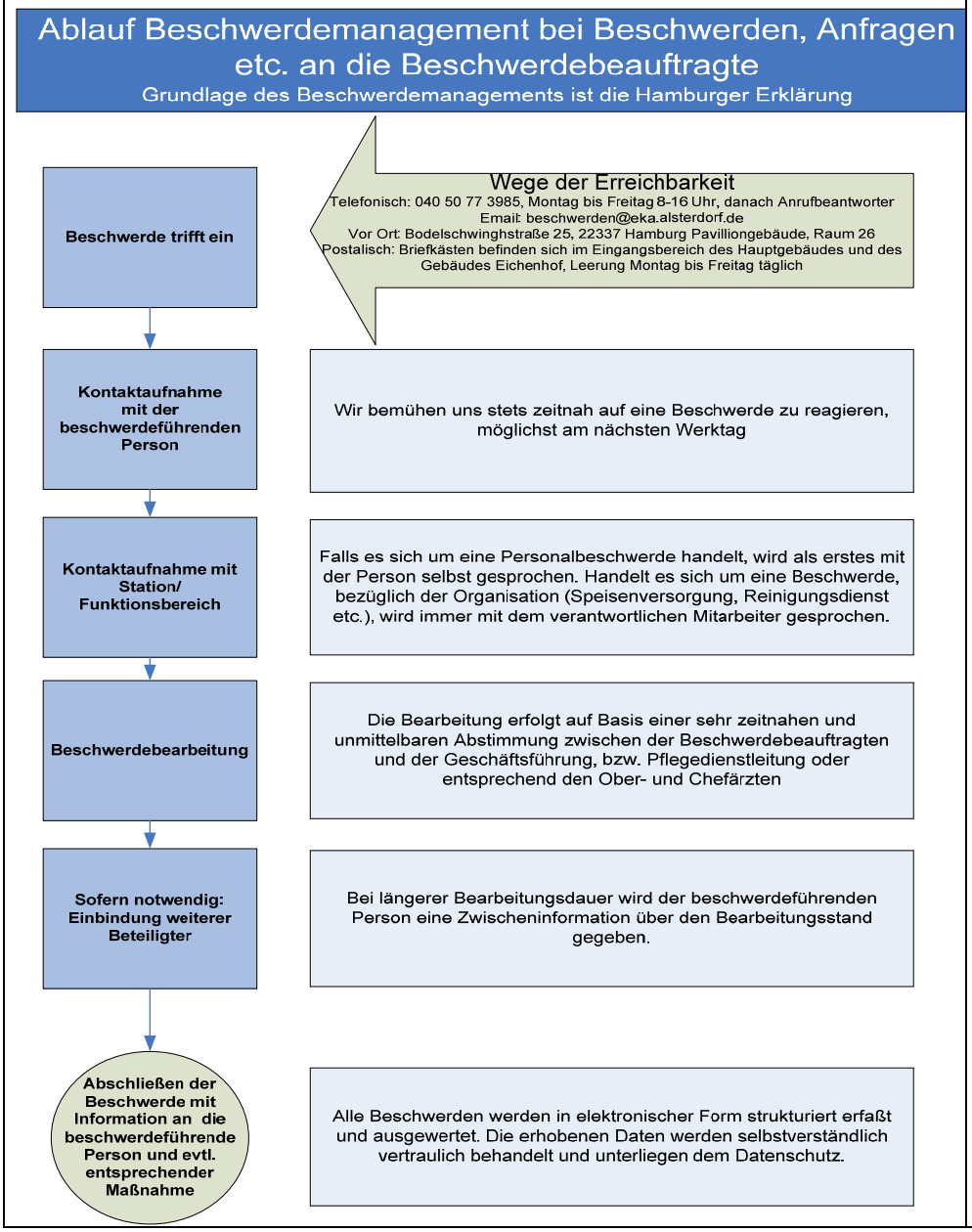
Ein weiterer Schwerpunkt für 2011 ist die Umsetzung der Anforderungen aus der angestrebten Mitgliedschaft im *Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser*.
Dazu sind von einer Arbeitsgruppe alle notwendigen Voraussetzungen und Ressourcen definiert worden.
Nicht zuletzt ist die Einführung eines Risikomanagements geplant, in dessen Schulungsprogramm auch das Beschwerdemanagement ebenso einen Schwerpunkt finden wird, wie in den Erstunterweisungen bzw. den Einarbeitungskonzepten neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

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.
Zu den Grundlagen des internen Beschwerdemanagements zählen das Leitbild der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und das Pflegeleitbild Rahmenbedingungen unseres Beschwerdemanagements im EKA bilden die Anforderungen der Hamburger Erklärung. Den operativen Ablauf im Beschwerdemanagement veranschaulicht die nachfolgende Organisationsbeschreibung:



Kontakt

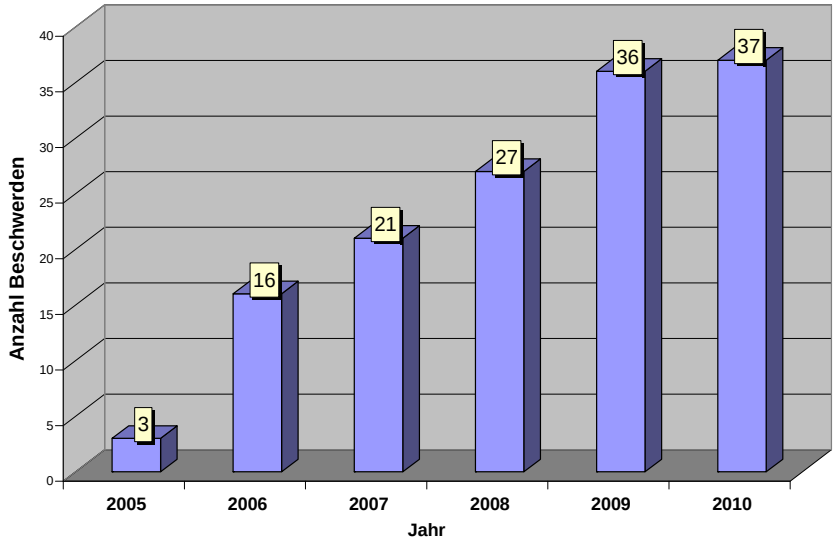
Veronica Bischoff
Qualitätsmanagement
Ev. Krankenhaus Alsterdorf
Bodelschwinghstraße 24
22337 Hamburg
Tel: 040 / 50 77 - 03
v.bischoff@eka.alsterdorf.de

Primäres Ziel des Beschwerdemanagements ist das frühzeitige Erkennen von Situationen mit Beschwerdepotenzial durch alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt. Idealerweise können Anlässe für Beschwerden auf diese Weise frühzeitig ausgeräumt und Beschwerden vermieden werden. Des Weiteren wird auf die Punkte, die Bestandteil der Hamburger Erklärung sind, eingegangen und die Umsetzung im EKA erläutert. **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 Beschwerdebriefkasten ist im Bereich des Haupteinganges des Krankenhauses leicht zu finden. Außerdem können PatientInnen der Beschwerdebeauftragten auch E-Mails schicken. Die E-Mail-Adresse ist auf der Krankenhaushomepage hinterlegt. Ferner besteht die Möglichkeit, dass ein Mitarbeiter die Beschwerde direkt in das Programm „Kritikom“ für den Patienten eingibt. Das Programm sendet umgehend an die Beschwerdebeauftragte und deren Vertretung eine E-Mail über den Ein-gang einer Beschwerde. Als letzter Punkt sei darauf hingewiesen, dass im Gesetzlichen Qualitätsbericht und im auf das Beschwerdemanagement eingegangen wird. **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, die in Abwesenheitszeiten Urlaub, Krankheit etc., als Ansprechpartnerin für Beschwerden benannt. **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 Patientenfürsprecher zur Verfügung. Im Gegensatz zur Beschwerdebeauftragten, die in der Regel werktäglich für die Patienten verfügbar ist, bietet der Patientenfürsprecher zweiwöchentliche Sprechstunden an.	**Ev. Krankenhaus Alsterdorf**

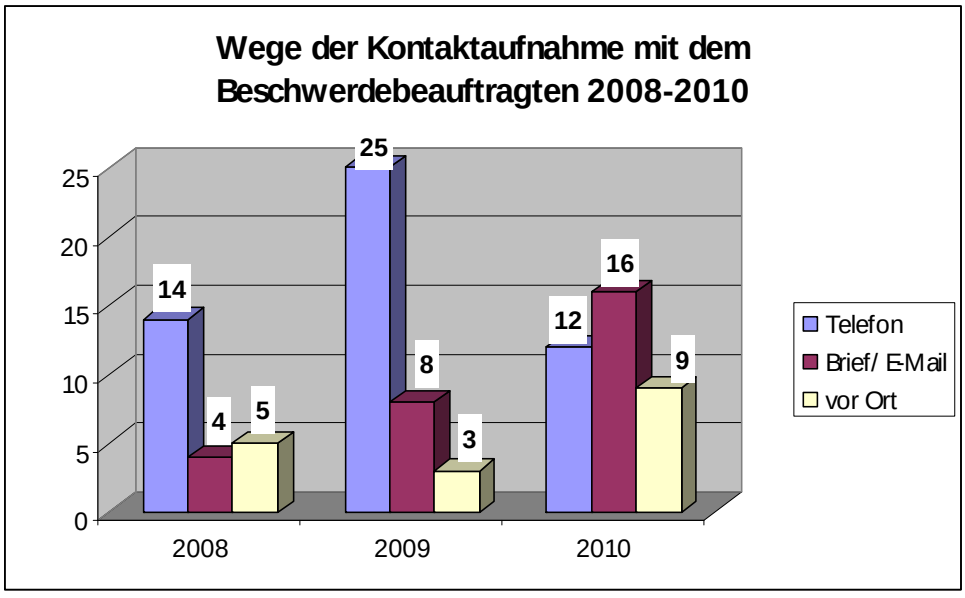
4. Transparenz Transparenz wird in erster Linie durch die breite Kommunikation unseres Beschwerdemanagementsystems sichergestellt. Im Weiteren hat der persönliche Kontakt zur / zum BeschwerdeführerIn oberste Priorität. Falls die Bearbeitung einer Beschwerde mehr als einen Informationsaustausch nötig 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 herangetragen 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 in 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 tituliert wurden, wahr- und ernst zu nehmen. Für diese empathische und feinfühlige 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 hat aufgrund von dringlichen Umbauarbeiten und Modernisierungsbestrebungen auf eine Rezertifizierung nach KTQ verzichtet. Um den Anforderungen der Hamburger Erklärung nachzukommen hat sich das Krankenhaus sich am 08.02.2011 eines Audits durch das Institut für Beschwerdemanagement unterzogen. **Patientenrückmeldungen** Der Hamburger Erklärung entsprechend informieren wir unsere Patienten auf verschiedenen Wegen über Ziele und Erreichbarkeit unseres Beschwerdemanagements und stimulierenso die Äußerung entsprechender Anliegen. Dies geschieht z. B. durch Aushänge auf allen Stationen, den Beschwerdebriefkasten, Hinweise auf Beschwerdebeauftragte und	**Ev. Krankenhaus Alsterdorf**

Patientenfürsprecher in den Patientenfragebögen, auf der EKA-Homepage sowie durch den Gesetzlichen Qualitätsbericht.

Anzahl bei der Beschwerdebeauftragten gemeldeter Beschwerden



Nach seiner Einführungsphase mit Maßnahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung hat sich das Beschwerdemanagement im EKA etabliert.



Bis auf wenige Ausnahmefälle (z. B. urlaubsbedingte Abwesenheit) geschieht die Abstimmung des weiteren Vorgehens zwischen Beschwerdebeauftragter bzw. der Abteilungsleitung oder Geschäftsführung noch am Tag des Beschwerdeeingangs im persönlichen Gespräch mit dem Beschwerdeführer.

Fazit und Ziele für das nächste Jahr

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2005 bis 2010 sehen kann, haben die Beschwerden geringfügig zugenommen. Dies wird von uns insofern als positiv gewertet, als dass das Beschwerdemanagement als immanen-

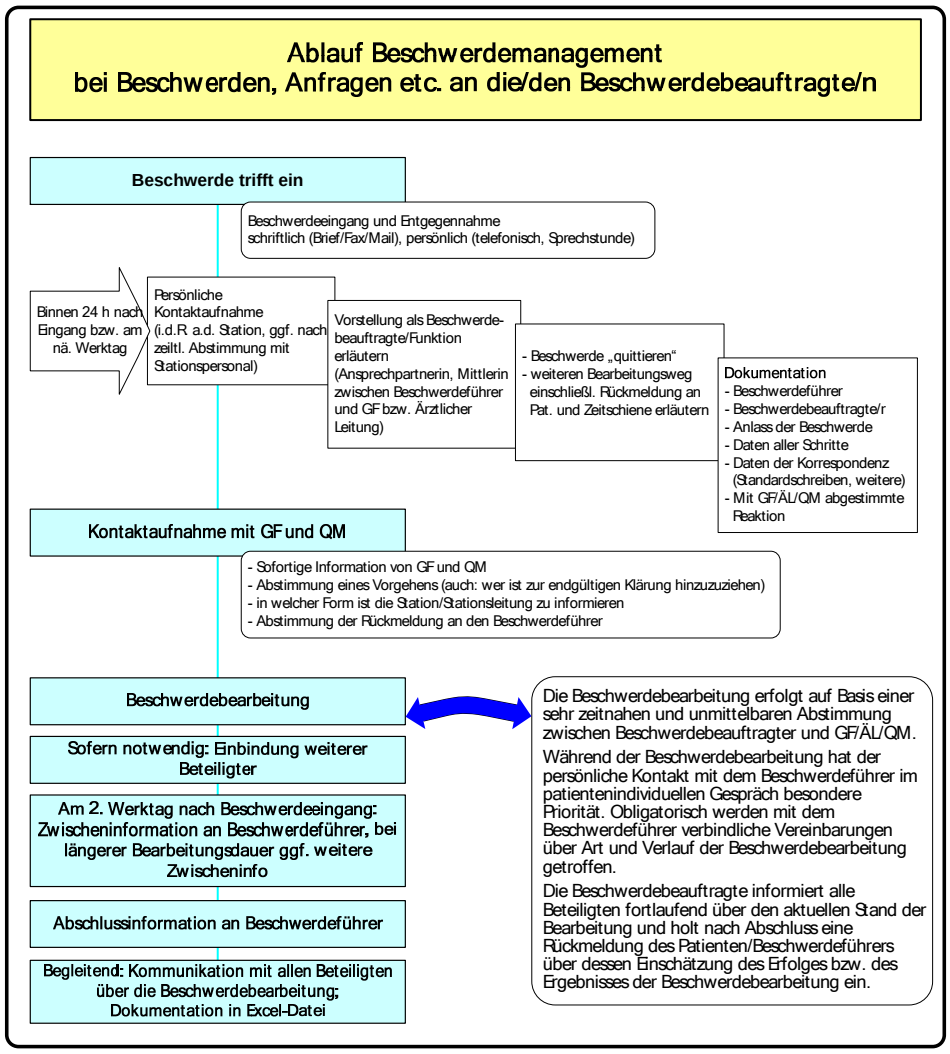
Ev. Krankenhaus Alsterdorf

ter 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 Speisepläne werden regelmäßig mit dem Qualitätsmanager des Lieferanten besprochen • Weitere elektronische Betten wurden angeschafft • Monatliche Begehungen mit der Reinigungsfirma und den Abteilungsleitungen wurden eingeführt • In der Inneren Medizin wurden Therapiepässe eingeführt • Bei Entlassungen werden die oftmals umfangreichen Dokumente und Medikamente komfortabel in einem extra dafür vorgesehenen Umschlag mitgegeben. Es wurden unterschiedliche Verbesserungsprojekte umgesetzt oder für 2011 geplant: • Es ist eine Software zur Bearbeitung und Auswertung der Beschwerden implementiert worden • Alle MitarbeitInnen wurden auf das Programm „Kritikom“ geschult • Austausch zwischen den Beschwerdebeauftragten von EKA mit dem Heinrich Sengelmann Krankenhaus und der Asklepios Klinik Barmbek • Detaillierten Jahresauswertung der Beschwerden und Fortschreibung 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 • Das Beschwerdemanagementsystems ist seit dem 24.03.2011 zertifiziert.	**Ev. Krankenhaus Alsterdorf**

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. Rahmenbedingungen des HSK-Beschwerdemanagements bilden die Anforderungen der Hamburger Erklärung. Den operativen Ablauf im Beschwerdemanagement veranschaulicht die nachfolgende Organisationsbeschreibung.



Primäres Ziel des Beschwerdemanagements ist das frühzeitige Erkennen von Situationen mit Beschwerdepotential durch alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt. Idealerweise können Anlässe für Beschwerden auf diese Weise frühzeitig ausgeräumt und tatsächliche Beschwerden vermieden werden. Im Mitarbeiterhandbuch heißt es hierzu: „Grundsätzlich

Kontakt

Regina Rathmann
Heinrich Sengelmann Krankenhaus
Kayhuder Str. 65
22863 Bargfeld-Stegen
Tel. 04535 / 505 321
r.rathmann@alsterdorf.de

ist es unser Ziel, Beschwerden möglichst umgehend zu bearbeiten und vor Ort den Anlass der Beschwerde zu beseitigen“. Die Vision: Jeder Mitarbeitende ist Beschwerdemanager. Im folgenden wird auf die Punkte der Hamburger Erklärung eingegangen und die Umsetzung im HSK erläutert: **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 Teammitglied 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 QM-Schulungen und das Mitarbeiterhandbuch) über Funktion und Strukturen des Beschwerdemanagements unterrichtet. Sie sind gehalten, bei Bedarf auf die Kontaktmöglichkeit zur Beschwerdebeauftragten - oder auch zum Patientenfürsprecher (siehe Punkt 3) - hinzuweisen. 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. Sprechstunde ist einmal wöchentlich sowie jederzeit kurzfristig nach Absprache. Auch der Qualitätsmanager ist Ansprechpartner für Beschwerden. Auf allen Stationen, in Wartebereichen und in den Tageskliniken gibt es Aushänge zum Beschwerdemanagement. Der Beschwerdebriefkasten ist im Eingangsbereich des Sozialdienstes leicht zu finden (Leerung täglich). Außerdem können PatientInnen der Beschwerdebeauftragten auch E-Mails schicken. Die E-Mail-Adresse ist beispielsweise auf der Krankenhaushomepage hinterlegt **2. Zügige Bearbeitung** Generell liegt es im Interesse des Krankenhauses, Beschwerden zügig zu bearbeiten. Dieses Interesse wird intern auf breiter Ebene kommuniziert. Die Beschwerdebeauftragte steht daher in unmittelbarer Kommunikation zum Qualitätsmanagement und zur Geschäftsführung. Wie die Übersicht zur Ablauforganisation im Beschwerdemanagement zeigt, wird ein Beschwerdeführer spätestens am nächsten Werktag persönlich aufgesucht. In Vertretungssituationen (Urlaub, Krankheit etc.) steht der Qualitätsmanager in gleicher Weise als Ansprechpartner für Beschwerden zur Verfügung. Für Beschwerden von Mitarbeitenden hins. ihrer Vorgesetzten stehen Mitarbeitervertretung, Pflegedienstleitung oder die Geschäftsführung 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 Patientenfürsprecher zur Verfügung. Im Gegensatz zur Beschwerdebeauftragten, die i. d. R. werktäglich für die Patienten verfügbar ist, bietet der Patientenfürsprecher zweiwöchentliche Sprechstunden an und sucht	**Heinrich Sengelmann Krankenhaus**

alle Stationen persönlich auf.

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 von beiden Seiten als abgeschlossen betrachtet wird. 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. Weiterhin veröffentlichen wir den jährlichen Statusbericht über die Tätigkeiten im Rahmen des Beschwerdemanagements, in dem ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird.

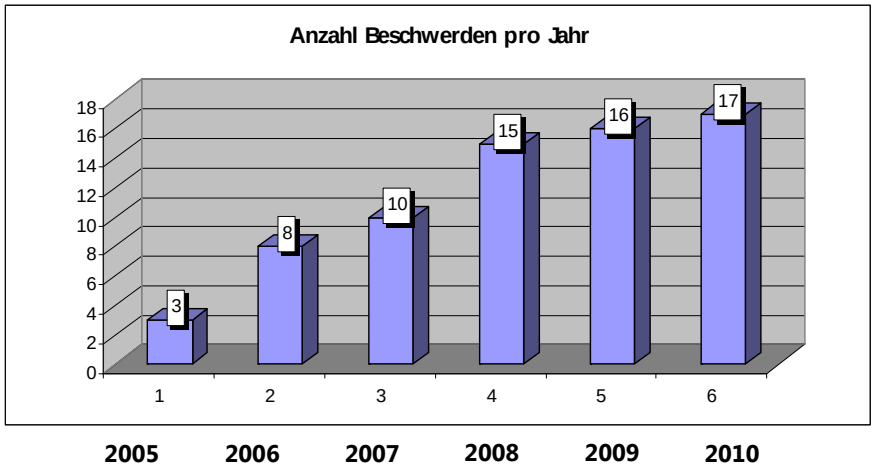
5. Verantwortung
Verantwortung, Aufgabe und Kompetenz der Beschwerdebeauftragten sind so zugeschnitten, dass sie ihr Amt patientenorientiert wahrnehmen kann. Das Aufgabengebiet ist schriftlich definiert und im Haus auf jeder Ebene kommuniziert.

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 die Inhalte des Mitarbeiterhandbuchs sensibilisiert.

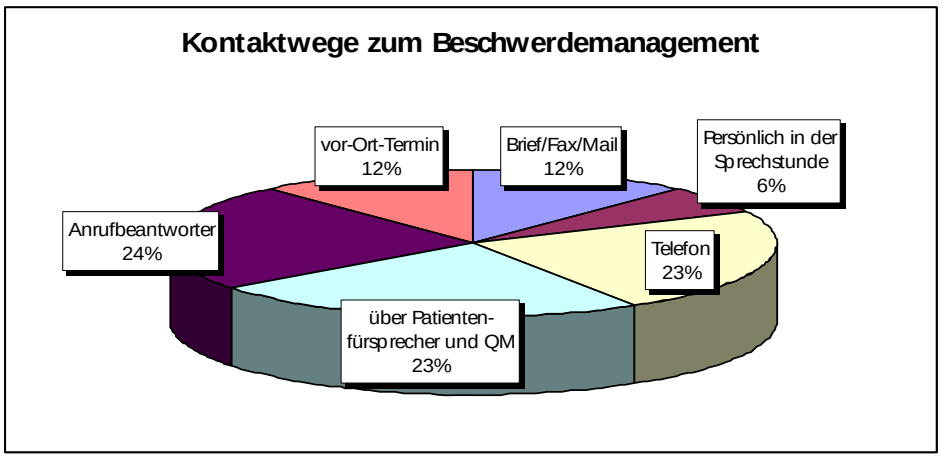
7. Zertifizierung
Die Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements ist gewährleistet durch die krankenhausspezifische Zertifizierung nach den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ). Die letzte Rezertifizierung fand im September 2009 statt. Sie hat eine Gültigkeit von drei Jahren.

Heinrich Sengelmann Krankenhaus

Patientenrückmeldungen



Nach einer Umsetzungsphase von sechs Jahren ist das Beschwerdemanagement im HSK ein etabliertes System.



Für die erste Kontaktaufnahme zum Beschwerdemanagement wird in 77 % der Fälle die Beschwerdebeauftragte angesprochen. Die verbleibenden 23 % wenden sich an den Patientenfürsprecher oder – z. T. vertretungsbedingt – an den Qualitätsmanager.

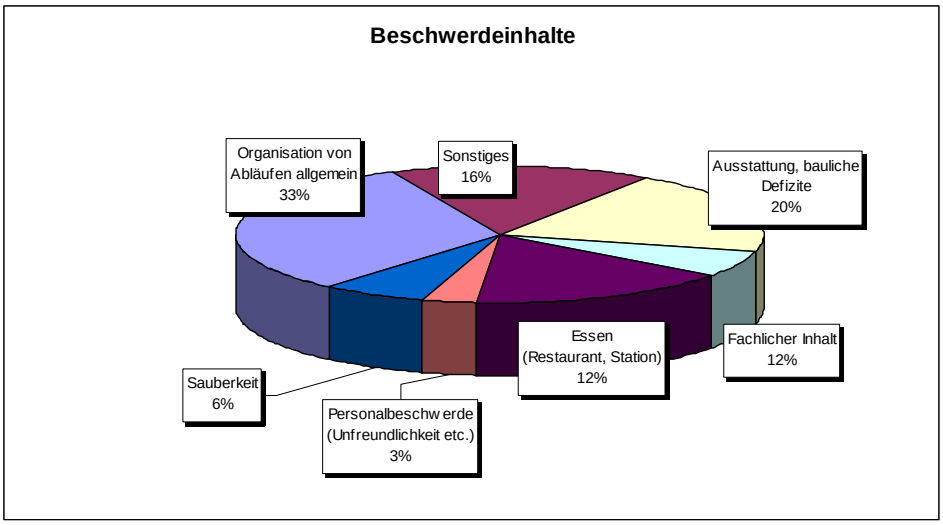
Nach wie vor werden Beschwerdebriefe in einigen Fällen auch von mehreren Patienten gemeinsam unterzeichnet, so z. B. Rückmeldungen zu den Öffnungszeiten des Patientenrestaurants

Kategorisierung der Rückmeldungen

Prinzipiell reagieren die Patienten der Psychiatrie – und hier insbesondere der langjährigen „Wiederkehrer“ – sensibel auf personelle Veränderungen innerhalb der ihnen vertrauten Stationsteams.
Besonders die jüngere Klientel aus dem Bereich der Suchtmedizin kritisiert die als unzureichend empfundenen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. In diesem Zusammenhang sind auch die gehäuften negativen Äußerungen zur Verkürzung der Restaurantöffnungszeiten zu sehen.
Von Patienten in unseren beiden Altbauten werden gehäuft die Ausstattungsunterschiede zu den neueren Gebäuden als Defizit empfunden und geäußert. Die ersten Bauabschnitte im Rahmen unserer Gelände- und

Heinrich Sengelmann Krankenhaus

Gebäudemasterplanung befinden sich in der Umsetzung.



Fazit und Verbesserungspotenziale für 2011

Heinrich Sengelmann Krankenhaus

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2005 bis 2010 sehen kann, haben die Beschwerden insgesamt zugenommen und stagnieren derzeit auf dem erreichten Niveau. Dies wird von uns als positiv bewertet, da das Beschwerdemanagement als immanenter Bestandteil der Arbeit im Krankenhaus verstanden wird und als etabliert bezeichnet werden kann. 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:

- Neustrukturierung des Speisenangebots im integrativen Patienten-/ Mitarbeiterrestaurant: In Kooperation zwischen Hauswirtschaftsleitung und der Betriebsleitung von Küche / Restaurant wurde das Speisenangebot qualitativ insbesondere hins. seiner Nährstoffzusammensetzung verbessert. Neu sind weiterhin monatliche Sonderaktionen (Themenmenüs) zur Bereicherung der Speisenauswahl (2010).
- Erneute Anpassung der Zeitpunkte, zu denen die Patienten der einzelnen Stationen im Restaurant ihr Mittagessen einnehmen, um Wartezeiten bei der Essensausgabe zu vermeiden (2010).
- Umfangreiche Planungen zur Veränderung der baulichen Situation (Gebäudemasterplanung) und der damit verbundenen Ausstattungsunterschiede unter den Stationen (seit 2008). Beginn der Bauabschnitte „Erweiterungsbau Gerontopsychiatrie“ und „Gerontogarten“ (2010)
- Anschaffung einer Projektionsanlage für TV-Übertragungen / Public Viewing im Julius Jensen Saal z. B. bei der Fußball-WM (2009)
- Start der Veranstaltungsreihe „HSK-Mittwochskino“ für Patienten und Mitarbeitende (2010)
- Technische Aufrüstung des zentralen Internetzuganges für Patienten: Durch veränderte Server- und Druckeranbindung wurde die Verfügbarkeit des Internets verbessert (2010)
- Austausch der Fenster auf zwei Stationen aufgrund von Beschwerden über Windgeräusche trotz bereits geplantem

Rückbaus des betreffenden Hauses (2010) • Ersatz eines Kühlaggregats an einer Hausfassade, nachdem dessen Betriebsgeräusch von Patienten als störend empfunden wurde (2010) • Fortentwicklung vom Verständnis des Beschwerdemanagements als etwas Negatives hin zum Verständnis, dass Beschwerden die Möglichkeit bieten, Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. Dies unter anderem durch Vorbereitung und Durchführung einer berufgruppenübergreifende internen Fortbildungsveranstaltung zur Dienstleistungs-/ Kundenorientierung und zur Beschwerdekultur. (seit 2008) Jenseits dieser Maßnahmen bietet die ärztliche Leitung Beschwerdeführern bei Unzufriedenheit mit den Behandlungsverläufen auch nach dem Krankenhausaufenthalt die Möglichkeit, offnen Fragen in einem persönlichen Gespräch mit dem Ärztlichen Direktor und ggf. weiteren Beteiligten zu klären. Verbesserungspotenzial hins. der Abläufe im Beschwerdemanagement liegt grundsätzlich in der zeitnahen Bearbeitung der Beschwerden, wenn z. B. die Klärung durch Hinzuziehen Dritter besonders aufwändig ist. Hier wurde als Qualitätsindikator als Zielgröße eine Bearbeitungszeit von durchschnittlich drei Werktagen festgelegt. Grundsätzlich sind personelle Ressourcen aller an der Beschwerdebearbeitung Beteiligter, 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.	**Heinrich Sengelmann Krankenhaus**

Helios Mariahilf Klinik Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es in der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg seit 2005.
Die in 2009 geänderten Zugänglichkeiten und Strukturen des Beschwerdemanagements haben sich für 2010 bewährt und werden somit beibehalten.

1. Zugänglichkeit

- Die „Beschwerdeflyer“ (Meinungskarte) liegen in allen öffentlichen Bereichen, wie Patientenaufnahme, Empfang, Warteecken und Stationen, aus.
- Ein Kontaktformular ist auf der Internetseite eingerichtet. Eine E-Mail-Adresse ist hinterlegt, so dass die Beschwerdebearbeiter per E-Mail dieses ausgefüllte Kontaktformular direkt erhalten. Außerdem kann hier der Patientenfürsprecher auch direkt angeschrieben werden, da zusätzlich eine E-Mail-Adresse für den Patientenfürsprecher hinterlegt wurde.
- Ein separater Patientenfragebogen mit der Bezeichnung „Ihre Meinung ist uns wichtig“ wurde für alle HELIOS Kliniken entwickelt und wird bei Aufnahme jedem Patienten erläutert und mitgegeben. Die Patientenfragebögen werden durch einen anonymisierten Patienten-Code gekennzeichnet. Mit diesem Code kann nachvollzogen werden, in welcher Klinik, Fachabteilung sowie Zeitraum dieser Patient gelegen hat. Die Auswertung findet an einer zentralen Stelle statt und wird monatlich durchgeführt. Die Leiter der Fachabteilungen werden über das Ergebnis informiert und stellen diese in Ihren Fachabteilungen vor. Die Maßnahmen, die eventuell umgesetzt werden müssen, um eine Verbesserung der jeweiligen Punkte zu erzielen, werden in den Fachabteilungen erarbeitet.
- Unser Patientenfürsprecher (Herr J. Wolfgang Vogt) kann weiterhin telefonisch per Anrufbeantworter erreicht werden. Außerdem steht auf dem neuen Flyer ein Kontaktfeld, welches auf Wunsch vom Beschwerdeführer angekreuzt werden kann, zur Verfügung. Das ermöglicht den Beschwerdebearbeitern, sofort per Fax oder per E-Mail den Patientenfürsprecher zügig zu kontaktierten.
- In der Eingangshalle am Empfang ist ein farbiger (britisch grün), großer Briefkasten platziert, mit der Bezeichnung „Ihre Meinung ist gefragt!“. Dieser wird täglich geleert. Über diesem Briefkasten wird per Plakat auf das Beschwerdemanagement und die Patientenbefragung hingewiesen.

Bei persönlich vorgebrachte Beschwerden ist jeder Mitarbeiter angehalten, diese zu erfassen und an das Beschwerdemanagement zur weiteren Bearbeitung weiter zu leiten.

2. Zügige Bearbeitung
Die Bearbeitung der Beschwerden konnte auf drei Personen verteilt wer-

HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg

Kontakt

Renate Schulz
Beschwerdemanagement
HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
Stader Straße 203 c
21075 Hamburg
Tel: 040 / 790 06 - 0
ihre.meinung@helios-kliniken.de

den. Es ist eine Sammelstelle im PC eingerichtet worden, auf dem die drei „Beschwerdebearbeiter“ Zugriff haben. Ein Erstanschreiben, sofern gewünscht, wird innerhalb von fünf 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 vier 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 gern angenommen werden. **3. Unabhängigkeit** Unser Patientenfürsprecher Herr J. Wolfgang Vogt ist als unabhängiger Berater für Kunden-/ Patientenbeschwerden telefonisch erreichbar. Außerdem ist Herr J. Wolfgang Vogt auf dem Flyer, wie unter Punkt (1) beschrieben erreichbar und im Internet sind die Kontaktdaten unseres Patientenfürsprechers frei geschaltet. **4. Transparenz** Die Mitarbeiter werden immer von ihrem Leiter über Beschwerden, Lob und Kritik informiert. Eine Auswertung und Vergleich wird viertel jährlich im Direktorium gezeigt. Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden monatlich an die Abteilungsleiter der verschiedenen Abteilungen gesandt. Die Abteilungsleiter stellen die Ergebnisse ihren Mitarbeitern vor und besprechen Maßnahmen zu Verbesserungen falls nötig. **5. Verantwortung** Verantwortliche Ansprechpartnerin für Organisation und Bearbeitung ist Frau Renate Schulz (Sekretariat der Geschäftsführung). Sie bespricht einmal monatlich in einem dafür festgelegten Termin die Maßnahmen und Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement. Für die Umsetzung der Zertifizierung ist das Qualitätsmanagement verantwortlich. Für 2011 ist geplant, die Umsetzung der geplanten Maßnahmen aus jeder Beschwerde durch das Qualitätsmanagement prüfen zu lassen, so dass eine Kontinuität in der Bearbeitung der Maßnahmen der Beschwerden besteht und es somit zu einer Qualitätssteigerung führt. **6. Unternehmenskultur** Ein Beschwerdemanagement gehört zur Unternehmenskultur der HELIOS-Kliniken und wird immer weiter ausgebaut und gefördert. **7. Zertifizierung** Im Zuge der Zertifizierung unseres Brustzentrums nach DIN EN ISO 9001 wird unser Beschwerdemanagement zertifiziert. **Patientenrückmeldungen** Anzahl Patientenrückmeldungen im alten System bis einschließlich August 2009: Patientenfragebögen **249** Erfasste Beschwerden mittels „Beschwerdeflyer“ **143**	**HELIOS Mariahilf Klinik**

Anzahl Patientenrückmeldungen im neuen System ab 1. September 2009:

2010

Patientenfragebögen	**4247**
Erfasste Beschwerden mittels „Beschwerdeflyer“	**92**

Im Mai 2009 wurde das System der Beschwerdeerfassungen umgestellt, daher haben wir 2009 weniger Eingänge der Patientenrückmeldungen als 2008. Seit 1. September 2009 erfassen wir die Patientenzufriedenheit mittels Patientenbefragungsbogen, „HELIOS Konzernweit“. Durch die kontinuierliche Ausgabe der Fragebögen, einen Tag vor Entlassung des jeweiligen Patienten, ist die Rücklaufquote ernorm angestiegen. Das neue System der Befragung löst das vorherige Befragungssystem ab.

Kategorisierung der Rückmeldungen

	2008	2009	2010
Anzahl Lob	**411**	**108**	**28 ***
Anzahl Beschwerden	**47**	**41**	**64**

* Die Anzahl der Lobe fällt 2010 zu den Vorjahren geringer aus, da die Patientenbefragungsbögen diese Kategorie beinhaltet. Der Beschwerdeflyer wird da daher von den Patienten hauptsächlich für Beschwerden und weniger für Lobe genutzt.

Die Kategorisierung des „Beschwerdeflyer“ ist in Ärztliche Leistungen, Pflegerische Leistungen, Reinigung, Verpflegung, Küche, Patientenaufnahme / Empfang, Unterbringung / Ausstattung, Wartezeiten, Verwaltung, Service, Telefon / TV / Internet, Gesamteindruck (Orientierung, bauliche Gegebenheiten etc.), Sonstiges aufgeteilt.

HELIOS Mariahilf Klinik

Kategorisierung der Beschwerde-rückmeldungen	2009		2010	
	Lob	Beschwerde	Lob	Beschwerde
Ärztliche Leistung	62	16	36	17
Pflegerische Leistung	63	15	39	13
Reinigung	9	5	19	8
Verpflegung / Küche	12	3	13	20
Patientenaufnah-me / Empfang	12	1	26	6
Unterbringung / Ausstattung	11	1	20	8
Wartezeiten	13	0	23	10
Verwaltung	5	0	12	1
Service	9	0	14	0
Telefon / TV / Internet	6	0	10	1
Gesamteindruck	11	0	26	1
Sonstiges	0	0	5	6

Korrekturmaßnahmen

Beschwerde zusammengefasst:
Umgang mit persönlichen Dingen und Wertgegenständen führte zwischenzeitlich zu Beschwerden.
Korrekturmaßnahmen:
Die bestehende Verfahrensanweisung wurde mit dem Pflegedienstleiter und den Mitarbeitern der Pflege überarbeitet und den Mitarbeitern in einer Sitzung erläutert. Die Verfahrensanweisung ist über das Intranet allen Mitarbeitern zugänglich

Beschwerde zusammengefasst:
Zu wenig und altes Spielzeug in der Kinderabteilung.
Korrekturmaßnahmen:
Nach einer Bestandaufnahme durch die Stationsleitung wurde neues Spielzeug angeschafft. Außerdem wurden neue Spielgeräte im Außenbereich aufgestellt, mit direktem Zugang von der Kinderstation.

HELIOS Mariahilf Klinik

Beschwerde zusammengefasst: Unwürdiger Abschied eines Verstorbenen wurde kritisiert, da kein Abschiedsraum eigens dafür vorhanden war. Korrekturmaßnahmen: Ein Abschiedsraum wurde in Zusammenarbeit mit der Seelsorge, Pflegedienstleitung und Ärztlichen Direktor eingerichtet. **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten** Beschwerde zusammengefasst: Umgangston der Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen wurde kritisiert. Verbesserungsmaßnahmen: Schulung Kundenorientierung für alle kundennahen Berufsgruppen in der HELIOS Mariahilf Klinik. Beschwerde zusammengefasst: Vermehrt persönliche Konfliktgespräche mit Patienten und Angehörigen sind nicht immer kompetent durch geführt worden. Verbesserungsmaßnahme: Es ist wichtig, den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, derartige Konfliktgespräche kompetent zu führen. Daher wird ein Deeskalationstraining / Umgang mit Konfliktsituation für alle kundennahen Berufsgruppen in der HELIOS Mariahilf Klinik durch geführt. **Ziele für das nächste Jahr** Durch vermehrtes Beschwerdeaufkommen bezüglich der Reinigungsleistung sind folgende Maßnahmen für 2011 unumgänglich und wurden für 2011 als feste Ziele implementiert: • Neuer Dienstleister für Reinigungsleistungen • Versiegelung der Fußböden für zukünftig bessere Reinigung • Streichen der Wände und Türzargen in allen Flurbereichen **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. • Entwickelt ein verstärktes Bewusstsein als Dienstleister.	**HELIOS Mariahilf Klinik**

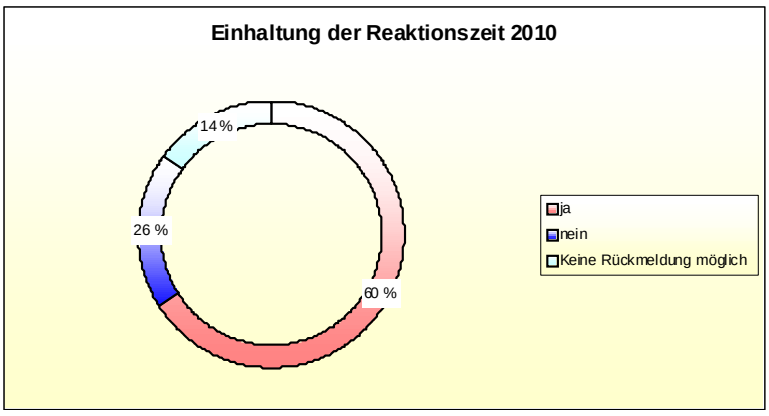
Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

1. Zugänglichkeit
Bei der stationären Aufnahme in das IKH wird jedem Patienten ein Meinungsbogen ausgehändigt. Ambulante Patienten finden in den jeweiligen Warteräumen / Funktionsabteilungen oder neben den Briefkästen entsprechende Formulare.
Aushängende Informationstafeln, die über die Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale als krankenhausunabhängige Institution informieren, befinden sich gemeinsam mit den Meinungsbögen in jedem Stationsbereich.
Somit haben auch Angehörige und Besucher/innen die Möglichkeit, schriftlich Ihre Meinung zu äußern. Zur Wahrung der Anonymität bei der Abgabe der Bögen befinden sich Briefkasten in der Empfangshalle und auf jeder Ebene in der Nähe der Fahrstühle sowie in den Funktionsbereichen. Sie werden werktags täglich geleert.

2. Zügige Bearbeitung
Eine Verfahrensanweisung gewährleistet einen standardisierten Umgang und eine zügige Bearbeitung der Beschwerden. Sie ist im Intranet hinterlegt und somit jeder/m Mitarbeiter/in zugänglich. Eine Reaktionszeit werktags von 24 bis 48 Stunden nach Erhalt der Beschwerde ist festgelegt.



Die Erfassung der Reaktionszeiten wurde erstmals im 2. Halbjahr 2009 durchgeführt (Einhaltung 40 %). Im Jahr 2010 konnte deutlich häufiger zeitnah auf Beschwerden reagiert werden.

3. Unabhängigkeit
Das IKH arbeitet seit vielen Jahren mit den Patientenfürsprechern/innen der Verbraucherzentrale in Hamburg als Vertreter einer krankenhausunabhängigen Institution zusammen.

Kontakt

Birgit Steffens
Beschwerdebeauftragte
Israelitisches Krankenhaus
Orchideenstieg 14
22297 Hamburg
Tel: 040 / 511 25 - 6110
beschwerdemanagement@ik-h.de

4. Transparenz
Ein ergebnisorientierter Bericht wird einmal jährlich erstellt. Dieser enthält die erhobenen und ausgewerteten Daten des Beschwerdemanagements und ist in seiner vollständigen Fassung sowohl im Intranet als auch im Internet unter www.ik-h.de in der Rubrik Lob und Kritik abgebildet.
Halbjährlich findet eine Auswertung der einzelnen Fachabteilungen statt. Diese Auswertung wird sowohl der Krankenhausleitung als auch den verantwortlichen Mitarbeiter/innen der Bereiche vorgelegt. In Teamsitzungen der jeweiligen Fachabteilung wird dieser Bericht inhaltlich besprochen.
Die Vergleichsauswertung der Jahre 2005 bis Oktober 2010 wurde den anwesenden Mitarbeiter/innen des Hauses bei der letzten Mitarbeiterversammlung Anfang Dezember vorgestellt.

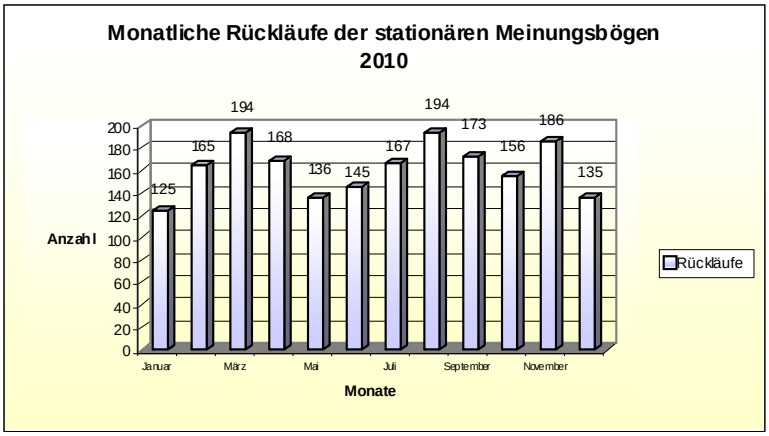
5. Verantwortung
Die Zuständigkeiten sowie die Vertretungsregelung sind in der Verfahrensanweisung beschrieben. Verantwortlich ist der Pflegedirektor, Herr Marcus Jahn. Beauftragte für das Beschwerdemanagement ist Frau Birgit Steffens, Gesundheits- und Krankenpflegerin.

6. Unternehmenskultur
Der Leitspruch des Gründers Salomon Heine „Menschenliebe ist Krone aller Tugenden“ ist bei der Umsetzung der Hamburger Erklärung von entscheidender Bedeutung. Zitat des Leiters der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucherzentrale:
„Das Beschwerdemanagement im IKH ist ein Indikator für Menschlichkeit und Kundenorientierung“.

7. Zertifizierung
Das IKH ist nach den Kriterien von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert. Zudem gehört es zu den wenigen Krankenhäusern, die sich im Bereich Beschwerdemanagement einer externen Prüfung unterzogen haben. Das Zertifikat „Kundenorientierung im Gesundheits- und Sozialwesen“ wird für 4 Jahre verliehen und ist ein zusätzlicher Qualitätsnachweis für die Einhaltung der in der Hamburger Erklärung geforderten Verpflichtung zur Zertifizierung des Beschwerdemanagements.

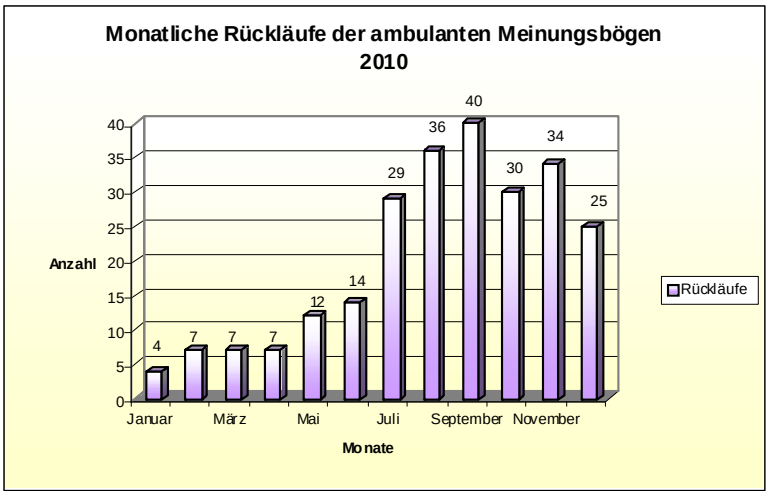
Patientenrückmeldungen

Monatliche Verteilung der Rückläufe (stationär)

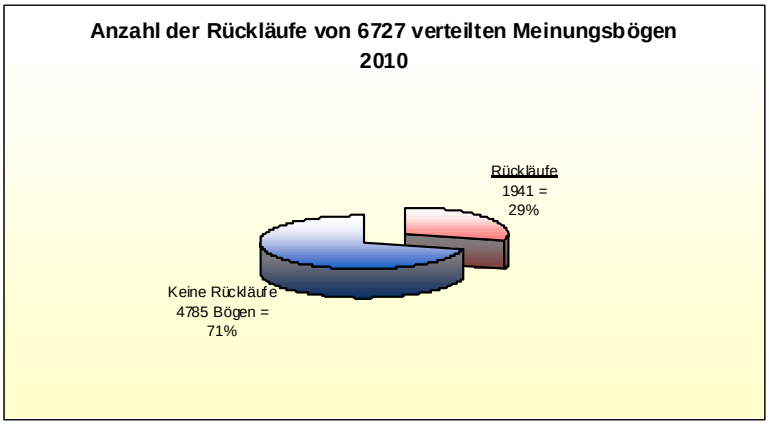


Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Monatliche Verteilung der Rückläufe (ambulant)



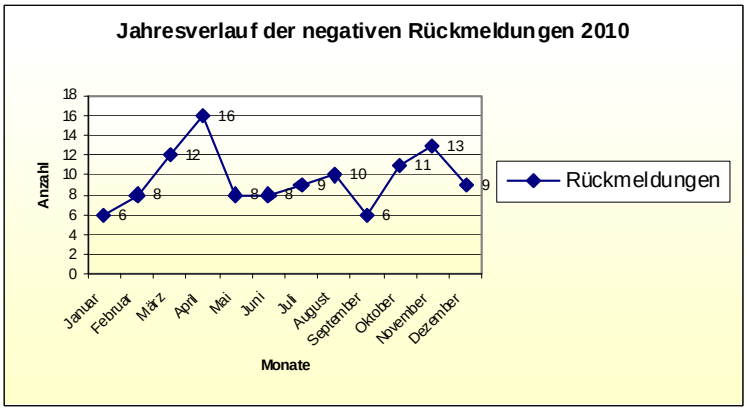
Rückmeldungen stationär gesamt / Patienten gesamt



Die ambulanten Meinungsbögen lassen sich nicht ins Verhältnis setzen, da dem Beschwerdemanagement keine genauen Zahlen vorliegen.

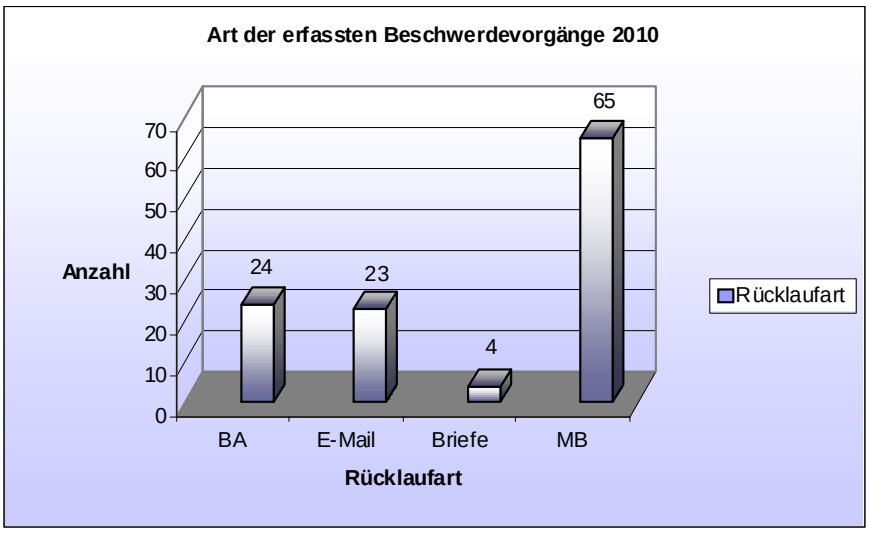
Beschwerden

Jahresverlauf

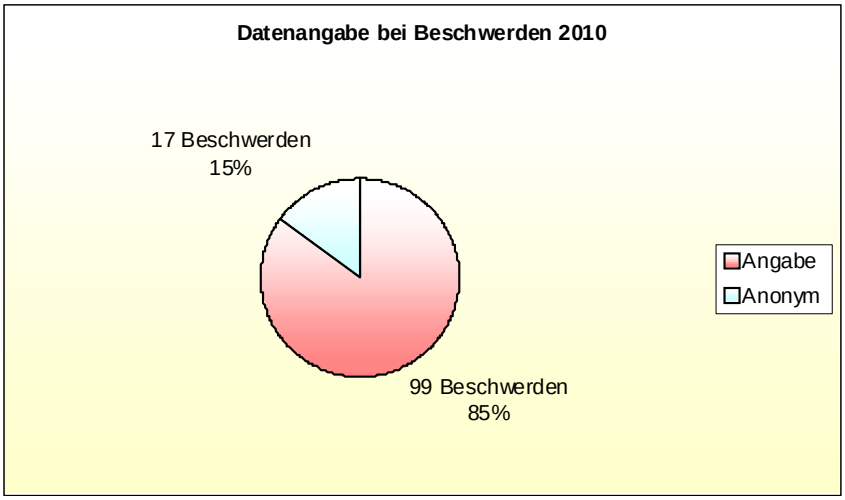


Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Rücklaufart



Datenangabe



Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

- Pächterwechsel in der Cafeteria. Diese wird seit Mai 2010 von der krankenhauseigenen Küche betreut. (Erweiterung des Speisenangebots, Steigerung der Essensqualität)
- Aufstellen eines Münzfernsprechers und Geldautomaten
- Austausch der Fernseher im Bereich der A Stationen, um flächendeckend die Benutzung von Kopfhörern zu ermöglichen
- Durchführung von halbjährlich stattfindenden innerbetrieblichen Fortbildungen zum Thema Beschwerdemanagement sowie Information darüber während der Einführungstage neuer Mitarbeiter (alle zwei Monate)
- Steigerung der zeitnahen Reaktion bei Beschwerden
- Verbesserung des Aufnahmeverfahrens und Belegmanagements durch fachübergreifende Projektgruppe (Rückmeldungen Meinungsbogen, Stationsbelegung, Nutzen von Personalressourcen)

Ziele für das nächste Jahr

- Online Bearbeitung der Meinungsbögen im Internet. Die für das Jahr 2010 geplante Umsetzung wurde verschoben, da sowohl die Internetseite des IKH als auch das gesamte Intranet neu strukturiert und gestaltet wird. Die Umsetzung ist für 2011 geplant
- Weiterhin Optimierung des Aufnahmeverfahrens
- Stärkeren Rücklauf der ambulanten Meinungsbögen durch mehr Stimulation (Herausfiltern etwaiger Problempunkte)
- Reduzierung der Beschwerden durch Mängelbearbeitung

Der vollständige Jahresbericht 2010 sowie weitere Angaben zur Prozessoptimierung sind unter www.ik-h.de nachzulesen.

Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Janssen-Haus
Psychiatrische Tagesklinik Hamburg

Das Janssen Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg Mitte GmbH verfügt über 26 Behandlungsplätze. Wir behandeln im Jahr ca. 200 Patienten.

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung hat die Psychiatrische Tagesklinik erstmals im Winter 2004 unterzeichnet.

1. Zugänglichkeit
Bei der Aufnahme der Patienten wird in der Behandlungsvereinbarung ausdrücklich auf den Beschwerdebeauftragen 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 Mitarbeiter 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.

Seit dem Jahr 2010 wird allen Patienten ein Zufriedenheitsfragebogen vorgelegt. Durchgeführt wird die Befragung durch einen Mitarbeiter, der nicht dem therapeutischen Team angehört, durchgeführt. Die Beschwerden der Patienten bzw. Unzufriedenheit sofern sie nicht im Laufe der Behandlung schon vom Patienten selbst vorgetragen wurden, werten wir regelmäßig aus und versuchen intern Lösungen, bzw. Veränderungen vorzunehmen.

4. Transparenz
Durch die wöchentliche Vollversammlung ist Transparenz gegeben. Wir fertigen jährlich einen Bericht über das Beschwerdemanagement des Janssen-Haus an.

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

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

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 einen Zertifizierung.

Patientenrückmeldungen / Korrekturmaßnahmen

Insgesamt gab es elf Patientenrückmeldungen die persönlich von den betreffenden Patienten beim Beschwerdebeauftragten vorgetragen worden. Sieben Beschwerden wurden auf der wöchentlichen Vollversammlung vorgetragen, zwei im persönlichen Gespräch.

Vier Patienten haben in der Vollversammlung nach den Gründen für die unterschiedliche Behandlungsdauer gefragt. Sie wurden an die behandelnden Ärzte verwiesen. Die Nachfragen – Beschwerden konnten dort in persönlichen Gesprächen geklärt werden.

Beschwerden gibt es immer wieder über das gelieferte Mittagessen. Der Beschwerdebeauftragte hat die Kritik an den Essenslieferanten weitergegeben. Ein neues Koch-Team des Lieferanten hat die Qualität verbessert.

Beschwerden gibt es des Öfteren bezogen auf die Nutzung des Patientencomputers. Es wurde kritisiert, dass es nicht möglich ist patienteneigene Dateien anzulegen. Die datenschutzrechtliche Begründung hierfür wurde akzeptiert. Für die persönliche Datenspeicherung der eigenen Dateien bringen die Patienten eigene Speichermedien mit.

In der wöchentlichen Vollversammlung verabschieden sich in der Regel die am Entlassungstag von allen. Viele Patienten nutzen die Möglichkeit sich für die medizinische, therapeutische, psychotherapeutische und persönliche Unterstützung während des Tagesklinikaufenthaltes zu danken. Mitarbeiter des Teams sind bei der Vollversammlung anwesend, Ärzte und Geschäftsführung nur auf Wunsch der Patienten.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, 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 eine große Bedeutung zu.

Eine Besonderheit ist die Einführung eines Zufriedenheitsfragebogens durch einen externen Mitarbeiter. Die Anwesenheit einer Person ist erforderlich, um auch eine vollständige Rückmeldung zu erhalten, bzw. Hilfestellungen beim ausfüllen anzubieten.

Jannssen-Haus
Psychiatrische Tagesklinik
Hamburg

Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift beteiligt sich seit Einführung an der Hamburger Erklärung. Die Teilnahme ist uns wichtig, da wir die Rückmeldungen der Patienten bzw. von deren Eltern als wichtigen Baustein zur Verbesserung des Klinikaufenthaltes ansehen.

1. Zugänglichkeit
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.

2. Zügige Bearbeitung
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 Zwischennachricht. 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

3. Unabhängigkeit
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 der Beschwerdebeauftragten (Anästhesie) betreffen, leitet sie zur Bearbeitung an die Krankenhausleitung weiter.

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

5. Verantwortung
Die Vorgehensweise in Bezug auf das Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt.
Das Beschwerdemanagement ist Teil des Qualitätsmanagements. Bei

WILHELMSTIFT
Katholisches Kinderkrankenhaus

Kontakt

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

besonderen Beschwerden erfolgt sofort eine Rückmeldung an die Krankenhausleitung, die jährliche Statistik wird im Intranet veröffentlicht. Darüber hinaus werden die Ergebnisse in einer gemeinsamen Sitzung von Chefärzten und pflegerischen Stations- bzw. Abteilungsleitungen besprochen und analysiert.

6. Unternehmenskultur

Gemäß unserem Leitbild, („Das kranke Kind mit seiner Familie steht im Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift im Mittelpunkt“, …“dabei berücksichtigen wir deren Wünsche und Sorgen“ … und … „unterziehen unseren Leistungen einem umfassenden Qualitätsmanagement“) besitzt das Beschwerdemanagement einen hohen Stellenwert in unserem Kinderkrankenhaus. Jeder Mitarbeiter des Hauses nimmt Beschwerden entgegen und kann, wenn nötig, bereits im klinischen Alltag für Lösungen sorgen, oder die Beschwerdebeauftragte hinzuziehen.

7. Zertifizierung

Das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift ist im Jahr 2003 als erstes eigenständiges Kinderkrankenhaus in Deutschland nach KTQ® (Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) zertifiziert worden. 2006 folgte die Rezertifizierung.
Für 2011 wird eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 angestrebt.

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

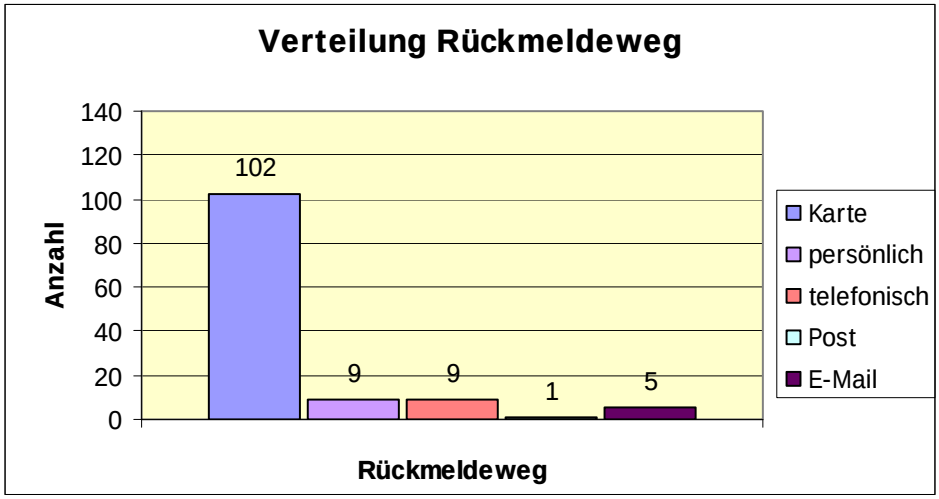
Patientenrückmeldungen

In 2010 gingen insgesamt 126 Lob- und Tadel-Karten ein, dies entspricht der Rückmeldehäufigkeit aus 2009.

Ingesamt gab es 229 positive und 104 negative Rückmeldungen (Mehrfachaussagen pro Karte möglich).

Das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift hat in 2010 ca. 10.000 Patienten stationär oder teilstationär behandelt.

Etwa 42.000 Patienten haben die Klinik ambulant aufgesucht.

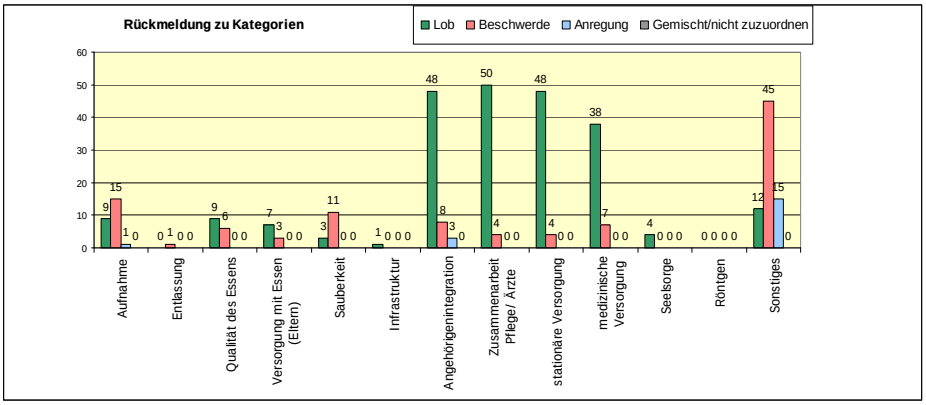


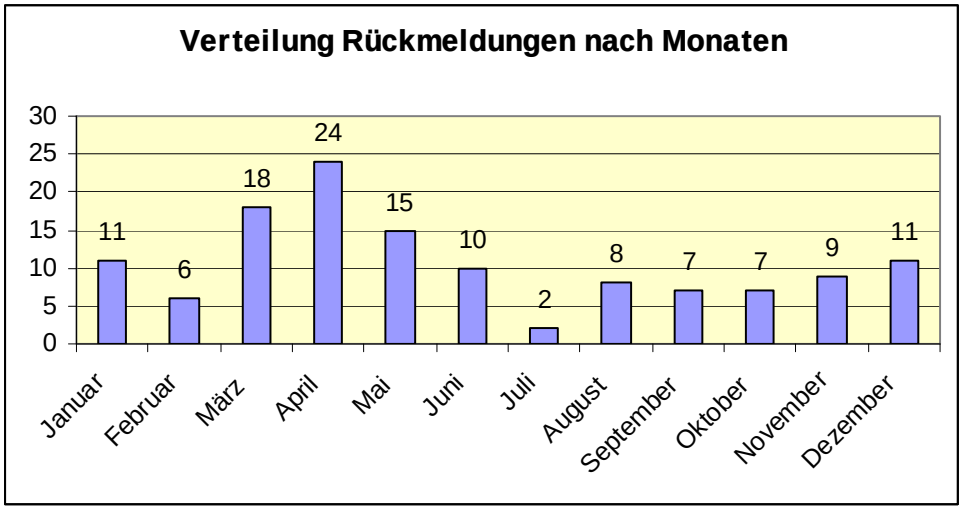
Kategorisierung der Rückmeldungen

Der Großteil der positiven Rückmeldungen bezog sich auf die medizinische und stationäre Versorgung, die Angehörigenintegration und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.

Die meisten negativen Rückmeldungen bezogen sich auf die Servicebereiche.

Zusätzlich zu unserem Lob und Tadel System erfolgt für die Cafeteria und für das Bistro eine zusätzliche Gästebefragung durch unsere Sincerus-Service GmbH. Die Auswertung steht der QM-Steuerungsgruppe zur Verfügung.





Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen

Unter anderem wurden folgende Maßnahmen aus dem Beschwerdemanagement abgeleitet:

- Gründung einer Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Reinigungsqualität
- Kontinuierliche Optimierung der Reinigung (z. B. Intensivierung Wochenendreinigung)
- Eltern erhalten zur Vorbereitung der Entlassung eine Liste der benötigten Medikamente und Salben für Zuhause

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

• Die Servicegesellschaft leitet selbstständig Maßnahmen aus ihren Befragungsergebnissen ab **Fazit / Ziele für das nächste Jahr** Das Beschwerdemanagement im katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift ist systematisch organisiert. Eingehende Beschwerden werden zeitnah bearbeitet und strukturelle Verbesserungen insbesondere im Servicebereich werden umgesetzt. In 2011 soll in einer weiteren Außenstelle das Lob- und Tadelsystem eingeführt werden. Eine Elternbefragung für das Jahr 2011 ist geplant. Nähere Informationen zum Kinderkrankenhaus Wilhelmstift finden Sie auf unserer Homepage: www.kkh-wilhelmstift.de	**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

Katholisches Marienkrankenhaus

Umsetzung der Hamburger Erklärung

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.
Das Marienkrankenhaus ist Mitunterzeichner der "Hamburger Erklärung" seit deren Bestehen im Jahr 2004.
Das Beschwerdemanagement im Marienkrankenhaus basiert auf sechs Pfeilern:

- Entgegennahme und Bearbeitung von schriftlichen und mündlichen Beschwerden im Sinne der Hamburger Erklärung. Die Vorgehensweise ist in der Verfahrensregelung zum "Umgang mit Beschwerden" niedergelegt.
- Patienten-Ideen-Management
  Alle Patienten finden auf ihrem Nachttisch eine Patienten-Meinungskarte mit der Aufschrift "Bitte-Stören!" und haben so kontinuierlich die Möglichkeit, ihre Meinung, Anregung, Ideen und Kritik (auf Wunsch anonym) zu äußern und in extra gekennzeichnete Briefkästen auf den Stationen und einigen Funktionsbereichen zu werfen.
- Hausdame
  Unsere Hausdame begrüßt die neu aufgenommenen Patienten, erkundigt sich, ob alles in Ordnung ist und nimmt Wünsche und Beschwerden direkt auf. Die Anregungen, die nicht unmittelbar geregelt werden können, werden auf einem Erfassungsbogen dokumentiert und die zuständigen Mitarbeiter um Bearbeitung gebeten.
- Mitarbeiterqualifikation
  Der Komplex "Patientenorientiertes Verhalten, Kommunikation, Umgang mit Kritik und Beschwerden" ist bereits seit 2002 ein gut besuchter Schwerpunkt unseres innerbetrieblichen Fortbildungsprogramms.
- regelmäßig durchgeführte schriftlichen Patientenbefragungen (eigene und durch die Kostenträger)
- kontinuierliche Beobachtung von Internetplattformen (z. B. Foren, Blogs) mit nach Möglichkeit nachfolgender Kontaktaufnahme zum Beschwerdeführer
- Kooperation mit der PatientenInitiative Hamburg e. V.
  Um den Patienten auch zusätzlich zum internen Beschwerdemanagement einen externen Ansprechpartner anzubieten, haben wir seit Frühjahr 2006 einen Kooperationsvertrag mit der Patienten-Initiative Hamburg e. V. geschlossen.

MARIEN KRANKENHAUS

Kontakt

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

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. • Auf einem eigenen Infokanal (Fernseher in den Zimmern) werden die Patienten ebenfalls über die Beschwerdemöglichkeit informiert. • 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 des Marienkrankenhauses (http://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 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.	**Kath. Marienkrankenhaus**

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

7. Zertifizierung

- Das Marienkrankenhaus wurde 2005 erstmals und nachfolgend in 2008 und 2011 nach KTQ® zertifiziert.
  Hierin eingeschlossen ist das Kriterium "Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden" (KTQ 2009., 6.3.1).
  Zitat aus dem Visitationsbericht 2008:
  "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."

Patientenrückmeldungen

Insgesamt sind im Jahr 2010 42 schriftliche Beschwerden bei der zentralen Bearbeitungsstelle eingegangen. Die Beschwerdegründe verteilen sich gleichmäßig auf die drei Kriterien: Organisation, Information, medizinische / pflegerische Behandlung.

An unseren externen Kooperationspartner, die Patienten-Initiative Hamburg e. V., wandten sich elf Patienten (vermutete Behandlungsfehler, Kommunikations-/ Informationsmängel, Ausstattungsmängel)

Über die "Bitte-Stören!"-Karten haben wir insgesamt 972 Rückmeldungen erhalten, davon 416 mal Lob und 556 Verbesserungsvorschläge.

Kath. Marienkrankenhaus

Kategorisierung der Rückmeldungen

Die insgesamt 972 Rückmeldungen teilen sich folgendermaßen auf:

Organisation:	Lob:	8	Verbesserungsvorschläge:	76
Ausstattung:	Lob:	15	Verbesserungsvorschläge:	154
Personal:	Lob:	273	Verbesserungsvorschläge:	84
Verpflegung:	Lob:	49	Verbesserungsvorschläge:	64
Baulich-Technisches:	Lob:	3	Verbesserungsvorschläge:	50
Sauberkeit:	Lob:	3	Verbesserungsvorschläge:	34
Allgemein:	Lob:	64	Verbesserungsvorschläge:	10
Wartezeit:	Lob:	0	Verbesserungsvorschläge:	45
Information / Kommunikation:	Lob:	1	Verbesserungsvorschläge:	32

Korrekturmaßnahmen

Hinweise auf organisatorische Mängel werden im Lauf des Jahres in verschiedenen Arbeitsgruppen zur Prozessoptimierung bearbeitet.
Sofern die Kritik sich auf Mitarbeiterverhalten bezog, wurde dies mit den betroffenen Mitarbeitern in Einzel- oder Teamgesprächen erörtert und gemeinsam nach Verbesserungsansätzen gesucht.

Allen **schriftlichen / telefonischen Beschwerden** konnte durch erklärende Antworten / Gespräche begegnet werden.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen / Besonderheiten

Aufgrund der über die **Meinungskarten** eingegangen Verbesserungsvorschläge wurden das gesamte Krankenhaus mit höhenverstellbaren Patientenbetten ausgestattet, die Betriebszeiten der Onkologischen Tagesklinik erweitert, eine Rampe für Gehbehinderte zwischen den beiden Haupthäusern angelegt sowie der Zugang der Caféteria für Gehbehinderte durch einen Lifter erleichtert.
Um noch konkretere Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden, wurde die Auswertung der Karten ab 2010 um die Kriterien "Information / Kommunikation" und "Wartezeiten" erweitert.
Wie in den vergangenen Jahren bezog sich die Kritik aber auch auf kleinere Ausstattungsmängel wie z. B. zusätzliche Haken für Handtücher oder Sitzgelegenheiten in den Nasszellen, die ohne Zeitverzug sofort behoben werden konnten.

Ziele für das nächste Jahr

Auch in 2011 sind wir dankbar über jeden Hinweis, wo und wie wir unsere Prozesse im Sinne unserer Patienten weiter verbessern können und werden unser bisher praktiziertes und bewährtes Beschwerdemanagement unter der Prämisse des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses fortsetzen.

Der Beschwerdebericht des Krankenhauses kann auch auf der Homepage unter www.marienkrankenhaus.org eingesehen werden.

Kath. Marienkrankenhaus

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.

Im Mittelpunkt stehen unsere Patientinnen und Patienten. Wir möchten, dass diese mit unseren Leistungen zufrieden sind. Sollte das einmal nicht der Fall sein, ermuntern wir unsere Patienten 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 in unserer Klinik zu vervollkommnen.

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 werktäglichen Arbeitszeiten können Patienten oder Angehörige je nach Wunsch ein persönliches Gespräch mit den Beschwerdebeauftragten vereinbaren. Die Mitarbeiter der Rezeption kennen den Ablauf des Beschwerdemanagements, der u. a. im Intranet schriftlich fixiert ist, und vermitteln Telefonate bzw. Beschwerdeführer direkt an die Beschwerdebeauftragten. Vertretungsregelungen und Abwesenheitszeiten des Beschwerdebeauftragten sind bekannt.

Die jedem Patienten am Aufnahmetag zur Verfügung gestellten Zufriedenheitsfragebögen können auf Wunsch anonym in einem 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. Hierzu existiert ein strukturiertes Verfahren.
Zudem können Patienten von zu Hause aus über die E-Mail-Adresse

KLINIK DR. GUTH

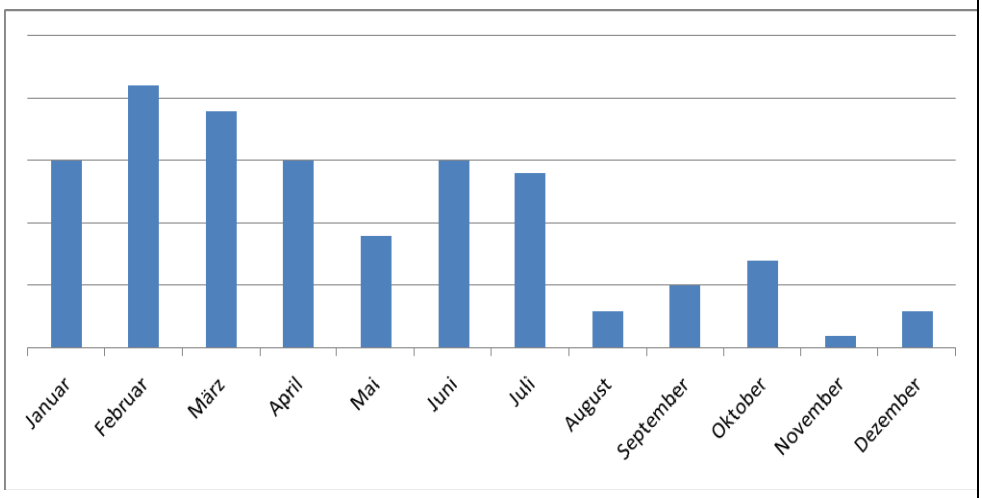
Kontakt

Ria Wenk-Meyer
Beschwerdebeauftragte
KLINIK DR. GUTH
Jürgensallee 46-48
22609 Hamburg
Tel: 040 / 822 81 – 0
gulitaet.kdg@drguth.de

qualitaet.kdg@drguth.de mit den Beschwerdebeauftragten in Kontakt treten. Über die Homepage der Klinik Dr. Guth ist es den Patienten möglich, auch nach dem stationären oder ambulanten Aufenthalt ihre Beschwerden an den Beschwerdebeauftragten zu übersenden. **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. Beschwerden werden möglichst zeitnah bearbeitet. Mit dem Beschwerdeführer wird eine Frist vereinbart, innerhalb derer der nächste Kontakt erfolgen wird. Sollte die Bearbeitung mehr Zeit als vereinbart in Anspruch nehmen, so erhalten der Beschwerdeführer sowie die betroffene Abteilung eine Zwischennachricht von dem Beschwerdebeauftragten. Beschwerden, die auf postalischem und elektronischem Weg die Klinik erreichen werden umgehend, unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten, geregelt. In einer elektronischen Datenbank wird der aktuelle Stand der Beschwerdebearbeitung vom Beschwerdebeauftragten nachvollziehbar erfasst, sowie die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen dokumentiert und kontrolliert. **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 Geschäftsführung die Fortbildung der Beschwerdebeauftragten sicher, fördert den Erfahrungsaustausch mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Hamburger Krankenhäuser sowie durch den Kontakt mit der HKG. **4. Transparenz** Durch die Umsetzung der in den Punkten eins bis drei genannten Maßnahmen wird die Transparenz des Beschwerdemanagements in der Klinik Dr. Guth hergestellt. Unsere Patienten werden anhand eines Informationsblattes zum Beschwerdemanagement sowie durch Aushang bereits bei Aufnahme über die Funktion 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 eine Rückmeldung über den Eingang seiner Beschwerde und über den weiteren Verfahrensablauf bzw. bereits veranlasste Maßnahmen. Auch nach seiner Entlassung erhält er (auf	**KLINIK DR. GUTH**

Wunsch) eine schriftliche oder ggf. telefonische Rückmeldung über das Ergebnis, bzw. die Wirkung der Beschwerde. Der Ablauf der Beschwerdewege und -bearbeitung ist in einer Prozessbeschreibung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgelegt. Die Beschwerdebeauftragten berichten quartalsweise im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppensitzungen über die Beschwerden und sind somit fester Tagesordnungspunkt der Sitzung, an der auch die Klinikleitung teilnimmt. Über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle erstellen die Beschwerdebeauftragten jährlich einen Bericht, in der ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird. Dieser wird für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik im Intranet sowie gemeinsam mit allen anderen Hamburger Kliniken im Internet im Rahmen der Hamburger Erklärung veröffentlicht. **5. Verantwortung** Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Beschwerdeentgegennahme und Beschwerdebearbeitung beauftragt sind, sind klar definiert, schriftlich geregelt und in einer Vereinbarung fixiert. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter für die Entgegennahme einer Beschwerde zuständig. **6. Unternehmenskultur** Durch das Beschwerdemanagement möchten wir erreichen, dass Patienten mit ihren Anliegen ernst genommen werden, Beschwerden und ihre Auswertung genutzt werden, um Verbesserungspotenziale aufzudecken und Folgebeschwerden zu vermeiden, sowie die Hamburger Erklärung entsprechend ihrer Vorgaben umgesetzt wird. Im Rahmen unseres Leitbildes wird unsere Beschwerdekultur durch interne und externe Besprechungen und Fortbildungen ständig optimiert. Im Hinblick auf das Beschwerdemanagement steht die Konfliktlösung im Vordergrund. **7. Zertifizierung** Die Erstzertifizierung der Klinik wird im Rahmen eines Projektes angestrebt. **Anzahl der Patientenrückmeldungen** Im Jahr 2010 erhielten wir im Rahmen unserer Zufriedenheitsbefragungen 675 Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen über die beschriebene Vorgehensweise. Dies entspricht einer Rücklaufquote von über 20 %. Davon waren 98 % Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter. Zudem wurden interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Sämtliche Rückläufer gingen in Papierform ein.	**KLINIK DR. GUTH**

Die Beschwerden im Jahr 2010 verteilten sich wie folgt auf die einzelnen Monate:



Aufgrund zahlreicher Verbesserungsmaßnahmen konnte die Anzahl der Beschwerdeeingänge im Jahresverlauf deutlich reduziert werden.

Die Zahl der Beschwerden steht in Bezug zu den im Haus stattfindenden Maßnahmen und ist kein Indiz einer schlechten Versorgungsqualität.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Die Beschwerdebeauftragten berichten quartalsweise im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppensitzung über aktuelle Beschwerden, Bearbeitungsstände und Verbesserungsvorschläge.

Dem Wunsch unserer Patienten nach mehr Informationen über die Klinik als auch über Abläufe wurde entsprochen, indem ein neuer Klinikflyer erstellt wurde. Dieser informiert unsere Patienten bereits im Vorfeld der Aufnahme über Abläufe am Aufnahmetag, mitzubringende Unterlagen, etc.

Zusätzlich wurden Patienteninformationsabende unter dem Motto „Medizin und Wissen“ etabliert sowie evaluiert und ein verbesserter Internetzugang für alle Patientinnen und Patienten geschaffen.

Im Rahmen des Hygienemanagements wurden Reinigungsrhythmen optimiert und ein WC-Reinigungssystem in sämtlichen Bädern eingerichtet. Reinigungsmängel können direkt über das Intranet gemeldet werden, so dass diese zeitnah beseitigt werden können.

Zur Optimierung der Speisenversorgung sind unsere Köche wöchentlich auf den Stationen präsent, um Wünsche und Anregungen im persönlichen Gespräch mit den Patienten entgegen zu nehmen.

Die Station 4 wurde umfassend renoviert und mit neuen Vorhängen sowie farbenfrohen Bildern ausgestattet. Dies war ebenfalls der Wunsch unserer Patienten.

KLINIK DR. GUTH

Fazit / Ziele für das nächste Jahr

Im Hinblick einer verstärkten Bildung von Projektgruppen werden wir zur Vorbereitung auf die Erstzertifizierung unser Beschwerdemanagement ausbauen sowie Prozesse bei Bedarf verbessern.
Wir sind bestrebt durch strukturierte Gespräche und Schulungen aller Mitarbeiter die Patientenzufriedenheit ständig zu erhöhen.

Im Jahr 2011 soll durch geeignete Maßnahmen der Rücklauf der Patientenfragebögen erhöht werden, um noch aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten. Die Patientenbefragung ist als ständiges Qualitätsmanagementinstrument integriert. Die Ergebnisse werden monatlich im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppensitzungen besprochen und geeignete Maßnahmen eingeleitet.

Zur optimalen, medizinischen Patientenversorgung wird im Jahr 2011 eine neue DSA-Anlage (z. B. zur Untersuchung von Gefäßerkrankungen) angeschafft.

Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen sowie das Lob der Patientinnen und Patienten werden über das Intranet klinikgruppenweit kommuniziert.

KLINIK DR. GUTH

Klinik Fleetinsel

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Klinik Fleetinsel hat erstmals 2008 die Hamburger Erklärung unterzeichnet. Die Zielsetzung der Klinik Fleetinsel ist es, ein patientenfreundliches Beschwerdemanagement umzusetzen. Die Klinik Fleetinsel besteht seit 1993. Hoher Komfort und ein angenehmes Ambiente gehören zum Gesamtkonzept. Positive und negative Rückmeldungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge stellen für uns die entscheidende Basis für einen steten Verbesserungsprozess dar.

1. Zugänglichkeit
Seit bestehen der Klinik sind klinikintern die notwendigen Strukturen geschaffen und Verantwortungsbereiche festgelegt worden, um Wünsche und Anregungen der Patienten direkt aufzunehmen und zu bearbeiten. Das Wohlergehen der Patienten steht in der Klinik Fleetinsel im Mittelpunkt des Handelns. Frau Harm arbeitet seit 1997 als Beschwerdebeauftragte in der Klinik Fleetinsel. Auf der Homepage, in der Klinik-Broschüre sowie in unserer Patienteninformationsmappe wird auf Frau Harm hingewiesen. Es finden sich dort ihre Tel.-Nr. sowie ihre E-Mail-Adresse.

2. Zügige Bearbeitung
Frau Harm ist neben ihrer Funktion als Beschwerdebeauftragte auch für das Patientenmanagement verantwortlich. Notwendige Strukturen zur zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden sind selbstverständlich. Jeder Patient erhält mit der Aufnahmemappe die Visitenkarte der Beschwerdebeauftragten. Zur Wahrung der Anonymität befinden sich Fragebögen in der Patientenmappe. Die Patienten haben somit die Möglichkeit konstruktive Kritik mitzuteilen. Während des stationären Aufenthaltes nimmt Frau Harm, in regelmäßigen Abständen Kontakt zu den Patienten auf. Durch diese Gespräche sind die Patienten sensibilisiert und ermutigt Mängel, Beschwerden oder Klagen sofort mitzuteilen und Verbesserungsvorschläge anzumerken. Dadurch hat die Klinik die Möglichkeit Mängel sofort zu beheben.

3. Unabhängigkeit
Die Beschwerdebeauftragte ist Angestellte der Klinik Fleetinsel. Durch die langjährige Mitarbeit in der Klinik ist die Beschwerdebeauftragte eine allgemein akzeptierte und respektierte Mitarbeiterin, die gleichermaßen über Kommunikationsstärke und Urteilsvermögen verfügt. Sie befindet sich im regelmäßigem Austausch mit der Geschäftsführung.

4. Transparenz
Wie schon erwähnt informieren wir in einer Patientenbroschüre über das Beschwerdemanagement. Hier wird unsere Beschwerdebeauftragte namentlich erwähnt. Insgesamt fühlt sich jeder Mitarbeiter für die Entgegennahme von Lob und / oder Kritik zuständig.

Kontakt

Elke Harm
Beschwerdebeauftragte
Klinik Fleetinsel
Admiralitätstr. 3-4
20459 Hamburg
Tel: 040 37671-26
e.harm@klinik-fleetinsel.de

5. Verantwortung Hauptverantwortlich ist die Geschäftsführung. Für die Weiterleitung von Informationen ist die Beschwerdebeauftragte zuständig. Für die Entgegennahme von Beschwerden fühlt sich jeder Mitarbeiter zuständig. **6. Unternehmenskultur** Unsere Unternehmenskultur wird geprägt durch langjährige, zufriedene Mitarbeiter. Sie besitzen eine hohe fachliche Qualifikation und Kompetenz, welche auch und gerade den Patienten zu Gute kommt. Die familiäre Atmosphäre, Freundlichkeit und Aufmerksamkeit, die den Patienten entgegengebracht wird ist nur möglich, wenn die Mitarbeiter zufrieden sind.	**Klinik Fleetinsel**

Krankenhaus Großhansdorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird seit dem 9. Juli 2008 im Krankenhaus Grosshansdorf umgesetzt.
Das Beschwerdemanagement ist ein wichtiger Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems. Jede Beschwerde gibt uns die Möglichkeit unsere Qualität zu verbessern. Besondere Bedeutung kommt dabei der Erfüllung folgender Kriterien zu:

1. Zugänglichkeit
Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch oder auch elektronisch übermittelt werden. Jeder Patient erhält am Aufnahmetag mit seinen Unterlagen einen Rückmeldebogen, den so genannten Lob- und Kritikbogen, auf dem das Anliegen schriftlich dargelegt werden kann. Auf dem Rückmeldebogen befindet sich neben der E-Mail-Adresse auch die Angabe der Telefonnummer der Beschwerdebeauftragten.

Der Patient wird aufgefordert seinen Namen, die Station oder Privatadresse und / oder E-Mail Adresse als freiwillige Angaben zu machen. Die Abgabe der Bögen kann entweder auf den Stationen erfolgen oder in den dafür bereitgestellten Beschwerdebriefkasten im Eingangsbereich der Klinik neben den Fahrstühlen. Alle Mitarbeiter sind geschult Rückmeldungen aufzunehmen, die Patienten ggfs. zu beraten und die Beschwerden an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement weiterzuleiten. In der Patientenbroschüre, auf der Homepage des Krankenhauses und über die Mitarbeiter am Empfang können sich die Patienten über das Beschwerdemanagement der Klinik informieren. Persönliche oder telefonische Beschwerden nimmt das Qualitätsmanagement werktags von 7.30 bis 16.00 Uhr entgegen.

2. Zügige Bearbeitung
Der Beschwerdebriefkasten wird täglich geleert. Alle schriftlich eingehenden Beschwerden bekommen einen Eingangsstempel. Der von der Beschwerde betroffene Mitarbeiter bzw. Abteilungsleiter wird um eine Stellungnahme gebeten. Die Bearbeitung der nicht anonymen Beschwerden erfolgt möglichst zeitnah. Jede Beschwerde ist für uns wichtig und wird vorrangig bearbeitet. Für die Bearbeitung der Beschwerde ist klinikintern ein Zeitlimit von fünf Tagen angesetzt. Bei längerer Bearbeitungsdauer bekommt der Patient einen Zwischenbericht, ansonsten eine schriftliche Stellungnahme durch die Beschwerdebeauftragte. Sollte sich der Patient während des Beschwerdevorganges noch auf der Station befinden, wird ein persönliches Gespräch angestrebt.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement wird über das Qualitätsmanagement koordiniert und bearbeitet. Die Beschwerdebeauftragte nimmt eine Stabstelle ein und ist im Rahmen ihrer Funktion unabhängig und in der Art der Bearbeitung der Beschwerden weisungsfrei. Die Beschwerdebeauftragte ist befugt, den Sachverhalt, der der jeweiligen Beschwerde zugrunde liegt, in den jeweiligen Abteilungen zu ermitteln. Die Beschwerdebeauftragte berichtet direkt an die Geschäftsführung.

KRANKENHAUS
GROßHANSDORF
Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Lübeck

Kontakt

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

4. Transparenz
Der Weg der Beschwerdebearbeitung ist in einer Verfahrensanweisung hinterlegt, die für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar ist. Die Beschwerdebeauftragte ist namentlich benannt.
Alle mündlichen und schriftlichen Meldungen werden in einer umfangreichen Datenbank erfasst. Statistische Auswertungen erfolgen jährlich und werden im Intranet des Krankenhauses veröffentlicht. Auf diese Weise werden die Mitarbeiter darüber informiert, wie viele Lob- bzw. Beschwerdeäußerungen jährlich eingehen, welche Bereiche betroffen sind, wie sich die Beschwerden auf die einzelnen Abteilungen verteilen und welche Änderungen oder Verbesserungen eingeleitet bzw. umgesetzt worden sind oder geplant sind. Im Rahmen dieses Gesamtberichtes erfolgt eine ergebnisorientierte Veröffentlichung durch die Hamburgische Krankenhausgesellschaft.

5. Verantwortung
Für den Empfang von Beschwerden ist grundsätzlich jeder Mitarbeiter zuständig. Das Beschwerdemanagement ist Teil des Qualitätsmanagementsystems und somit direkt der Geschäftsführung unterstellt. Die Verantwortlichkeiten sind seit 2008 in einer Verfahrensanweisung geregelt, die im Intranet für jeden Mitarbeiter einsehbar ist.

6. Unternehmenskultur
Das Beschwerdemanagement besitzt einen hohen Stellenwert in der Klinik und wird von der Geschäftsführung laufend ausgebaut und gefördert. Ziel ist es, die Beschwerdekultur ständig zu verbessern. Für diese Aufgabe werden die Mitarbeiter sensibilisiert und über die Ergebnisse des Beschwerdemanagements auf Betriebsversammlungen und im Intranet informiert.

7. Zertifizierung
Das Krankenhaus Großhansdorf ist seit dem 17. November 2009 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet auch den Nachweis eines umfassenden Beschwerdemanagements. Eine Rezertifizierung ist für den Herbst 2012 geplant.

Patientenrückmeldungen

2010 sind insgesamt 96 Patientenrückmeldungen beim Beschwerdemanagement eingegangen. Andere Übermittlungen wie Telefon, E-Mail oder Fax lagen nicht vor. 53 Beschwerden gingen anonym ein, 46 Beschwerden konnten schriftlich beantwortet werden. Die Zahl der eingehenden Beschwerden hat gegenüber 2009 (30) deutlich zugenommen.

Kategorisierung der Patientenrückmeldungen

Lob und Dank	83
Ärztliche Leistungen	9
Pflegeleistungen	9
Sonstige therapeutische Leistungen	3
Verwaltung und Technik	18
Küche	7
Komfort und Service	
(1) Sauberkeit	5
(2.) Hygiene	1
(3.) Verpflegung	14
(4.) Bauliche Ausstattung	26

Krankenhaus Großhansdorf

Organisation (1.) Wartezeiten / Termineinhaltung 6 (2.) Aufnahme und Entlassung 1 Sonstige (1.) Multimedia-Ausstattung 7 (2.) Parkplatzsituation 2 (3) Umgang mit Patienteneigentum - 0 (4) Telefonkosten 0 Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Bereiche nicht wesentlich verändert. Die häufigsten Beschwerden betrafen wiederum bauliche und technische Probleme sowie die Verpflegung der Patienten. **Korrekturmaßnahmen** Klärende Antwort und Entschuldigung 43 Dank 19 Prozessoptimierung 5 Verbesserung der Ausstattung 8 **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten** Soweit es möglich war, wurde versucht aus den Hinweisen der Patienten Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren und umzusetzen: • Kleinere strukturelle Defizite wurden umgehend behoben, u. a. wurden in der Einganshalle Radiatoren für eine verbesserte Wärmeversorgung aufgestellt. • Größere bauliche Veränderungen stehen demnächst an: Umbau und Vergrößerung des Operationstraktes **Ziele für das nächste Jahr** Zur weiteren Verbesserung der Patientenzufriedenheit haben wir für 2011 folgende Ziele vorgesehen: • Eine spezielle Software, um die Beschwerden statistisch besser auswerten zu können und damit auch auf die Beschwerden zielgerichteter reagieren zu können und die Mitarbeiter über die Auswertungen besser informieren zu können. • Eine neue Telefon- und Ferseh-/ Internetanlage in allen Patientenzimmern und für jeden Patienten verfügbar.	**Krankenhaus Großhansdorf**

Krankenhaus Jerusalem

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde vom Krankenhaus Jerusalem erstmals in 2008 unterzeichnet. Das zu diesem Zeitpunkt in der Implementierung befindliche Beschwerdemanagement hat sich bis dato sehr gut etabliert. Der patientenorientierte Umgang mit Beschwerden liegt uns sehr am Herzen und befindet sich in einem laufenden Prozess der Optimierung.

1. Zugänglichkeit
Zu den Beschwerdebögen, die weiterhin mit der Patienteninformationsmappe bei Aufnahme jedem Patienten übergeben werden, kann dieses Formular auch über die Homepage direkt aufgerufen, ausgefüllt und per E-Mail versandt werden. Hier sind Informationen wie – Name des Beschwerdebeauftragten, Sprechzeiten, Telefonnummer und Möglichkeiten der Abgabe vermerkt. Eine Beschilderung im Haus weist ebenfalls auf das Beschwerdemanagement hin.

2. Zügige Bearbeitung
Wird eine Beschwerde während des Aufenthaltes an uns herangetragen, erfolgt möglichst eine sofortige Behebung. Schriftliche Beschwerden werden zurzeit ein Werktag nach Eingang im Beschwerdemanagement bearbeitet.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement verfügt über klare, transparente Richtlinien. Es bestehen keine Reglementierungen bezüglich der Teilnahme an Schulungen und des Erwerbs themenbezogener Literatur.

4. Transparenz
Insgesamt fühlt sich jeder Mitarbeiter für die Entgegennahme von Lob und / oder Kritik zuständig. Die Beschwerdebeauftragte wird auf dem Lob-/ Kritik-Bogen, unserer Internetseite und durch die Beschilderung in ihrer Funktion benannt. Der Beschwerdehergang, -weg wird auf einem Formblatt dokumentiert und der Beschwerdeführer über das / die Ergebnisse informiert. Die Geschäftsführung wird in vierwöchentlich stattfindenden Leitungssitzungen über die laufenden Beschwerdeprozesse in Kenntnis gesetzt. Die Mitarbeiter laufend über die Stations- bzw. Pflegedienstleitung. Über das Intranet sind alle Ergebnisse für die gesamte Belegschaft einsehbar.

5. Verantwortung
Hauptverantwortlich ist die Geschäftsführung. Für die Durchführung, Prozessoptimierung und Weiterleitung von Informationen ist das Qualitätsmanagement verantwortlich. Für die Entgegennahme von Beschwerden fühlt sich jeder Mitarbeiter verantwortlich.

6. Unternehmenskultur
Unserem Leitspruch „Wir helfen Ihnen von Herzen gern“ folgend, wird jeder Patient von allen in diesem Haus tätigen Berufsgruppen betreut.

Kontakt

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

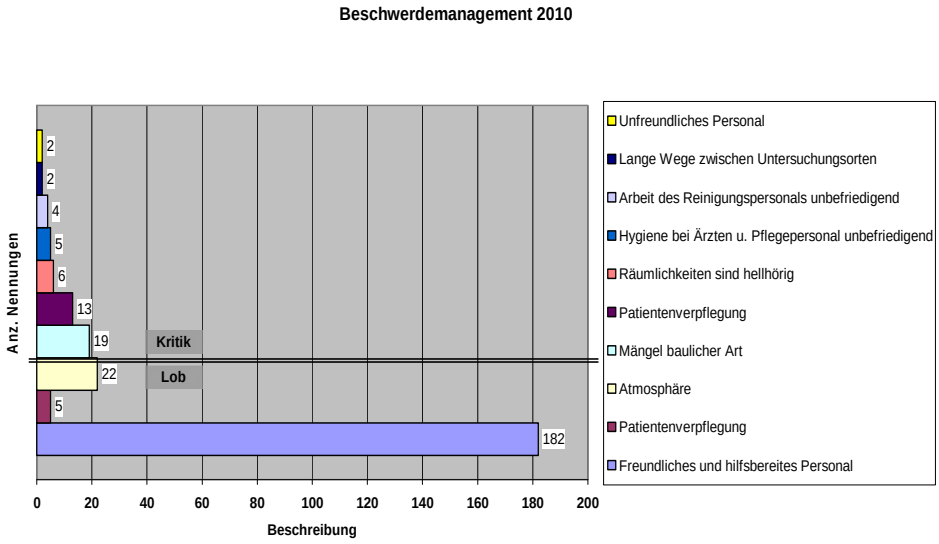
Ebenso am Herzen liegt uns die kontinuierliche Verbesserung, bzw. Aufrechterhaltung unserer Qualität in jedem Bereich.

7. Zertifizierung

Das Krankenhaus Jerusalem ist im November 2009 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert worden, ein Überwachungsaudit fand im Oktober 2010 statt. Die Techniker Krankenkasse übergab uns im Monat der Zertifizierung das Qualitätssiegel für hohe Patientenzufriedenheit. Besonders gut bewertet wurden die Information / Kommunikation und die medizinisch-pflegerische Versorgung.

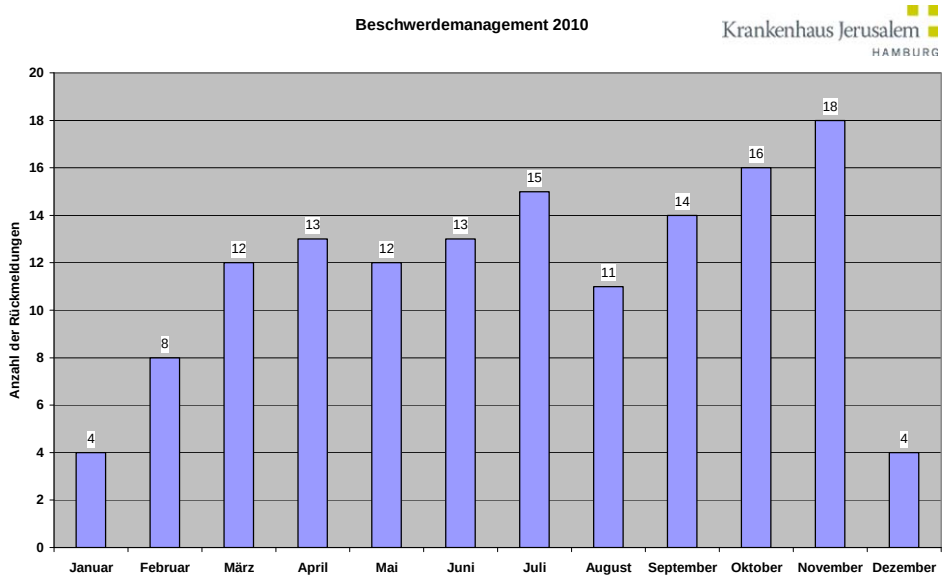
Patientenrückmeldungen

Von insgesamt 2586 Patienten in 2010 haben 140 Patienten den Lob- und Kritik-Bogen ausgefüllt, ein Patient hat ein persönliches Gespräch mit dem BM geführt, weitere Kanäle wurden nicht genutzt.



Es wurden 140 Lob- und Kritikbögen von 01/2010 bis 12/2010 entgegengenommen und ausgewertet.
In diesem Zeitraum wurden 2586 Patienten stationär behandelt. Somit haben sich ca. 6% über diesen Weg geäußert.

Krankenhaus Jerusalem



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Die Neu- und Umbaumassnahmen konnten leider noch nicht abgeschlossen werden, dies liegt u. a. an den erschwerenden Auflagen durch den Denkmalschutz. An den Umsetzungsplänen der Patientenwünsche, wie z. B. ein eigenes Bad / WC in jedem Zimmer, neue Betten, etc. hat sich selbstverständlich nichts geändert. Die Restauration wird voraussichtlich Mitte 2011 eröffnet. Mit dem Abschluss der Baumaßnahmen werden die ersten drei meistgenannten und der vorletzte Kritikpunkt behoben. Zum Thema Hygiene wurden neben den regelmäßig stattfindenden Schulungen zusätzliche für das ärztliche und pflegerische Personal durchgeführt. Die Beschwerden über das externe Reinigungspersonal zogen personelle Konsequenzen nach sich.

Ziele für das nächste Jahr

In erster Linie wird im Zuge des Umbaus weiterhin der Servicegedanke die gesamten Pläne für das Jahr 2011 begleiten. Unter anderem wird in 2011 ds am Krankenhaus gelegenen Restaurants „Sante“ eröffnet. Da die Baumaßnahmen im laufenden Betrieb stattfinden, besteht unsere größte Herausforderung und oberstes Ziel in der möglichst angenehmen Gestaltung des Patienten
aufenthaltes. Für unsere mammachirurgischen Patienten ist eine, den speziellen Bedürfnissen von Körper, Geist und Seele unterstützende, Ganzheitsbetreuung geplant. Ab März 2011 wird eine ambulante Sprechstunde für Chinesische Medizin (TCM) angeboten. Die Implementierung eines Intranets hat / wird die Kommunikation weiter optimieren. Mit der Einführung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) wird ab 2011 auch die Erfassung der unerwünschten beinahe Ereignisse, die Analyse und die daraus abzuleitenden Maßnahmen zur Verbesserung der Prozesse im Krankenhaus Jerusalem beitragen. Die Implementierung eines CIRS als ein Instrument des Risikomanagements ist ein weiteres Ziel für 2011.

Krankenhaus Jerusalem

Der vollständige Beschwerdebericht 2010 des Krankenhauses Jerusalem kann auf der Homepage unter www.krankenhaus-jerusalem.de eingesehen werden.	**Krankenhaus Jerusalem**

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

KRANKENHAUS REINBEK
ST. ADOLF-STIFT
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist seit 2005 Unterzeichner der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden. Wir haben diese freiwillige Selbstverpflichtung der Hamburger Krankenhäuser zum Beschwerdemanagement unterzeichnet, da es unser Qualitätsanspruch ist, höchste Kundenzufriedenheit zu erreichen. Wir möchten, dass sich unsere Patienten in unserem Hause gut aufgehoben und betreut fühlen, dass sie mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung zufrieden sind. Ein patientenorientierter Umgang mit Beschwerden gibt uns die Chance, Leistungen im Sinne unserer Patienten kontinuierlich zu verbessern. Entsprechend der stetig steigenden Anzahl an Rückmeldungen hoffen wir auf weiter steigende Patientenrückmeldungen für eine kontinuierliche Leistungsverbesserung.

1. Zugänglichkeit
Patienten, Angehörige und Besucher können sich telefonisch und / oder schriftlich sowie nach Absprache persönlich an unsere Beschwerdestelle wenden. Wir weisen auf diese Möglichkeit hin, indem wir in jedem Patientenzimmer eine Informationsmappe mit Meinungsbogen, auf dem Beschwerden, Kritik, Anregungen sowie auch Lob geäußert werden können, platziert haben.
Briefkästen für die Bögen befinden sich auf jeder Station und in der Eingangshalle. Prospekthalter neben den Briefkästen enthalten ebenfalls Bögen zum Ausfüllen. So erreichen wir eine große Patientennähe. Die Kontaktdaten stehen entsprechend auch im Internet.
Beschwerden gelangen so an unsere Beschwerdestelle oder können auch an jeden unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet werden.

2. Zügige Bearbeitung
Die Briefkästen mit den Meinungsbögen werden in der Eingangshalle täglich, im stationären Bereich ein- bis zweimal die Woche entleert.
Beschwerden, die noch während des Krankenhausaufenthaltes bei uns eingehen, werden sofort bearbeitet. Die Beschwerdeführer erhalten umgehend eine Eingangsbestätigung. Je nach Stand der Recherchen werden sie auf dem Laufenden gehalten.

3. Unabhängigkeit
Das Beschwerdemanagement ist der Pflegedirektion zugeordnet und wird von hier aus koordiniert und verwaltet. Die Beschwerdebeauftragte ist unabhängig und berichtet dem Krankenhausdirektorium über den Stand der Beschwerden.

4. Transparenz
Beschwerdeführer werden über den Stand der Bearbeitung auf dem Laufenden gehalten. Ihnen wird das Ergebnis mündlich oder schriftlich mitgeteilt sowie welche Änderungen erreicht oder für die Zukunft vorgesehen sind.
Jährlich wird ein detaillierter Beschwerdebericht im Internet veröffentlicht.

Kontakt

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

Dieser Bericht informiert darüber, in welchen Bereichen am häufigsten Kritik und Lob geäußert wurde, da alle Rückmeldungen erfasst, kategorisiert und ausgewertet werden. Geplante und durchgeführte Verbesserungen werden dargestellt.

5. Verantwortung
Da Beschwerden in der Regel nicht gegenüber dem verantwortlichen Verursacher geäußert werden, ist jeder Mitarbeiter, an den eine Beschwerde herangetragen wird, für diese zuständig.
Sofern dieser nichts mit dem Beschwerdeinhalt zu tun hat, ist er verpflichtet kundenorientiert Kontakt zur verantwortlichen Person / Abteilung, resp. zur Beschwerdestelle herzustellen.

6. Unternehmenskultur
Entsprechend unserem Leitbild sollen sich unsere Patienten, Angehörigen und Besucher mit ihrer Beschwerde / Kritik ernst genommen fühlen und angeregt werden, diese noch während ihres Aufenthaltes zu äußern. Hierdurch erfahren wir, inwiefern der vom Patienten wahrgenommene Qualitätsanspruch von unserem abweicht.
So können Beschwerden / Kritik und Anregungen zu einer kontinuierlichen Verbesserung unserer Qualität und somit zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen.

7. Zertifizierung
Eine Zertifizierung des Beschwerdemanagement wird angestrebt.

Krankenhaus
Reinbek St. Adolf-Stift

Patientenrückmeldungen

Die Anzahl der Eingänge beinhaltet Rückmeldungen von Patienten / Angehörigen sowie Besuchern.

Rück-meldungen	Meinungs-bögen	Schriftl. / tel-lef./ persönlich	insgesamt	Fallzahl
2010	**506**	**117**	**623**	16.336
2009	473	50	**523**	15.062
2008	434	30	**464**	14.694

Steigerung der Rückmeldungen 2009 / 2010 (523 / 623) = 19,1 %

Bezogen auf die Fälle 2010 (16.336/623) = 3,81 % Rückmeldungen
Bezogen auf die Fälle 2009 (15.062/523) = 3,47 % Rückmeldungen

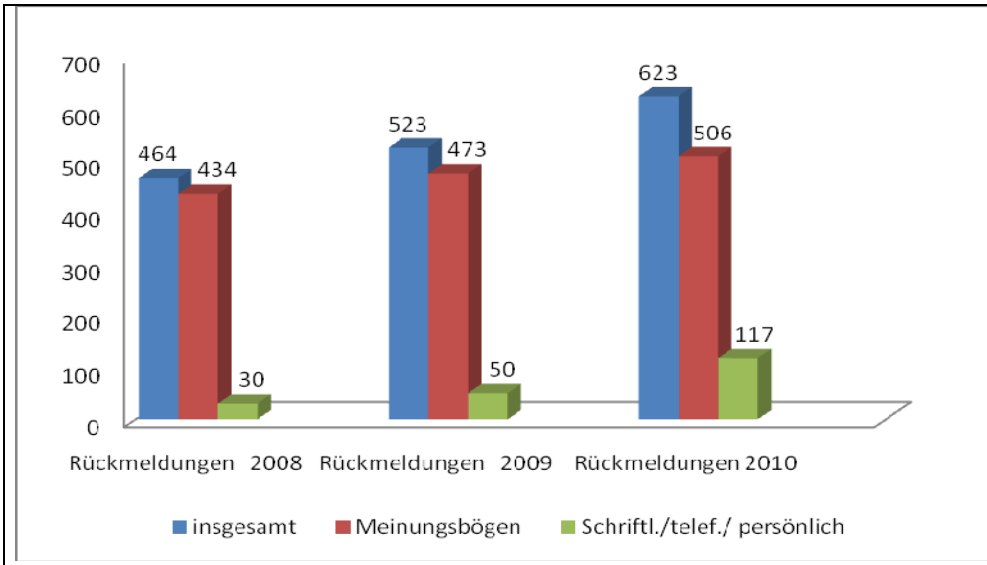


Abb.1 (Anzahl der Rückmeldungen ohne Mehrfachmeldungen)

117 Rückmeldungen (keine Meinungsbögen) kamen zu
50 % schriftlich, 31 % telefonisch und zu 19 % über persönliche Kontaktaufnahme.

Auf jeder Rückmeldung (623) (Meinungsbögen u. a.) wurden in der Regel mehrere Meldungen abgegeben, die Lob, Kritik, Anregungen, resp. Beschwerden betrafen.
Diese Mehrfachmeldungen wurden kategorisiert, erfasst und ausgewertet.

Hieraus ergaben sich vergleichsweise für 2008 / 2009 / 2010 Rückmeldungen wie folgt:

	2008	**2009**	**2010**
Kritik / Anregungen	355	534	746
Lob	342	618	914
Detailliert erfasste Rückmeldungen **insgesamt**	**697**	**1.152**	**1.660**

Rückmeldungen kategorisiert kurz im Überblick

Kritik / Anregungen bzgl. der ärztlichen und pflegerischen Leistungen wurde mit je 43 Meldungen geäußert.
Das Lob in diesem Bereich beträgt 185 Meldungen auf ärztliche und pflegerische Leistungen zusammen bezogen.

Im Bereich Verhalten / Kommunikation haben wir insgesamt 200 kritische Rückmeldungen / Anregungen erhalten.
Hier wird vor allem der Wunsch nach umfangreicherer Betreuung und Information zum Ausdruck gebracht. Dem gegenüber stehen 485 lobende Rückmeldungen im Bereich Verhalten / Kommunikation des ärztlichen und pflegerischen Bereiches.

Den Komfort / Service betreffend, wurde die Verpflegung mit 106 Rückmeldungen kritisiert. Das Mitte des Jahres 2010 eingeführte Menueerfas-

sungsystem ist noch verbesserungswürdig, wie diese Rückmeldungen zeigen. Dem gegenüber stehen 193 lobende Äußerungen. Weitere Engpässe gibt es im Bereich Organisation die mit 100 Rückmeldungen negativ bewertet wurden. Hier wirken sich nach wie vor die OP Umbaumaßnahmen aus. **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen 2010** • Das Menueerfassungssystem, welches Mitte des Jahres eingeführt wurde, zeigte, dass die Umstellungsphase länger dauert als ursprünglich angenommen. Um alle Mitarbeiter des Pflegedienstes vollständig über die Funktionalitäten des Programms zu informieren, wurden Nachschulungen veranlasst. • Kommunikationsseminare in den Aufnahmebereichen und Pforte wurden Ende des Jahres durchgeführt. Diese sollen für einen verbesserten kundenorientierten Erstkontakt mit Patienten sorgen. • Unsere Abteilung für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat den Internetauftritt des Krankenhauses komplett neu überarbeitet. Durch den neu gestalteten Internetauftritt können Patienten und Interessierte umfassender und transparenter informiert werden. Über den Bereich *Patienten*, *Anregungen* und *Beschwerden* kommt man direkt zum Meinungsbogen und der Hamburger Erklärung sowie den jährlichen Berichten. • Wie bereits angekündigt, wurde im Herbst 2010 mit der Installation unserer neuen Fernsehanlage und die Ausstattung der Zimmer mit neuen Patiententelefonen begonnen. Mit der Installation geht auch eine teilweise Renovierung der Zimmer einher. Die Maßnahmen werden ca. Mitte 2011 zum Abschluss kommen. • Ab Oktober 2010 stellen wir allen Patienten die Benutzung der TV-Geräte kostenfrei zur Verfügung. Kopfhörer können an der Pforte für 1,50 Euro erworben werden. • Die Telefonbenutzung ist ebenfalls ab Oktober 2010, bis auf eine Tagespauschale von 1,50 €, kostenfrei für alle Telefonate in das deutsche Festnetz. **Ziele für das nächste Jahr** • Da die Rückmeldungen unserer Patienten im Bereich Verpflegung noch nicht zufriedenstellend waren, wie die Auswertung zeigt, wurde ein ständiger Küchenausschuss gebildet. Ziel ist die Überwachung der Patienten-Verpflegung, Auswertung von Erfahrungen und Rückmeldungen, wie Berücksichtigung von Patientenwünschen, Überarbeitung von Speiseplänen, des Auswahlangebotes, Organisationsablauf, Präsentation des Essens, u. a. Hier fließen die Rückmeldungen unserer Patienten an die Beschwerdestelle direkt ein und sollen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess sorgen. • Wir arbeiten weiter daran, die organisatorischen Abläufe in unserem Haus zu optimieren. Hier steht in der medizinischen Klinik im Vordergrund die schnelle Abverlegung unserer Patienten von der internistischen	**Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift**

Aufnahmestation. Im Bereich der chirurgischen Klinik wird das Aufnahme- und Belegungsmanagement verbessert.

- Durch ein erhöhtes ärztliches Angebot im Bereich der Chirurgischen Sprechstunde kommt es hier zu längeren Wartezeiten und Überschneidungen. Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit verbesserten Abläufen, die bei der Terminplanung beginnen. Eine EDV gestützte Anpassung der Sprechstundenterminplanung soll umgesetzt werden.
- Neue Patienteninformationsmappen sollen in den Patientenzimmern für umfangreichere Informationen und dadurch für mehr Komfort sorgen.
- Ende 2011 wird unser OP Neubau fertiggestellt. Dies führt zu einer deutlichen Steigerung der OP Kapazitäten und somit für Patienten zu geringeren Wartezeiten.

Wir freuen uns, wenn auch 2011 weiter verstärkt Rückmeldungen kommen, auch während des Krankenhausaufenthaltes. Durch Mithilfe unserer Patienten konnten bereits viele Verbesserungen erreicht werden. Diese dienen einer größeren Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Krankenhaus
Reinbek St. Adolf-Stift

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Homepage unter www.krankenhaus-reinbek.de

Krankenhaus TABEA

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Krankenhaus TABEA gehört mit zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung und ist seitdem stets dabei. Denn die Zufriedenheit jedes einzelnen Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Jede Patientenrückmeldung hilft uns dabei unsere Leistungen und die Qualität unserer Leistungen zu verbessern, um den Bedürfnissen unserer Patienten gerecht zu werden.

1. Zugänglichkeit
Jeder Patient erhält bei der Aufnahme eine Mappe, in der sich u. a. ein Meinungsbogen befindet. Der Patient wird auf die Möglichkeit der Beschwerde hingewiesen. Der Beschwerdebeauftragte ist namentlich genannt und die Kontaktdaten sind angegeben. Die Briefkästen für die Meinungsbögen befinden sich rechts neben dem Aufnahmetresen im EG sowie im 1. OG.

Bei Rückfragen der Patienten bezüglich eines Beschwerdewunsches weiß jeder Mitarbeiter, wer der Beschwerdebeauftragte ist und ist instruiert, dem Patienten die Durchwahl mitzuteilen.

2. Zügige Bearbeitung
Jede schriftliche Beschwerde wird umgehend beantwortet. Sollte die Bearbeitung einer Beschwerde dennoch längere Zeit in Anspruch nehmen, so wird der / die Beschwerdeführer/in hierüber in einem Zwischenbericht informiert.

Patienten, die noch im Haus sind und sich persönlich beschweren möchten, werden umgehend persönlich aufgesucht.

3. Unabhängigkeit
Die Personen, die Beschwerden entgegennehmen, arbeiten weitgehend unabhängig. Es gelten lediglich Richtlinien für die Bearbeitung von Beschwerden. Die 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. Hierzu gehört u. a. die Sensibilisierung aller Mitarbeiter für das Thema Beschwerdemanagement.

Tabea
Im Artemed-Klinikverbund

Kontakt

Cornelia Blecken
Beschwerdebeauftragte
Krankenhaus TABEA
Kösterbergstraße 32
22587 Hamburg
Tel: 040-86692-234
cblecken@tabea-krankenhaus.de

7. Zertifizierung
Eine Zertifizierung des Beschwerdemanagements gemäß der Hamburger Erklärung wird Ende 2011 angestrebt.

Patientenrückmeldungen

Bedingt durch die Größe des Hauses sind die überwiegenden Beschwerden von Patienten persönlich erfolgt und wurden im Gespräch geklärt. Insgesamt gab es drei schriftliche Beschwerden, die ebenfalls schriftlich beantwortet worden sind.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen

Das Krankenhaus Tabea hat einen sehr hohen Rücklauf der Meinungsbögen. Anhand der wöchentlichen Auswertung der Bögen konnten im letzten Jahr Verbesserungswünsche der Patienten für die Bereiche Sauberkeit, Verpflegung und Wartezeiten umgesetzt werden.
Zudem hat das Krankenhaus Tabea im Frühjahr 2010 einen Leiter Empfang und Gästeservice eingestellt, um Prozessabläufe zu optimieren und die Service Qualität für den einzelnen Patienten weiter zu verbessern.
Des Weiteren wurden in 2010 bauliche Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt.

Ziele für das nächste Jahr

Kontinuierliche Optimierung der Prozessabläufe.

Krankenhaus Tabea

Praxis-Klinik Bergedorf

Umsetzung der Hamburger Erklärung

In 2008 unterzeichnete die Praxis-Klinik Bergedorf erstmalig die Hamburger Erklärung und implementierte das Beschwerdemanagement im zweiten Halbjahr 2008.
Da die Praxis-Klinik Bergedorf mit ihren zwei OP-Einheiten und ihrer 20-Betten-Station ein vergleichsweise kleines Belegkrankenhaus ist, sind auch die Informationswege kurz. Dies stellt sich immer wieder als ein großer Vorteil heraus, da die Beschwerdebeauftragte als solche im Hause gut bekannt ist und bei entsprechenden Anfragen von Patienten, Angehörigen oder Besuchern diese von jedem Mitarbeiter an die richtige Stelle geleitet werden können.
Insbesondere folgende Eckpunkte definieren das Beschwerdemanagement der Praxis-Klinik Bergedorf:

1. Zugänglichkeit
Patienten, Angehörige und Besucher können sich bezüglich „Lob und Tadel“ telefonisch, schriftlich (per Brief oder E-Mail) oder persönlich an die Beschwerdebeauftragte wenden. Hinweise auf die Kontaktmöglichkeiten der Beschwerdebeauftragten finden sich in jedem Patientenzimmer. Bei der Aufnahme wird jeder Patient von unserem Pflegepersonal auch auf die Möglichkeit des „Lob und Tadel“-Briefkastens aufmerksam gemacht. Neben dem Briefkasten sind entsprechende Vordrucke zur Bewertung verschiedenster Kategorien von Ausstattung der Zimmer bis zur Betreuung der Patienten durch Ärzte und Pflegepersonal ausgehängt. Hier gibt es auch die Möglichkeit, sich individuell und / oder anonym zu beschweren.

2. Zügige Bearbeitung
Die zügige Bearbeitung einer Beschwerde ist ein Qualitätsmerkmal des Beschwerdemanagements und wird daher als selbstverständlich erachtet. Innerhalb von 24 Stunden erhält der Patient, der sich schriftlich oder per E-Mail beschwert eine Rückmeldung, dass die Beschwerde eingegangen ist. Der Patient erhält darüber hinaus eine Mitteilung, wie mit der Beschwerde umgegangen wird und wiederum eine Rückmeldung, wenn der Vorgang abgeschlossen ist und welche Maßnahmen ggf. ergriffen wurden oder werden. Sollte der Zeitraum zwischen Eingangsbenachrichtigung des Patienten und der Abschlussrückmeldung absehbar zu lang werden, wird eine Zwischennachricht gegeben.

3. Unabhängigkeit
Die Beschwerdebeauftragte ist von der Abhängigkeit der Hierarchie freigestellt.

Kontakt

Tanja Hewelt
Beschwerdebeauftragte
Praxis-Klinik Bergedorf
Alte Holstenstraße 2 + 16
21031 Hamburg
Tel: 040 / 72 575 - 390
beschwerdemanagement@praxis-klinik-bergedorf.de

4. Transparenz
Die Transparenz wird mit der jährlichen Veröffentlichung des Berichtes des Beschwerdemanagements gewährleistet. Innerhalb des Hauses werden das OP- und Pflegepersonal über die Rückmeldungen der Patienten in anonymisierter Form von der Beschwerdebeauftragten laufend informiert oder auch konfrontiert.

5. Verantwortung
Die Verantwort des Beschwerdemanagements obliegt der Beschwerdebeauftragten.

6. Unternehmenskultur
Unsere Unternehmenskultur wird geprägt durch:

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

Dadurch resultiert eine hohe Mitarbeiteridentifikation mit der Praxis-Klinik Bergedorf, welche insbesondere den Patienten zu Gute kommt. Nur zufriedene Mitarbeiter können unseren Patienten das verdiente Maß an Freundlichkeit, Aufmerksamkeit, Pflege und familiärer Atmosphäre entgegenbringen.

7. Zertifizierung
Die Zertifizierung wird angestrebt.

Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2010 behandelte die Praxis-Klinik Bergedorf 1371 stationäre Patienten. Von diesen Patienten gab es folgende Rückmeldungen:

Gesamt:	**127**
davon	
per E-Mail (Angebotenes Formular auf der Homepage)	4
Lob und Tadel Vordruck	122
durch Telefonanruf	1
durch Aufsuchen der Beschwerdebeauftragten	0
Lob	122
Tadel	5

Von den insgesamt 127 erhaltenen Rückmeldungen wurden 84 anonym abgegeben.

Kategorisierung der Rückmeldungen

Erfreulicherweise erreichte uns viel Lob, kaum Tadel. Es gab keine schwerwiegenden Beschwerden, die auf echte Missstände hätten deuten lassen. Dagegen wurde die familiäre Atmosphäre in der Praxis-Klinik Bergedorf immer wieder dankend von den Patienten angenommen.

Praxis-Klinik Bergedorf

Korrekturmaßnahmen / Verbesserungsmaßnahmen

Aufgrund der Rückmeldungen haben wir als Verbesserungsmaßnahmen in 2010 vorgenommen:

- Kontinuierliche Renovierungsmaßnahmen der Räumlichkeiten
- Weitere Ablaufoptimierung der Einbestellung der Patienten zur Vermeidung unnötiger Wartezeiten.

Ziele für das nächste Jahr

- Weitere Optimierung des Statistikwesens zum Zwecke der besseren Auswertungsmöglichkeit.
- Ausbau der Beschwerdeanalyse durch Vorjahresvergleichsbetrachtungen, um negativen Entwicklungen vorbeugen zu können.

Der vollständige Beschwerdebericht 2010 der Praxis-Klinik Bergedorf kann auf der Homepage unter www.praxis-klinik-bergedorf.de eingesehen werden, sobald die gerade in der Neuerstellung befindlichen Homepage online geht.

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 Beschwerdemanagement. Das Informationsblatt enthält den Namen des Beschwerdebeauftragten sowie die hausinterne Telefonnummer. Die aktuelle Version der „Hamburger Erklärung“ ist zur Information der Patienten im Aufnahmebüro per Aushang veröffentlicht.

Der Beschwerdebeauftragte ist für jeden Patienten barrierefrei erreichbar und ansprechbar. Während der täglichen Bürozeiten können Patienten oder Angehörige je nach Wunsch ein persönliches Gespräch mit dem Beschwerdebeauftragten vereinbaren. Die Mitarbeiter der Information / Aufnahme kennen den Ablauf des Beschwerdemanagements, der u. a. im Intranet schriftlich fixiert ist, und vermitteln Telefonate bzw. Beschwerdeführer direkt an den Beschwerdebeauftragten. Vertretungsregelungen und Abwesenheitszeiten des Beschwerdebeauftragten sind bekannt.

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 Antwortbriefkasten (Station 1 und Psychiatrische Tagesklinik) eingeworfen werden. Der Fragebogen ist in drei Sprachen verfügbar.

2. Zügige Bearbeitung
Der Antwortbriefkasten wird von den Verwaltungsangestellten regelmäßig geleert und an den Beschwerdebeauftragten weitergeleitet. Er nimmt, wenn erforderlich bzw. gewünscht Kontakt mit dem Patienten beziehungsweise der betroffenen Abteilung auf.

PRAXISKLINIK MÜMMELMANNS-BERG

Kontakt

Martin Stelzer
Beschwerdebeauftragter
PRAXISKLINIK MÜMMELMANNS-BERG
Oskar-Schlemmer-Straße 9-17
22115 Hamburg
Tel: 040 / 715 91 – 0
stelzer@drguth.de

Beschwerden werden möglichst zeitnah bearbeitet. Mit dem Beschwerdeführer wird eine Frist vereinbart, innerhalb derer der nächste Kontakt erfolgen wird. Sollte die Bearbeitung mehr Zeit als vereinbart in Anspruch nehmen, so erhalten der Beschwerdeführer sowie die betroffene Abteilung eine Zwischennachricht von dem Beschwerdebeauftragten.

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

Eingehende Beschwerden werden vom Beschwerdebeauftragten mit der entsprechenden Abteilung besprochen und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

In einer elektronischen Datenbank wird der aktuelle Stand der Beschwerdebearbeitung vom Beschwerdebeauftragten nachvollziehbar erfasst, sowie die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen dokumentiert und kontrolliert.

3. Unabhängigkeit

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

PRAXISKLINIK MÜMMELMANNSBERG

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

4. Transparenz

Durch die Umsetzung der in den Punkten eins bis drei genannten Maßnahmen wird die Transparenz des Beschwerdemanagements in der Praxisklinik Mümmelmannsberg hergestellt.

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

Der Ablauf der Beschwerdewege und –bearbeitung ist in einer Prozessbeschreibung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgelegt. Die Prozeßbeschreibung ist im QM-Handbuch im Intranet abgelegt und kann von jedem Mitarbeiter eingesehen werden.

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

5. Verantwortung

Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Beschwerdeentgegennahme und Beschwerdebearbeitung beauftragt sind, sind in einer Prozeßbeschreibung klar definiert, schriftlich fixiert und in einer Vereinbarung geregelt.
Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter für die Entgegennahme einer Beschwerde zuständig.

6. Unternehmenskultur
Durch das Beschwerdemanagement möchten wir erreichen, dass Patienten mit ihren Anliegen ernst genommen werden, Beschwerden und ihre Auswertung genutzt werden, um Verbesserungspotenziale aufzudecken und Folgebeschwerden zu vermeiden, sowie die Hamburger Erklärung entsprechend ihrer Vorgaben umgesetzt wird.

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.

7. Zertifizierung
Wir streben eine Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements an.

Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2010 erhielten wir insgesamt 146 Rückmeldungen unserer Patienten und deren Angehörigen über die beschriebene Vorgehensweise. Davon waren 90 % ausschließlich Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter. In 8 % wurden interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Nur in 2 % wurden Beschwerden geäußert.

PRAXISKLINIK MÜMMELMANNSBERG

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Alles Verbesserungsvorschläge und Beschwerden dienen dazu, die Praxisklinik Mümmelmannsberg und Ihre Abläufe stetig zu optimieren. Viele Verbesserungsvorschläge der Patienten wurden umgesetzt. Im Folgenden werden einige exemplarische Beispiele genannt:

- Modernisierung der Telekommunikations- und TV-Anlagen
- Verbesserung der Speisenversorgung
- Optimierung der Patientendokumentation zur Steigerung der Patientensicherheit
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen durch Bildung von Projektgruppen

Ziele für das nächste Jahr

Im Hinblick einer verstärkten Bildung von Projektgruppen werden wir unser Beschwerdemanagement ausbauen sowie Prozesse verbessern.

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

Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen sowie das Lob der Patientinnen und Patienten werden zukünftig über das Intranet klinikgruppenweit kommuniziert. Kritik und Verbesserungsvorschläge werden direkt an die Beschwerdebeauftragten weitergeleitet.

Für 2011 sind folgende Ziele zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit geplant: • Prozessoptimierung durch Einführung von Prozessaudits • Erstellung neuer Patienteninformationsflyer • Projekt zur Erhöhung der Patientensicherheit im OP • Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation	**PRAXISKLINIK MÜMMELMANNSBERG**

Schön Klinik Hamburg Eilbek

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Ein wichtiges Ziel der Schön Klinik Hamburg Eilbek ist eine kontinuiertlich hohe Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung, der Pflege und Betreuung sowie den Serviceleistungen.
Eine strukturierte Beschwerdeannahme und -bearbeitung stellt – neben der schriftlichen Patientenzufriedenheitsbefragung – einen wesentlichen Beitrag zur Einschätzung der eigenen Leitungen und möglicher Handlungsbedarfe dar. Rückmeldungen und Meinungsäußerungen unserer Patienten und ihrer Angehörigen sind deshalb eine wichtige Quelle für die Einleitung von konkreten Verbesserungsmaßnahmen im klinischen Alltag.

1. Zugänglichkeit
Als konkrete Ansprechpartner für Beschwerden stehen dem Patienten und seinen Angehörigen die beiden Qualitätsmanager der Klinik zur Verfügung.
Für unser Zentrum für Neurorehabilitation ist darüber hinaus eine Patienten- und Angehörigenbetreuerin mit dieser Aufgabe betraut.
Das Büro der Qualitätsmanager befinden sich neben dem Haupteingang der Klinik in Haus 14. Die Sprechzeiten sind täglich von 9:00 – 15:00 Uhr und nach vorheriger Vereinbarung.
Die Patientenbetreuerin der Neurologie ist montags, dienstags und donnerstags von 10:00 – 15:00 Uhr sowie freitags von 10:00 – 14:00 Uhr erreichbar.

2. Zügige Bearbeitung
Nach Eingang einer schriftlichen Beschwerde erhält jeder Patient oder Angehörige unverzüglich Kurznachricht über den Eingang und die weiteren Bearbeitungsschritte. Alternativ kann stattdessen auch ein persönliches Gespräch mit den Beschwerdemanagern und / oder den verantwortlichen Mitarbeitern angeboten werden. Die Bearbeitungszeit soll kurz und selbst in komplexen Fällen spätestens in vier Wochen abgeschlossen sein. Über die Zufriedenheit mit der Beschwerdebearbeitung werden die Patienten / Angehörigen in Zweifelsfällen befragt. Eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden dem Beschwerdeführer mitgeteilt.

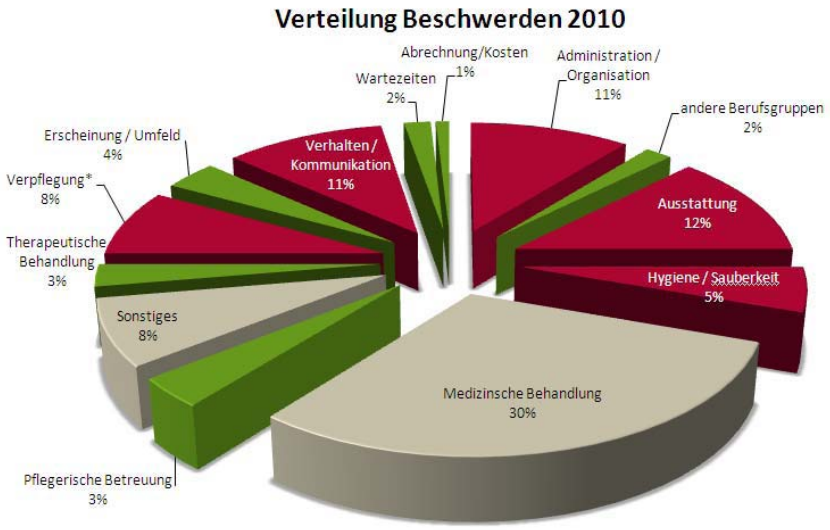
3. Unabhängigkeit
Die Beschwerden werden in Eigenverantwortung der beiden Qualitätsmanager bearbeitet. Diese entscheiden frei über die Art und Weise der Bearbeitung und fallbezogen über eventuelle „Wiedergutmachungen“. Bei gravierenden Beschwerdeanlässen ist eine Abstimmung mit der Krankenhausleitung üblich.

4. Transparenz
Es sind zwei qualifizierte Beschwerdemanager benannt, die von Montag - Freitag von 9:00 bis 15:00 Uhr erreichbar sind, persönliche Ansprechpartner für Patienten und deren Angehörige sind.
Dies ist klinikweit kommuniziert und auf der Homepage der Klinik dargestellt.
Auf allen Stationen haben die Patienten die Möglichkeit, die dort im Stationsflur aufgehängten Meinungs-Briefkästen für Meldungen ans

Kontakt

Dr. Uwe Block
Claus Schmiedefeld
Beschwerdemanager
Qualitätsmanagement
Schön Klinik Hamburg Eilbek
Dehnhaide 120
22081 Hamburg
Tel: 040 / 20 92 – 37 07
040 / 20 92 – 39 10
ublock@schoen-kliniken.de
cschmiedefeld@schoen-kliniken.de

Qualitätsmanagement zu nutzen. Dafür stehen spezielle Beschwerdemeldekarten am Empfang, im Patientenmanagement und bei den Patientenbetreuerinnen zur Verfügung. Die Einführungstage für neue Mitarbeiter werden regelmäßig genutzt, um neben der Qualitätsphilosophie auch das strukturierte Beschwerdemanagement darzustellen. Mündlich geäußerte Patienten- und Angehörigenbeschwerden werden grundsätzlich im „Meldebogen Beschwerden“ in Kurzform verschriftlicht und die Bearbeitung vom Verantwortlichen dokumentiert. Patienten und Angehörige, die sich nicht direkt an Klinikmitarbeiter wenden wollen, können als klinikferne Alternative die beiden Beschwerdemanager in der Unternehmens-Zentrale der Schön Klinik in Anspruch nehmen. Auf der Homepage der Schön Klinik Hamburg Eilbek können sich Patienten direkt mithilfe des strukturierten E-Mail-Formulars „Ihre Meinung“ äußern. Diese Meldungen gelangen direkt ins Qualitätsmanagement und werden dort ebenfalls umgehend bearbeitet. Insgesamt steht den Patienten damit eine breite Palette verschiedener Ansprechpartner und Medien zur Verfügung. Es besteht eine gut funktionierende Zusammenarbeit in Beschwerdeangelegenheiten zwischen dem Patientenmanagement, den Mitarbeitern des Empfangs und der Aufnahmebereiche, den Patientenbetreuerinnen und dem Qualitätsmanagement. Alle leitenden Mitarbeiter erhalten eine statistische Halbjahresauswertung der Beschwerden. Unser Qualitätszirkel „Service am Patienten“ dient dazu, für häufig wiederkehrende Themen aus dem Beschwerdemanagement und den Patientenbefragungsergebnissen Lösungen zu erarbeiten. **5. Verantwortung** Grundsätzlich fühlen sich alle Klinikmitarbeiter für die direkte Annahme und Bearbeitung von Beschwerden Ihrer Patienten zuständig und verantwortlich. Durch entsprechende Beschwerdemanagement -Fortbildungen wurden in den letzten Jahren auch die Mitarbeiterinnen des Empfangs und der Aufnahmebereiche qualifiziert, Kundenbeschwerden anzunehmen und zu bearbeiten. **6. Unternehmenskultur** Die Unternehmensphilosophie und die Qualitätspolitik der Schön Klinik betont u. a. das Streben nach hoher Patientenzufriedenheit. Dafür sind seitens der Unternehmensleitung Zielwerte vorgegeben, deren Erreichung über kontinuierliche Patientenzufriedenheitsbefragungen in allen Fachabteilungen überprüft werden. **7. Zertifizierung** Die Schön Klinik Hamburg Eilbek ist wiederholt nach DIN ISO 9001-2008 durch die Zertifizierungsgesellschaft BSI / Hanau zertifiziert worden. Im Rahmen interner Audits der Unternehmenszentrale wird das Qualitätsmanagementsystem sowie das Beschwerdemanagement jährlich mithilfe eines Bepunktungssystems überprüft und bewertet. **Patientenrückmeldungen** In 2010 wurden im Qualitätsmanagement 112 Beschwerden bearbeitet. Weitere 52 Briefe beinhalteten ausschließliches Lob für die erfahrene medizinische Behandlung und Betreuung. In einer elektronischen Datenbank werden alle Beschwerden erfasst, kategorisiert und regelmäßig statistisch für die Leitungskräfte aufbereitet	**Schön Klinik Hamburg Eilbek**



Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Medizinische Behandlung:

- halbjährliche Quality-Reviews mit allen Leitenden Ärzten zu medizinischer Ergebnisqualität und der Kennzahlenerreichung

Ausstattung:

- WLAN
- Schaffung von Internetzugängen in den Patientenzimmern von Haus 7
- Einrichtung eines Patienten-Internetcafés im Foyer
- Bau eines Parkhauses für Besucher
- Neugestaltung der Patientenküche
- Anschaffung weiterer höhenverstellbarar Betten

Wartezeiten

- Überarbeitung der Abläufe in der Notaufnahme
- Schaffung von zusätzlichen Patientenaufnahmebüros im Bereich der Notfallaufnahme

Ziele für das nächste Jahr

Die Anzahl der bearbeiteten Beschwerden bleibt auch in 2010 auf einem erfreulich niedrigen Niveau. Die auf der Homepage angebotenen elektronischen Meldewege (Kontaktformular „Ihre Meinung“) werden zunehmend häufiger genutzt.
Der Einsatz qualifizierter Patientenbetreuerinnen, die im direkten Kontakt mit den Patienten und Angehörigen viele Anliegen und Wünsche mitgeteilt bekommen und möglichst umgehend bearbeiten, hat sich sehr bewährt.

In 2011 besteht die Zielsetzung, weitere Mitarbeiter aus den klinischen Bereichen in Tagesseminaren zum Thema „Umgang mit Beschwerden“ zu qualifizieren.
Seitens der Beschwerdemanager ist eine regelmäßige Teilnahme an den Fachtagungen der UPD (Berlin) und des „Patientenbeauftragten der Bundesregierung“ sowie die Mitarbeit die den Treffen der

Schön Klinik Hamburg Eilbek

Beschwerde-beauftragten in der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V. („Hamburger Erklärung)	**Schön Klinik Hamburg Eilbek**

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Das Lob- und Beschwerdemanagement (LBM) blickt auf ein arbeitsreiches und erfolgreiches Berichtsjahr 2010 zurück. Wir danken allen Beteiligten für den offenen und konstruktiven Umgang mit Beschwerden und positiven Rückmeldungen. Dadurch konnten wir im UKE zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Abläufen einleiten, was den Patienten und dem UKE wieder zu gute kommt.

Kontakt

Lob- und Beschwerdemanagement
Hilke Holsten-Griffin
Beate Gerber
Beschwerdebeauftragte
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel: 040 / 74 10 - 5 79 85
Fax: 040 / 74 10 - 5 89 32
LobundTadel@uke.de

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Der Bericht gibt eine Übersicht über die Arbeit des Lob- und Beschwerdemanagements (LBM) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Jahr 2010. Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgte nach den Richtlinien der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden.
Bereits im Jahr 2009 erhielten die Meldungen von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern mehr positive Äußerungen als im Vorjahr. Dieser Trend setzte sich auch im Jahre 2010 fort. Deshalb wurde das Zentrale Beschwerdemanagement“ (ZBSM) im April 2010 zum „Lob- und Beschwerdemanagement“ (LBM) umbenannt.

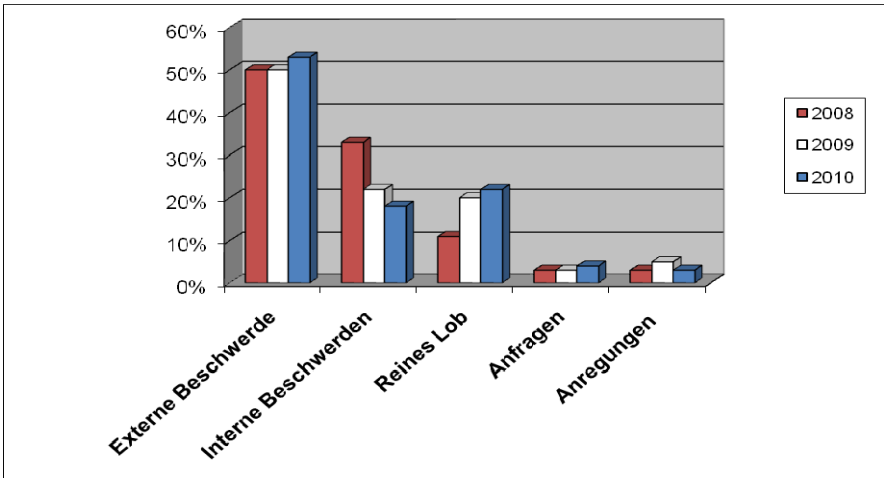
Lob- und Tadelflyer werden im UKE flächendeckend verteilt. Sie waren mit einer Verwendung von 32 % das meist genutzte Kontaktmedium der Beschwerdeführer in 2010. Die Eingänge über elektronische Kontaktmedien (Mail und Onlineformular) hatten mit 44 % einen noch höheren Anteil. Dies ist eine positive Entwicklung auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus. Außerdem wurden Anrufe (18 %) und persönliche Besuche (3 %) zur Kontaktaufnahme mit dem LBM gewählt.

Die Bearbeitung von Beschwerden im Rahmen des Fehlermanagements ist nur in einem lernenden System möglich. Um die Ereignisse effizient bearbeiten zu können, ist eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern im Klinikum notwendig. Zusätzlich wird eine funktionale Software benötigt. Die Software *intrafox*® der Firma Inworks wurde auch in 2010 in vielen Bereichen weiterentwickelt. Insbesondere das Reporting und die Maßnahmenverfolgung wurden für das 1. Quartal 2011 überarbeitet. Die Abgabe von Stellungnahmen zu Beschwerden haben wir vereinfacht, um die Bearbeitungszeit für die Mitarbeiter zu verkürzen.

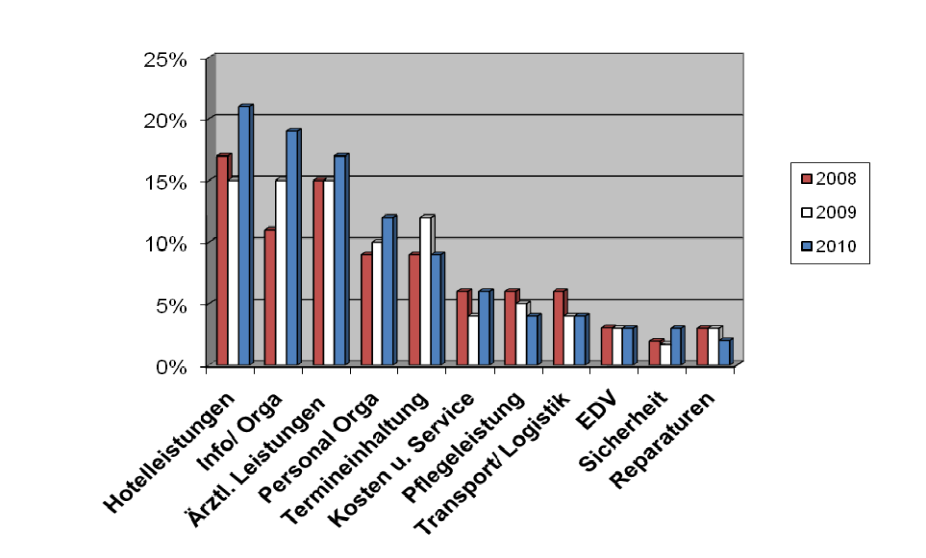
Patientenrückmeldungen

Insgesamt erhielt das LBM im Berichtsjahr 2066 Meldungen (zum Vergleich 1385 in 2008, 2496 in 2009).
Wir erhielten neben Beschwerden eine große Zahl positiver Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern (37 % der Meldungen). Dies ist eine sehr erfreuliche Entwicklung. Zum Vergleich dazu enthielten in 2008 nur 11 % und in 2009 28 % der Meldungen positive Inhalte.
Leichte Steigerungen der Meldungen im Bezug zum Vorjahr waren bei

externen Beschwerden (von 50 % auf 53 %), Anfragen (von 3 % auf 4 %) und reinem Lob (Steigerung von 20 % auf 22 %) zu verzeichnen. 3 % der Meldungen waren Anregungen. Dies entspricht 2 % weniger als im Vorjahr. Die internen Beschwerden der Mitarbeiter gingen um 4 % auf 18 % zurück. Als externe Beschwerden gelten kritische Meldungen von Patienten und anderen Personen wie z. B. Angehörige, Besucher, Nachbarn des UKE, Taxifahrer, Umweltschützer etc.



Kategorisierung der Rückmeldungen



Im Mittelpunkt der Beurteilung standen wiederholt Hotelleistungen (21 %), Information / Organisation (19 %), ärztliche Leistungen (17 %) und Personalorganisation (12 %). Bei den Meldungen zu Hotelleistungen (21 %) stehen die Ausstattung, der Reinigungsdienst und die Verpflegung im Vordergrund. Die konkreten Hinweise führten sehr oft kurzfristig zu Verbesserungsmaßnahmen vor Ort. Bei dem hohen Standard der räumlichen Ausstattung des Klinikums, waren es oft jedoch nur kleine technische Mängel die zu Enttäuschung und Unzufriedenheit führten.
Im Bereich der Beschwerden zum Thema Information / Organisation (19 %) wurden vor allem Probleme und Unklarheiten im Zusammenhang mit Aufnahme und Entlassung sowie mit verzögerter Befundübermittlung berichtet. Bei den ärztlichen Leistungen wurden hauptsächlich Defizite in

der Kommunikation bemängelt. Auch Unklarheiten bei der Behandlung führten zu Beschwerden. Nachträgliche Erläuterungen bewirkten hier oftmals eine zügige Klärung. Diese wurden in Einzelfällen auch durch den UKE-Ombudsmann, Herrn Dr. Raimund Kniep, in Gesprächen mit allen Beteiligten unterstützt. Im Bereich der Kategorie Personalorganisation dominierte das Thema Kommunikation. Dabei lag der Schwerpunkt im nicht medizinischen Bereich. Besonders erfreulich ist dabei, dass die kritischen Meldungen über die Termineinhaltungen unter dem Niveau des Vorjahres lagen (2010 9 %, 2009 12 %). Unter 5 % waren die Meldungen über Pflege (4 %), Transport (4 %), EDV (3 %), Sicherheit (3 %) und Reparaturen (2 %). Jede Meldung wurde sofort auf ein Verbesserungspotenzial überprüft und bei Bedarf direkt an den Leiter oder die Leiterin des betreffenden Bereichs übermittelt. **Korrekturmaßnahmen** Aus den Meldungen wurden Maßnahmen abgeleitet, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in unserer Klinik unterstützen konnten. Eine klärende Antwort an den Beschwerdeführer führte in 36 % der Fälle zum erfolgreichen Abschluss der Beschwerde. Als Reaktion auf die zahlreichen positiven Meldungen und Anregungen bedankte sich das UKE in 16 % der Fälle bei den meldenden Personen. In 13 % der Maßnahmen baten wir den Beschwerdeführer für unbefriedigende Umstände um Entschuldigung. In 15 % (365 Fälle) erfolgten Sofortmaßnahmen oder es wurden Maßnahmen geplant. Zu den Sofortmaßnahmen zählten beispielsweise: • zusätzliche Reinigungen • Nachlieferungen von Speisen • Reparatur von Fernsehterminals und Telefonen • Beseitigung von Sicherheitsmängeln • Räumen von Eis und Schnee • Entsorgung von Müll • Lieferung von Wäsche • Suche nach Patienteneigentum • Technische Hilfe • Gespräche mit Ärzten • Versendung von Arztbriefen. Insbesondere bei den internen Beschwerden des Personals, konnte durch die Klarstellung von Abläufen (5 %) eine Verbesserung erreicht werden. Da die Zahl der internen Beschwerden rückläufig war, kam dies in 2010 weniger zum Tragen als in den Jahren zuvor (8 % der Meldungen). Die Ablauforganisation ist in Form von Prozessbeschreibungen verschiedener Bereiche verfügbar. Diese Beschreibungen wurden im Rahmen von Prozessoptimierungsmaßnahmen nach dem Umzug ins neue Klinikum entwickelt. Die wichtigsten Veränderungen erfolgten in 2009 in den Bereichen der Medikamentensicherheit (Unit Dose System), Bereitstellung von Pflegemitteln, und Wäsche (Modulsystem), im Krankentransportwesen (Kommunikationssystem „Syncrotess“ und die Zusammenarbeit der internen Transportpfleger/innen des Dienstleisters GARD und der KLE), in dem neuen Verpflegungssystem mit Systemküchen vor Ort), der zentralen	**Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf**

OP-Organisation (ZOO) und dem in 2010 weiter ausgebauten Zentralen Belegungsmanagement.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Aufgrund der Beschwerden, Hinweise und Anregungen haben wir zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Beispielhaft seien folgende Ergebnisse genannt:

Datum	**Konkrete Verbesserungen aufgrund von Beschwerden**
Januar	Es wurden Griffe bzw. Aufstehhilfen für die Patiententoilette im Bereich des Dermatologie Ambulanzzentrums in W38 nachgerüstet.
Februar	Von der Klinikgastronomie wurden zusätzliche Kannen für die Klinik für Intensivmedizin bestellt, um den wachen Patienten genügend Wasser bereit zu stellen.
März	Im Herzzentrum wurde eine interne Schulung zum „serviceorientierten Umgang mit Patienten“ durchgeführt.
April	Es wurde eine Sitzbank im Bereich des Hauptzuganges Ost 64 aufgestellt.
Mai	Kissen und Oberdecken wurden auf Grund von Beschwerden von dem Dienstleister KTE (Klinik Textilien Eppendorf) ausgetauscht.
Juni	In der Radiologie wurde ein Projekt zusammen mit der Bildungsakademie zum Thema Kundenkommunikation ausgerichtet
Juli	Für das Onkologische Zentrum wurden neue Betten bestellt. Es handelt sich um die gleichen Betten, die im Neubau eingesetzt werden. Die Betten zeichnen sich durch elektrische Verstellbarkeit und sehr gute Beweglichkeit aus.
August	Die Terminvergabe des Ambulanzzentrums Rheumatologie wurde über das Call-Center organisiert. Es hatte dort Schwierigkeiten bei der telefonischen Erreichbarkeit des Zentrums gegeben.
September	Für die Mitarbeiter der „Zentralen Ambulanzen“ wurde eine Fortbildung zum Thema deeskalierende Gesprächsführung durchgeführt.

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Oktober	Im Belegungsmanagement für das Onkologische Zentrum wurde ein Infoblatt entworfen. Diese enthält alle wichtigen organisatorischen und medizinischen Informationen für Patienten und Ärzte.
November	Im International Office wurde eine Broschüre mit den häufigsten Übersetzungen für die alltäglich benötigte Kommunikation in verschiedenen Sprachen erstellt. Die Broschüre steht den Mitarbeitern und Patienten des UKE zur Verfügung.
Dezember	Die Beschilderung zur Bernhard-Nocht-Klinik wurde durch das Qualitätsmanagement der 1. Medizinischen Klinik verbessert.

Ziele für das nächste Jahr

Der Geschäftsbereich Qualitätsmanagement GB QM wird sich in Zukunft, neben der Pflege des Qualitätsmanagementsystems, noch mehr auf die Verbesserung der klinischen Prozesse konzentrieren. Deshalb wurde der GB in „GB Qualitätsmanagement und klinisches Prozessmanagement“ umbenannt.
Der Lob- und Tadelflyer wird in seiner vierten Auflage Anfang 2011 neu gedruckt.
Eine wichtige Veränderung ist der Standort des Lob - und Beschwerdemanagements. Ende 2010 ist der GB QM von W26 nach O13 (Ost 13) umgezogen. Das LBM befindet sich damit wesentlich näher am Haupteingang des neuen Klinikums. Dies erleichtert den Zugang und die Orientierung für Patienten.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 sowie die Berichte aus den vorherigen Jahren finden Sie auf unserer Homepage unter
http://www.uke.uni-hamburg.de/patienten-besucher/index_11325.php

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Werner Otto Institut

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Seit Juni 2007 wird die Hamburger Erklärung im Werner Otto Institut umgesetzt. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Versorgungsangebote. Wir möchten, dass die Patienten mit unseren Leistungen zufrieden sind. Anlässe für Kritik und hilfreiche Anregungen betrachten wir als Chance, kontinuierlich unsere Leistungen und deren Qualität zu verbessern.

1. Zugänglichkeit
Die Patienten sind angemessen informiert. Informationen können am Aushang und auf der Homepage eingeholt werden. Die Beschwerdebeauftragte ist über E-Mail und Sprechzeiten erreichbar.

2. Zügige Bearbeitung
Eingehende Beschwerden oder Anregungen werden möglichst am gleichen Werktag bearbeitet. Bei schriftlichen Beschwerden erfolgt der Versand von Eingangsbestätigungen, Zwischen- und Abschlussinformationen.

3. Unabhängigkeit
Bestehende Richtlinien für das Beschwerdemanagement sind eindeutig formuliert und nach außen transparent dargestellt.

4. Transparenz
Ansprechpartner sind bekannt. Der Ablauf und die 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
Für die positive Weiterentwicklung der Unternehmenskultur gibt es kontinuierliche Angebote für Mitarbeiter, Patienten und deren Eltern. Hier seien beispielhaft die enge Zusammenarbeit mit dem Fördervereines WOI (Elterngesprächskreise, Eltern-Kind-Nachmittage), die regelmäßigen Mitarbeitergespräche sowie Eltern-, Zuweiser- und Mitarbeiterbefragung genannt. Aus den Ergebnissen der Befragungen werden kontinuierlich Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

7. Zertifizierung
Im Werner Otto Institut ist eine langjährige Qualitätsmanagement und EFQM Entwicklung erfolgt. Im Juni 2009 wurde im Rahmen des EFQM das Level Committed to Excellence erreicht.

werner otto institut

Kontakt

Ute Gaertner
Beschwerdebeauftragte
Werner-Otto-Institut
Bodelschwinghstraße 23
22337 Hamburg
Tel: 040 / 50 77 - 3148
ugaertner@werner-otto-institut.de

Patientenrückmeldungen

Das Werner Otto Institut hatte einen Durchlauf von ca. 1450 ambulanten Patienten pro Quartal.

Wir erhielten 19 Rückmeldungen.

Feedback Karten:	positiv 7	negativ	8	(alle anonym)
Beschwerde in Briefform:			0	
Beschwerde telefonisch:			2	
Beschwerde E-Mail:			3	
Beschwerde persönlich:			0	

Bei den positiven Rückmeldungen über die Feedback Karten betrafen vier die Atmosphäre im Werner Otto Institut, zwei die Fachleute und eine die Flexibilität bei Abläufen und Terminvergaben.

Bei den negativen Rückmeldungen über die Feedback Karten betrafen vier die Räumlichkeiten z. B. den zur Zeit durch Baumaßnahmen immer wieder belegten Patientenparkplatz, eine die Atmosphäre, eine die Fachleute und zwei die Flexibilität bei den Abläufen und Terminvergaben.

Die Rückmeldungen verteilten sich gleichmäßig, mit einem leichten Rückgang in der Sommerpause, mit ein bis zwei Rückmeldungen pro Monat.

Zur Erläuterung: Das WOI ist eine ambulante Einrichtung, bei der Unzufriedenheiten in einer anderen Form auftreten als in einer reinen stationären Institution.

Werner Otto Institut

Korrekturmaßnahmen

In den meisten Fällen reichten klärende Antworten (telefonisch oder schriftlich aus). Negative Rückmeldungen zur Prozessoptimierung wurden direkt im persönlichen Gespräch mit den Beteiligten geklärt, oder in optionale Verbesserungsmöglichkeiten aufgenommen.
Die Parkplatzsituation wird sich im nächsten Jahr durch eine, für das gesamte Stiftungsgelände, zentral geregelte Automatenanlage ändern und entspannen.
Eine Patientensanitäranlage wurde auf Anregung durch die gelben Karten mit Grundausstattung und Armaturen in Stand gesetzt.

Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Um wichtige Informationen über Verbesserungspotentiale in der Organisation der Abläufe und im zwischenmenschlichen Umgang zu erfahren, werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt. Das Beschwerdemanagement wurde mit in die Homepage aufgenommen. Kontinuierliche Information und Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema finden statt. (Hausversammlung)

Ziele für das nächste Jahr

- Im Eingangs- und Wartebereich wird es zusätzlich zu den Briefkästen eine Infotafel mit Foto der Beschwerdebeauftragten geben.

• das Programm „Kritikom“ zur Erfassung und Auswertung von Patientenbeschwerden zu installieren. • Patienteneltern und Mitarbeiter motivieren, Ideen für Veränderungen preiszugeben und aufzunehmen. • Patienten und Mitarbeiter in der Philosophie bekräftigen: „Fehler sind erlaubt, wir lernen aus ihnen.“ Den vollständigen Beschwerdebericht 2010 finden Sie auf unserer Homepage unter: www.werner-otto-institut.de	**Werner Otto Institut**

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ist eines der ersten Krankenhäuser in Hamburg, das sich der Hamburger Erklärung verpflichtet hat.
Seit 2004 ist die Hamburger Erklärung und damit ein systematisches Lob- & Beschwerdemanagement im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand fest etabliert und hat einen wichtigen Stellenwert in unserem Klinikalltag.

In einem strukturierten Verfahren setzen wir die Hamburger Erklärung in den unten ausgeführten Punkten um und stellen sicher, dass Beschwerden angemessen, zeitnah, objektiv und nachhaltig bearbeitet werden.

Beschwerden verstehen wir als Chance, unser Haus und unsere Dienstleistung nachhaltig zu verbessern, Kundenwünschen zu entsprechen und Fehlerquellen zu begegnen. Ein aktives Lob- & Beschwerdemanagement stößt damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess an, ist gleichzeitig Instrument zur Mitarbeitermotivation und wichtiger Baustein unseres Qualitätsmanagements.

Unser Ziel ist es, die Anzahl der Beschwerden zu maximieren!
Denn, wir möchten, dass sich 100 % der unzufriedenen Patienten, Angehörigen und Besucher beschweren! So können wir uns unseren Schwächen und Fehlern stellen und Defizite akut, aber vor allem langfristig korrigieren.
Aber natürlich möchten wir grundsätzlich die ***Anzahl der unzufriedenen Patienten, Angehörigen und Besucher minimieren***! Ein aktives Lob- & Beschwerdemanagement leistet dazu einen wichtigen Beitrag.

1. Zugänglichkeit
Unser Lob- & Beschwerdemanagement steht Patienten, Angehörigen, Besuchern und Kooperationspartnern zur Verfügung.
Eine Rückmeldung an das Lob-& Beschwerdemanagement ist dabei nicht an eine bestimmte Form gebunden. Lob, Beschwerden und Anregungen können schriftlich, mündlich, telefonisch, per E-Mail oder Fax jederzeit abgegeben werden.
Zur Übermittlung in schriftlicher Form steht Patienten, Angehörigen und Besuchern ein Rückmeldebogen des Lob- & Beschwerdemanagements zur Verfügung. Diesen Rückmeldebogen bekommen alle stationären Patienten bei ihrer Aufnahme ausgehändigt. Außerdem liegen auf allen Stationen und an den zentralen Stellen des Krankenhauses Bögen aus. Die in den Zimmern ausliegenden Patienteninformationsmappen enthalten ebenfalls Rückmeldebögen. Auf den Stationen hängen darüber hinaus Info-Poster, die auf das Lob- & Beschwerdemanagement aufmerksam machen und alle notwendigen Kontaktinformationen enthalten.
Die ausgefüllten Rückmeldebögen können direkt auf der Station abgegeben werden. In den Eingangsbereichen der Klinik stehen Briefkästen

Kontakt

Friederike Schulz
Beschwerdebeauftragte
QM & Marketing
Wilhelmsburger Krankenhaus
Groß-Sand
Groß-Sand 3
21107 Hamburg
Tel.: 040 / 75 205 – 284
Fax: 040 / 75 205 – 200
f.schulz@gross-sand.de

bereit, die werktäglich geleert werden. Selbstverständlich können die Bögen auch per Fax oder Post versandt werden. Alle Mitarbeiter nehmen Lob und Beschwerden natürlich auch vor Ort jederzeit entgegen, versuchen Problemsituationen direkt zu klären und leiten Rückmeldungen an das Lob- & Beschwerdemanagement weiter. Auf unserer Homepage stellen wir auf einer eigenen Seite alle wichtigen Informationen über das Lob- & Beschwerdemanagement zur Verfügung. Neben Zielen und Ansprechpartnern steht hier selbstverständlich auch der Lob- & Beschwerdebogen zum Download bereit. Wer sich weitergehend informieren möchte, findet die Beschwerdeberichte der letzten Jahre ebenfalls auf dieser Seite. **2. Zügige Bearbeitung** Die zügige Bearbeitung einer Beschwerde ist zur Klärung der Situation außerordentlich wichtig. Grundsätzlich versuchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort auf Station oder in den Abteilungen, das Anliegen des Beschwerdeführers schnellstmöglich zu bearbeiten und eine erste Lösung zu erzielen. Anliegen die direkt an das Beschwerdemanagement gerichtet werden, werden ebenfalls umgehend bearbeitet. Wir versuchen innerhalb der ersten zwei Werktage nach Eingang der Rückmeldung eine erste Antwort zu geben. Eine abschließende Weiterbearbeitung kann ggf. etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen, da, bedingt durch den Wechseldienst, nicht immer alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sollten Verzögerungen in der Bearbeitung eintreten, bekommt der Beschwerdeführer eine Nachricht über den Stand seines Anliegens. **3. Unabhängigkeit** Unser Lob- & Beschwerdemanagement ist dem kaufmännischen Direktor unterstellt und berichtet in regelmäßigen Abständen an das Direktorium. Unsere Mitarbeiter haben dadurch größtmögliche Unabhängigkeit und können im Rahmen der Bearbeitung von Beschwerden unabhängig arbeiten! Den Mitarbeitern des Lob- & Beschwerdemanagements stehen kontinuierlich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verfügung. **4. Transparenz** Transparenz ist für uns gerade im Lob- & Beschwerdemanagement ein zentrales Anliegen – extern wie intern. Extern ist es uns sehr wichtig, die Beschwerdeführer über den Verlauf und die Ergebnisse ihrer Rückmeldungen zu informieren. Durch die jährliche Veröffentlichung eines Beschwerdeberichts schaffen wir über einzelne Beschwerden hinaus Transparenz hinsichtlich unserer Arbeit im Lob- & Beschwerdemanagement. 2005 haben wir erstmals einen Beschwerdebericht veröffentlicht. Intern wurden schon immer Auswertungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen gelegt: Welche Beschwerden sind eingegangen, wie wurde darauf reagiert und welche Konsequenzen wurden aus einer Rückmeldung gezogen? Es ist uns wichtig unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so in den Lob- & Beschwerdeprozess einzubeziehen. Zusätzlich wird der jährliche Beschwerdebericht natürlich auch intern kommuniziert und der aktuelle Stand der „Lob & Beschwerden“ halbjährlich in einer internen Veranstaltung vorgestellt.	**Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand**

5. Verantwortung
Die Mitarbeiter des Beschwerdemanagements sind klar benannt. Eine Vertretung ist jederzeit sichergestellt. Neben den Mitarbeitern im Beschwerdemanagement, sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses für Rückmeldungen verantwortlich und helfen den Patienten, Besuchern und Angehörigen vor Ort bei ihren Anliegen.

6. Unternehmenskultur
Grundlage aller Bemühungen im Rahmen der Patientenversorgung ist das Leitbild des Krankenhauses. Es wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt und stellt den Wertecodex dar, dem sich alle verpflichtet fühlen. Wir verstehen das Leitbild als Wegweiser und Ziel, aber auch als Impulsgeber für gemeinsam geplante Veränderungen.
Darüber hinaus ist das Beschwerdemanagement als Bestandteil der Unternehmenskultur fest im Klinikalltag verankert.

7. Zertifizierung
Als eines von drei Pilotkrankenhäusern in Hamburg, hat das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand gemeinsam mit dem Hamburger Institut für Beschwerdemanagement an der Erarbeitung eines Zertifizierungsverfahrens für das Beschwerdemanagement mitgewirkt und ist für die Entwicklung des Zertifikates gemeinsam mit den Pilotkrankenhäusern aus ganz Deutschland auf dem 19. Münchner Qualitätsforum mit einem Preis ausgezeichnet worden. Die Zertifizierung des Lob- & Beschwerdemanagements im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ist für April 2011 geplant.

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Rückmeldungen im Lob & Beschwerdemanagement 2010

Anzahl der Rückmeldungen in 2010	138
Behandelte Patienten in 2010	19.206
davon stationär und teilstationär	7.529
davon ambulant	11.677

Das entspricht einer Rückmeldequote von 0,7 %.
Auch im sechsten Jahr der Hamburger Erklärung ist die Anzahl der Rückmeldungen damit weiterhin stabil.

Die 138 Rückmeldungen unserer Patienten, Angehörigen und Besucher umfassen z. T. mehrere Aspekte, in Summe insgesamt 244.

Insgesamt gaben 16 Beschwerdeführer keinen Namen an, ordneten aber über den Lob- & Beschwerdebogen ein, ob sie Patient, Angehörige oder Besucher sind, so dass nur drei Beschwerden gar nicht eingeordnet werden konnten. Darin sehen wir einen großen Vertrauensbeweis seitens der Patienten, Besucher und Angehörigen. Es bestärkt uns in unserer Annahme, dass wir Patienten, Angehörigen und Besuchern glaubhaft darstellen konnten, dass Unabhängigkeit, Verantwortung und Transparenz nicht nur Begriffe aus der Hamburger Erklärung sind, sondern in unserem Haus gelebt werden.

Wir möchten an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass sich aus der absoluten Anzahl der Rückmeldungen keine Rückschlüsse auf die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit unserer Patienten, Angehörigen und Besucher ziehen lassen. Rückmeldung müssen letztlich immer differenziert

nach der Art der Inhalte betrachtet werden.

Art und Eingangsform der Rückmeldung 2010

Eingang der Rückmeldung	
Beschwerdebogen	108
Brief	6
Gespräch	10
E-Mail	4
Telefonisch	10
Summe der Rückmeldungen	**138**

Unser Patienten / Angehörigen / Besucher nutzen überwiegend den Lob- & Beschwerdebogen, den wir 2010 an unserer Corporate Design angepasst und inhaltlich noch einmal überarbeitet haben.

Rückmeldungen mit verschiedenen Aspekten

Oft erreichen uns innerhalb einer Rückmeldung mehrere Aspekte.
Wir werden im Folgenden z.T. die einzelnen Rückmeldungen, z. T. auch die darin enthaltenen Aspekte genauer betrachten und kategorisieren.

In den 138 Rückmeldungen wurden 244 Aspekte angesprochen.

Aspekte	
Lob	137
Beschwerde	91
Anregung	16
Summe der Aspekte	**244**

Bei gleichbleibender Anzahl der Rückmeldungen müssen wir feststellen, dass die Anzahl der einzelnen Aspekte in Summe deutlich zurückgegangen ist. Beschwerdeführer haben sich 2010 in ihrer Rückmeldung damit auf einzelne Punkte fokussiert. Wir werden diesen Trend beobachten und ggf. Konsequenzen im Rahmen der Beschwerdestimulation daraus ziehen.

Kategorisierung der Rückmeldungen

Im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand werden alle Rückmeldungen / Aspekte von Patienten, Angehörigen und Besuchern statistisch erfasst und ausgewertet.
Es ist uns wichtig, durch detaillierte Auswertung der Aspekte Tendenzen und Trends frühzeitig erkennen und gezielt Abhilfe schaffen zu können. Um Tendenzen aufzudecken, kategorisieren wir unsere Rückmeldungen, bzw. die darin enthaltenen Aspekte in verschiedenen Rubriken, die wir im Folgenden näher erläutern möchten.

Grundsätzlich gibt es als Bewertungsmaßstab für die Rückmeldungen zunächst die Bereiche „Lob“, „Beschwerden“ und „Anregungen & Verbesserungsvorschlag“. Der Beschwerdeführer hat auf dem Lob- & Beschwerdebogen die Möglichkeit, eine eigene Einschätzung vorzunehmen, ob es sich bei seiner Rückmeldung um ein Lob, eine Beschwerde oder einen Verbesserungsvorschlag handelt.

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Wir sind überzeugt, dass gerade Verbesserungsvorschläge und Anregungen sehr ernst zu nehmen sind und uns wichtige Hinweise zur Veränderung und Verbesserung unserer Leistungen und Abläufe geben. Daher haben wir auf unserem Bogen ein Freitextfeld ergänzt: „So könnte eine Verbesserung aussehen“. Hier können Patienten, Angehörige und Besucher uns ihre Ideen mitteilen.

Unsere Rückmeldungen und die darin enthaltenen Aspekte werden über die Einschätzung des Beschwerdeführers hinaus einzeln erfasst, bewertet und kategorisiert.
Eine Kategorisierung der Rückmeldungen erfolgt in

- Beschwerdeführer (Patient, Angehöriger, Besucher, Sonstiger)
- strukturelle, personelle und prozessorientierte Rückmeldung
- organisatorische Kategorien & Einheiten
- Berufsgruppen

Organisatorische Kategorien & Einheiten

	Lob	Be-schwerde	Anre-gung	Summe
Allgemeines Lob & Dank	9	0	0	**9**
Freundlichkeit	46	8	0	**54**
Ärztliche Behandlungsqualität	23	8	2	**33**
Pflegequalität	14	9	1	**24**
Therapie	6	4	0	**10**
Information & Kommunikation	5	12	1	**18**
Patientenaufnahme	1	3	0	**4**
Entlassmanagement	0	8	0	**8**
Organisation & Wartezeiten	0	6	0	**6**
Sauberkeit & Hygiene	6	13	1	**20**
Verpflegung	19	7	0	**26**
Räumliche Ausstattung	8	13	11	**32**
Summe der Aspekte				**244**

Die Freundlichkeit der Mitarbeiter wurde sehr häufig positiv zurückgespiegelt. Darüber freuen wir uns sehr! Aber auch die Behandlungsqualität im Ärztlichen und pflegerischen Bereich war oft Inhalt der Rückmeldungen.

Korrekturmaßnahmen

Jeder Patient, Besucher und Angehörige bekommt auf seine Rückmeldung schnellstmöglich eine Antwort, sofern wir sie nicht anonym erhalten, bzw. die Identität nicht eindeutig geklärt werden kann.

Antworten des Beschwerdemanagements	
Brief	67
E-Mail	14
Telefonat	31

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Gespräche	27
keine Rückmeldung möglich	18

Zumeist haben wir Dankesschreiben versandt, aber auch klärende Antworten und Entschuldigungen ausgesprochen. Bei Anregungen, Meinungsäußerungen und Beschwerden haben wir dem Beschwerdeführer mitgeteilt, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um eine Lösung des Problems zu erzielen, bzw. warum in diesem Bereich momentan keine Lösung erreicht werden konnte.
Intern wurden zur Klärung der Rückmeldungen oftmals auch Stellungnahmen einzelner Mitarbeiter oder der Bereiche eingeholt und Team- oder Mitarbeitergespräche geführt. Mehrere Rückmeldungen fanden Eingang in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses und wurden dort zur Prozessoptimierung und zur Personalentwicklung genutzt.

Verbesserungsmaßnahmen

Aus den Rückmeldungen unserer Patienten, Angehörigen und Besucher konnten wir z. T. ganz konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anstoßen.

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Die Patienten und Besucher bemängelten oft die fehlende Verfügbarkeit des Internets und die schlechte Raumsituation im Bereich des Haupteinganges. Schon 2009 haben wir diese Defizite erkannt und 2010 dann ändern können.

<u>Eingangsbereich - Empfang</u>
Unser Haupteingang wurde grunderneuert und wird im April 2011 fertig gestellt. Durch umfangreiche Sanierungs- und Umbaumaßnahmen des Eingangs konnte damit eine erhebliche Verbesserung im Bereich der Patientenaufnahme und im Wartebereich der Notaufnahme erreicht werden.

<u>Verfügbarkeit des Internets / Mehrsprachigkeit der Homepage</u>
Ein flächendeckendes W-LAN-Netz wurde eingerichtet, über das es im gesamten Krankenhaus möglich ist, sich ins Internet ein zu wählen. Weiterhin haben wir im Eingangsbereich der Geriatrie und des Hauptgebäudes Internet-Terminals zur allgemeinen Nutzung zur Verfügung gestellt. Aufgrund verschiedener Rückmeldungen haben wir unsere Homepage 2010 türkischer und englischer Version zur Verfügung gestellt.

<u>Raucherpavillon</u>
Auch die unklare Situation für Raucher und Nichtraucher führte immer wieder zu Beschwerden. Seit Februar 2010 ist das Rauchen in allen Gebäudeteilen des Krankenhauses untersagt. Lediglich an einer ausgewiesenen Stelle, einem extra eingerichteten Raucherpavillon im Außenbereich ist das Rauchen noch gestattet.

<u>Räumlichkeiten in der Tagesklinik</u>
Rückmeldungen der Patienten führten 2010 ebenfalls dazu, dass wir verschiedene Veränderungen in den Räumlichkeiten der Tagesklinik vorgenommen haben. So ist die Intimsphäre der Patienten noch besser geschützt.

<u>Reinigung und Hygiene</u>

Negative Rückmeldungen zur Reinigung und Hygiene konnten wir zumeist sofort beheben. Aber natürlich haben wir uns auch die Reinigungszyklen kritisch geprüft und konnten z. T. über personelle Veränderungen deutliche Verbesserungen erreichen. Für 2011 ist die Erarbeitung einer Checkliste geplant, mit der wir noch besser auf Rückmeldungen im Bereich Reinigung und Hygiene reagieren können.

Technische Ausstattung
Über Rückmeldungen zur technischen Ausstattung sind wir immer dankbar. Auch hier konnten wir schnell reagieren und Reparaturen oder Ausbesserungen vornehmen. Über ein internes Meldesystem werden von Station Rückmeldungen der Patienten zur technischen Ausstattung direkt an die Technik weitergeleitet und können so zeitnah behoben werden.

Ziele für das nächste Jahr

2011 wollen wir die Beschwerdestimulation weiter verbessern.
Dazu haben wir verschiedene Maßnahmen und umfangreiche Schulungen geplant. (Schulungen zum Konfliktmanagement, Stressmanagement, Umgang mit Angehörigen, Umgang mit Unfreundlichkeit)

Für April 2011 haben wir die Zertifizierung unseres Lob- & Beschwerdemanagements durch das Hamburger Institut für Beschwerdemanagement geplant.

Der vollständige Bericht ist auch auf der Homepage zu finden:
www.gross-sand.de → Service-Center → Lob & Kritik
oder www.gross-sand.de/de/krankenhaus/beschwerdemanagement.html.

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.
Ulrike Jaenicke
Janna Lena Reckschwardt
Burchardstraße 19
20095 Hamburg
Tel: 040 / 25 17 36 - 0
hkgev@hkgev.de
www.hkgev.de

Mai 2011