

**BERICHTE DER HAMBURGER KRANKENHÄUSER**  
gemäß Hamburger Erklärung 2011



## Inhaltsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Grußwort.....  | 3   |
| Hamburger Erklärung.....                                   | 4   |
| AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG.....                   | 5   |
| Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus.....              | 10  |
| Altonaer Kinderkrankenhaus.....                            | 15  |
| 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.....                            | 43  |
| ASKLEPIOS Klinik Wandsbek.....                             | 47  |
| ASKLEPIOS Westklinikum Hamburg.....                        | 52  |
| Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg.....  | 57  |
| Bethesda Krankenhaus Bergedorf.....                        | 60  |
| Bundeswehrkrankenhaus Hamburg.....                         | 64  |
| ENDO-Klinik Hamburg.....                                   | 69  |
| Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus.....            | 75  |
| Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf.....                  | 79  |
| Facharztklinik Hamburg.....                                | 85  |
| Heinrich Sengelmann Krankenhaus.....                       | 89  |
| HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg.....                       | 95  |
| Israelitisches Krankenhaus in Hamburg.....                 | 99  |
| Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg Mitte..... | 105 |
| Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift.....           | 107 |
| Katholisches Marienkrankenhaus.....                        | 111 |
| KLINIK DR. GUTH.....                                       | 115 |
| Klinik Fleetinsel Hamburg.....                             | 120 |
| Krankenhaus Großhansdorf.....                              | 122 |
| Krankenhaus Jerusalem.....                                 | 125 |
| Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift.....                   | 129 |
| Krankenhaus Tabea.....                                     | 134 |
| Praxis-Klinik Bergedorf.....                               | 136 |
| Praxisklinik Mümmelmansberg.....                           | 139 |
| Schön Klinik Hamburg Eilbek.....                           | 143 |
| Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.....                | 146 |
| Werner Otto Institut.....                                  | 152 |
| Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand.....                  | 154 |
| Impressum.....   | 162 |

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

auch für das Jahr 2011 haben alle Hamburger Krankenhäuser einen Bericht über die Umsetzung des patientenorientierten Beschwerdemanagements in ihren Krankenhäusern erstellt. Wir freuen uns, Ihnen mit dem vorliegenden gemeinsamen Bericht der Hamburger Krankenhäuser die Ergebnisse zum vierten Mal in Folge vorstellen zu können.

Die Hamburger Krankenhäuser arbeiten stetig daran, ihre Angebote für die Patientinnen und Patienten aus Hamburg und aus dem Hamburger Umland zu verbessern. Dazu gehört nicht nur die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, sondern auch die stetige Überprüfung von Organisationsabläufen, Verbesserungen in der Pflege und Betreuung und der Ausbau von Serviceleistungen.

Mit der Umsetzung der Hamburger Erklärung, der freiwilligen Selbstverpflichtung für ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement, haben die Hamburger Krankenhäuser inzwischen das Beschwerdemanagement erfolgreich in ihren Organisationsabläufen verankert. Denn die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten reichen in ihrer Wirkung weit über das Beschwerdemanagement hinaus. Sie werden in die Organisation zurück gespielt, bewertet, diskutiert und es werden Verbesserungen daraus abgeleitet. Ein strukturell verankertes Beschwerdemanagement deckt Lücken in den Abläufen einer Organisation auf und ist somit auch ein Beitrag für mehr Patientensicherheit.

Wir danken allen Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser für die kontinuierliche Umsetzung der Hamburger Erklärung und für ihren täglichen Einsatz für die Anliegen der Patientinnen und Patienten.



Dr. Claudia Brase  
Geschäftsführerin Hamburgische Krankenhausgesellschaft



### Kontakt

Ulrike Jaenicke  
Hamburgische  
Krankenhausgesellschaft  
Burchardstr. 19  
20095 Hamburg  
Tel: 040 / 25 17 36 29  
presse@hkgev.de

# 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](http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de)) informiert.

Die Hamburger Erklärung gilt jeweils für ein Kalenderjahr, zunächst bis zum 30. Juni 2012.

# AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG



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 Falblatt wird in allen Etagen in den Aufzugsbereichen sowie am Eingang und in den Bereichen Notaufnahme, Aufnahme- und Ambulanzzentrum sowie dem Ambulanten 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 vom Eingang der Beschwerde, ggf. Zwischenbescheid an den Beschwerdeführer, Einholen von Informationen aus den betroffenen Abteilungen bis zur Beantwortung an den Beschwerdeführer betrug im Jahr 2011 durchschnittlich 5,9 Tage. Eine Ursache für diese relativ lange Bearbeitungszeit ist der Umzug im Februar 2011 in unseren Neubau und der damit einhergehende starke Anstieg der Rückmeldungen.

### 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 Meinungsmanagements 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 wird zusammen mit den jeweils beteiligten Abteilungen bearbeitet. Lob erhalten die Beteiligten zur

## Kontakt

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

Kenntnis. Es bestärkt und motiviert sie in ihrer Arbeit. Ebenso wird die Geschäftsführung kontinuierlich in Kenntnis gesetzt und ggf. an der Bearbeitung 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. Auch im Jahr 2011 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  
Hohe Weide 17  
Tel. (040) 7 90 20 – 1260  
Fax (040) 7 90 20 – 1269  
Raum B1-07  
IhreMeinung@d-k-h.de

**AGAPLESION  
DIAKONIEKLINIKUM  
HAMBURG**

### **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 teilweise einer jährlichen, externen Überwachung:

- Brustzentrum mit Empfehlung der Deutsche Krebsgesellschaft e. V. und Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V.
- Darmkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
- Gynäkologisches Krebszentrum mit Empfehlung der Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

- Hand Trauma Center mit Empfehlung der Federation of European Societies for Sugery of the Hand
- Kompetenz- und Referenz-Zentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie mit Empfehlung durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Qualitätsmanagementsystem Gynäkologische Klinik mit Brustzentrum und Gynäkologischem Tumorzentrum nach DIN EN ISO 9001:2008 mit Empfehlung der LGA InterCert
- Qualitätsmanagementsystem Hamburger Darmzentrum nach DIN EN ISO 9001:2008 mit Empfehlung der LGA InterCert
- Universitäres Schlafmedizinisches Zentrum mit Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
- Urkunde stationäre Fußbehandlungseinrichtung durch die DDG

### Patientenrückmeldungen

In 2011 haben uns 802 Personen eine Rückmeldung, d. h. Lob, Beschwerde und / oder Anregung gegeben (siehe Tabelle). Dies sind 4,6 % in Bezug auf die Fallzahl 2011. Der Vergleich der Jahre zeigt damit einen starken Anstieg an Rückmeldungen. Dieser deutliche Anstieg ist auf den im Februar 2011 erfolgten Umzug in unseren Neubau in Eimsbüttel zurückzuführen. Anhand der Inhalte der Rückmeldungen lassen sich deutlich die Beteiligung und das Interesse der Patienten, aber auch ihrer Angehörigen erkennen.

**AGAPLESION  
DIAKONIEKLINIKUM  
HAMBURG**

| Thema:   | Gesamt 2008 | Gesamt 2009 | Gesamt 2010 | Gesamt 2011 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Anzahl der Personen / Einsendungen Gesamt (Meinungsbogen, Briefe etc.):</b> | <b>322</b>  | <b>270</b>  | <b>333</b>  | <b>802</b>  |
| Patienten  | 291         | 250         | 288         | 388         |
| Angehörige   | 24          | 17          | 26          | 62          |
| Besucher/innen   | 6           | 2           | 1           | 16          |
| Mitarbeiter/innen  | 1           | 0           | 3           | 30          |
| Anonym   | 3           | 1           | 13          | 306         |
| Fallzahl   | 17.258      | 16.854      | 17.304      | 17.165      |
| Meinungsäußerungen (Lob, Beschwerde, Anregung)                                 | 510         | 565         | 1.060       | 2768        |
| % Anteil Rückmeldungen   | <b>3 %</b>  | <b>3 %</b>  | <b>2 %</b>  | <b>5 %</b>  |

Wege der 802 Rückmeldungen:

- ❖ 10 telefonisch,
- ❖ 29 per E-Mail,
- ❖ 38 per Brief,
- ❖ 710 per Rückmeldebogen,
- ❖ 15 Fax, persönlich, sonstige.

### 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 5 Nennungen in einem Hauptbereich):

| Inhalt im Bereich  | Beschwerde | Lob | Anregung |
|--|------------|-----|----------|
| Alles war schlecht / gut   | 9          | 53  | entfällt |
| Ausstattung - Infrastruktur z. B. Patientenzimmer                                    | 169        | 97  | 324      |
| Behandlungsprozess, davon z. B. bezogen auf Beratung / Aufklärung und Zusammenarbeit | 184        | 151 | 32       |
| Wartezeiten  | 130        | 23  | 21       |
| Komfort / Service, davon z. B. bezogen auf Sauberkeit                                | 112        | 11  | 50       |
| Personal, davon z. B. bezogen auf Kompetenzen, Information und Personalausstattung   | 228        | 638 | 46       |
| Verpflegung, davon z. B. bezogen auf Qualität, Quantität, Wahlmöglichkeit etc.       | 256        | 50  | 110      |

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 wurden in vielen Fällen die Ausstattung oder die Abläufe / Prozesse verbessert oder Mitarbeiter entsprechend geschult.

### Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Das Jahr 2011 war geprägt von dem Umzug in den Neubau und den hiermit verbundenen Veränderungen. Mit dem Umzug in den gemeinsamen Neubau wurde auch die räumliche Fusion der drei Einrichtungen vollzogen. Das bedeutete Zusammenführung von z. B. drei Krankenhausinformationen (Pforte / Empfang) zu einer KH-Information, das Zusammenlegen der bisher dezentralen Ambulanzen zu einer zentralen Einheit „Aufnahme und Ambulanz“, Zusammenführung von drei Vollküchen zu einer sog. Verteilerküche, Umstellung von drei Telefonanlagen auf eine Anlage u. a..

Die Rückmeldungen wurden systematisch weitergeleitet und bearbeitet, so dass es zu vielen Nachbesserungen kam. Nachfolgend eine Auswahl an Themen, die bearbeitet wurden:

- Nachbesserungen im Bereich der Technik (Klima / Lüftung, Licht...)
- Verschönerung durch Bilder
- Umstellen der Wartezonen und Bestuhlung in der Magistrale
- Gründung einer Projektgruppe Prozessverbesserung (Bettenmanagement, Ambulanzen, amb. OP)
- Anpassung von Bedienungsanleitungen (Tresor)
- Erweiterung des Angebots an Patiententelefonen (Mobilgeräte) mit Großtastatur
- Messung des Telefonempfangs im ganzen Haus mit anschließendem

**AGAPLESION  
DIAKONIEKLINIKUM  
HAMBURG**



Einbau von Verstärkern

- Anpassung / Ergänzung der Beschilderung
- Anpassen der Fernsehprogramme
- Abfrage der Zufriedenheit mit der Speisenversorgung (Patientenbefragung)

Dabei wurden 1000 Fragebögen in einem Zeitraum von 2 Wochen ausgeteilt. 205 Patienten haben sich beteiligt. Die Fragen bezogen sich auf Aussehen, Geschmack, Frische, Würze, Temperatur der warmen sowie Temperatur der kalten Speisen, Abwechslung und Sauberkeit. Die Auswertung ergab, dass unsere Patienten, die sich an der Befragung beteiligten, zu über 70 % zufrieden waren.

Rückmeldungen zu dem Verhalten und der Kommunikation von Mitarbeitenden wurden in Einzelgesprächen bearbeitet. Teilweise erfolgten gezielte Schulungen und es wurden teambildende Maßnahmen wie z. B. Team-Supervision eingeleitet. Darüber hinaus werden diese Themen bei der Planung der Fortbildungen einrichtungsübergreifend in der AGAPLESION Akademie Heidelberg und der innerbetrieblichen Schulungsangebote (IBF) berücksichtigt.

#### **Ziele für das nächste Jahr**

Nach den Unruhen des Umzugs und der Eingewöhnung steht für uns die Überprüfung der durch den Neubau geänderten Prozesse im Focus. Wir werden in verschiedenen Projekt- und Arbeitsgruppen die Abläufe überprüfen und bei Bedarf anpassen. So zum Beispiel im Bereich unserer Zentralen Aufnahme und Ambulanz und dem ambulanten Operieren.

Ein weiteres Ziel ist es, dass wir die Bearbeitungsdauer der Rückmeldungen, insbesondere bei Beschwerden, reduzieren und unsere Patienten und ihre Angehörigen motivieren, weiterhin so aktiv ihr Interesse an unserem Haus äußern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage: [www.d-k-h.de](http://www.d-k-h.de).

**AGAPLESION  
DIAKONIEKLINIKUM  
HAMBURG**

# Albertinen-Krankenhaus

## Albertinen-Haus Medizinisch Geriatriische Klinik

### 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 umgesetzt hat:

#### 1. Zugänglichkeit

Wir weisen über folgende Wege auf die Beschwerdemöglichkeiten hin:

- Die Kontaktdaten aller im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen (Telefon, Brief, E-Mail) sind im Internet veröffentlicht.
- Die aushängenden Stationsinformationen enthalten u. a. auch die Kontaktdaten zum Beschwerdemanagement.
- An zentralen Stellen des Hauses sind Kästen mit / 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 Aufnahme-flyer 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 Patientenförsprecherinnen eingesetzt. Diese unabhängigen Mitarbeiterinnen im Beschwerdemanagement haben im Jahr 2011 mehr als 500 Meinungskarten

Albertinen-Krankenhaus

albertinen<sup>+</sup>

in besten Händen

Albertinen-Haus

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

albertinen<sup>+</sup>

in besten Händen

#### Kontakt

Ulrike Fuchs  
Beschwerdebeauftragte  
Albertinen-Krankenhaus  
Süntelstraße 11 a  
Haupteingang in der  
Hogenfelder Str. 22  
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



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 2011

### Anzahl der Meldungen

|                            |      |
|----------------------------|------|
| schriftlich / mündlich     | 431  |
| Meinungskarten             | 930  |
| Gesamtzahl aller Meldungen | 1361 |

### Absender der Meldungen

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| Patienten                    | 966 |
| Angehörige                   | 203 |
| Sonstige (Mitarbeiter u. a.) | 149 |
| Ohne Angabe                  | 44  |

### Beschwerden

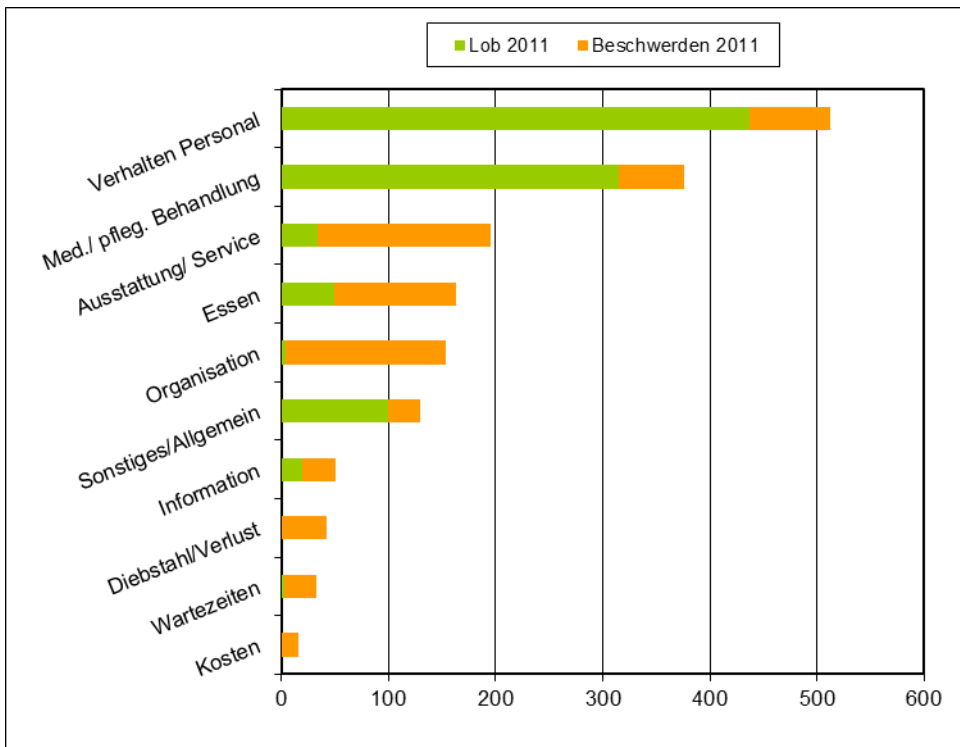
|   |     |
|---|-----|
| in mündlicher Form                        | 171 |
| in schriftlicher Form                     | 61  |
| Gesamtzahl Beschwerden mündl. / schriftl. | 232 |

### Meinungskarten

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| mit Lob-Äußerungen        | 572 |
| mit Beschwerde-Äußerungen | 377 |
| mit Anregungen            | 191 |

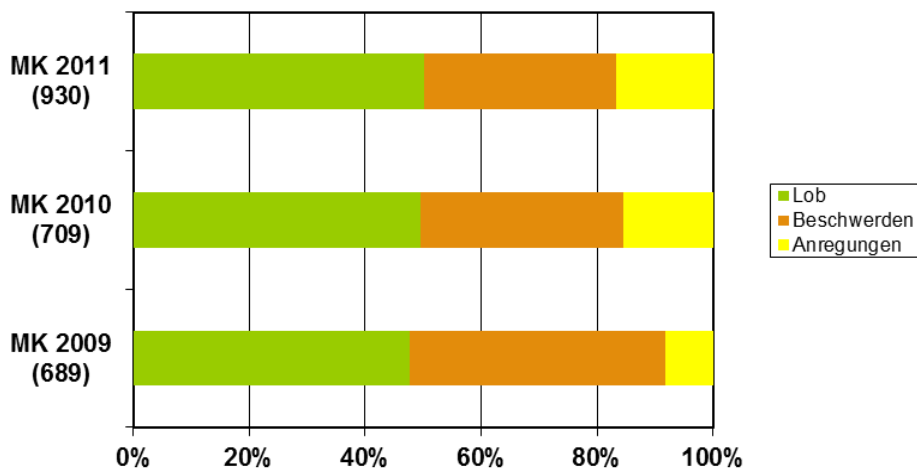
(Mehrfachnennungen möglich)

**Albertinen-Krankenhaus  
Albertinen-Haus**



Die Gesamtzahl der Meldungen an das Beschwerdemanagement ist im Berichtsjahr um mehr als 30 % gestiegen. Dabei ist zu beobachten, dass im vergangenen Jahr vermehrt Meldungen beim Beschwerdemanagement eingegangen sind, die keiner der Kategorien Lob / Beschwerde / Anregung zugeordnet werden können. Dies betrifft Anfragen sowie Meinungsäußerungen allgemeiner Art, die nach Bearbeitung durch das Beschwerdemanagement in die Statistik mit einfließen.

Die Auswertung der in 2011 eingegangenen Meinungskarten zeigt weiterhin einen leichten Rückgang der Meldungen mit Beschwerdeäußerungen. Die Meldungen mit Lobäußerungen haben im Vorjahresvergleich erneut etwas zugenommen:



Insgesamt wurden im Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus im Jahr 2011 etwa 60.000 Patienten behandelt (ca. 24.000 stationäre und ca. 36.000 ambulante Patienten).

**Albertinen-Krankenhaus  
Albertinen-Haus**

### Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen

Aus den Anregungen und Beschwerden haben wir zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. An dieser Stelle sollen beispielhaft einige dieser Maßnahmen genannt werden:

- Schaffung von zusätzlichem Parkraum
- Regelmäßige Begehungen der Stationen durch die Mitarbeiterin der „Stabsstelle Service“
- Verbesserung der Ausstattung (z. B. Anschaffung neuer Kopfkissen, Anschaffung neuer Betten in den Palliativstationen)
- Verbesserung von Prozessen mit Schnittstellenproblematik (z. B. Reha-Anmeldung im Herzzentrum)
- Gezielte Mitarbeiterschulungen im Bereich der Servicekräfte (z. B. Hygienemaßnahmen)
- Freigabe und Kennzeichnung einzelner Krankentransportfahrstühle auch für rollstuhlfahrende Besucher
- Beispiele für Maßnahmen, die aufgrund von Beschwerden / Anregungen abgeleitet wurden, die in Zusammenhang mit den Umbaumaßnahmen im Albertinen-Krankenhaus stehen:
  - Anbringen eines Spiegels im Flur des (für die Zeit der Bauphase) neu geschaffenen Interim-Haupteinganges, um den Mitarbeitern der Zentrale Einsicht in den Außenbereich des Eingangs zu ermöglichen – zur Erhöhung der Sicherheit von Patienten und Besuchern, die sich in diesem Bereich aufhalten
  - Anbringen zahlreicher zusätzlicher wegweisender Schilder

Ein großer Teil der Beschwerden mit den Themenschwerpunkten Ausstattung / Service und Organisation konnte zeitnah abgestellt werden (Reini-

gungsmängel / Reparaturen).

Besonders hoch war das Beschwerdeaufkommen in Bezug auf die Parkplatzsituation. Diese hatte sich im vergangenen Jahr aufgrund des Ausbaus der benachbarten AKN-Strecke und weiterer städtischer Baumaßnahmen vor Ort zeitweise sehr verschärft. Das Albertinen-Diakoniewerk hat mit der Fertigstellung einer zusätzlichen Parkfläche in der Süntelstraße 22 wesentlich zur Entspannung dieser Situation beigetragen. Den Patienten, Besuchern und Mitarbeitern des Albertinen-Krankenhauses stehen nun ca. 90 zusätzliche Stellplätze zur Verfügung.

Auch am Standort Albertinen-Haus wurden mehr als 80 neue Parkplätze geschaffen.

Das Management des Servicebetriebes für Speisenversorgung, Unterhaltsreinigung und Logistik erfolgt wieder durch die Albertinen-Gruppe selbst. Ziel ist es unter anderem, in diesen Bereichen Verbesserungspotenziale schneller zu erschließen und Verbesserungsmaßnahmen unbürokratischer umzusetzen.

Auf unseren Meinungskarten haben sich die Angaben zur Weiterempfehlung des Albertinen-Krankenhauses sehr erfreulich entwickelt. So stieg die durchschnittliche Weiterempfehlungsquote 2011 von 85 % auf über 90 % an.

#### **Ziele für das nächste Jahr**

Schwerpunkt für das Jahr 2012 ist das Bauprojekt des Albertinen-Krankenhauses. Auf dem Gelände entsteht ein neuer Funktionstrakt mit OP- und Intensivbereich, Frauen- und Geburtsklinik, Diagnostikzentrum, Notfallaufnahme, Aufnahmezentrum und einem neuen Eingangsbereich. Zukünftig werden Bereiche, die eng zusammenarbeiten, jeweils auf einer Ebene zusammengefasst. Es verkürzen sich Wege, Abläufe werden einfacher, schneller und reibungsloser – ein Vorteil für unsere Patienten und unsere Mitarbeitenden gleichermaßen.

Alle Beteiligten werden sich darum bemühen, dass die mit dem Neubau verbundenen Beeinträchtigungen für Patienten, Besucher, Mitarbeitende und Nachbarn in einem sehr verträglichen Rahmen bleiben. Selbstverständlich stehen unseren Patienten und Besuchern die Mitarbeiter im Beschwerdemanagement auch im Verlauf dieses Projektes als Ansprechpartner zur Verfügung.

**Albertinen-Krankenhaus  
Albertinen-Haus**

# Altonaer Kinderkrankenhaus

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es seit 2005 im Altonaer Kinderkrankenhaus. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement wurde bereits im Jahr 2003 am Altonaer Kinderkrankenhaus eingerichtet. Seither können, über Beschwerdekästen, eine Telefonnummer mit Anrufbeantworter und eine E-Mail-Adresse, Lob und Kritik dem Krankenhaus mitgeteilt werden. Der Verfahrensablauf ist strukturiert. 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 geworfen 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. Auf der Unternehmenswebsite, unter Qualitätsmanagement werden die Patienten, Angehörige und Besucher über das Beschwerdemanagement informiert und zur Nutzung ermuntert. Die Kontaktdaten, Telefon, Fax sowie eine Email, sind auch entsprechend im Internet veröffentlicht. Außerhalb der Bürozeiten kann eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden. 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. Zusätzlich für die Bearbeitung der Rückmeldungen sind zwei Mitarbeiterinnen aus dem Qualitätsmanagement. 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

## Kontakt

Hans Olshausen  
Beschwerdebeauftragter  
Altonaer Kinderkrankenhaus  
Bleickenallee 38  
22763 Hamburg  
Tel: 040 / 88 90 8 – 0  
hans.olshausen@  
kinderkrankenhaus.net

### **3. Unabhängigkeit**

Die zentrale Beschwerdebearbeitung im AKK wird durch das Qualitätsmanagement vorgenommen. Alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements sowie die Qualitätsmanagement-Gruppe arbeiten unabhängig. Bei einer Mitarbeiterin aus dem Beschwerdemanagement handelt es sich um eine langjährige, allgemein akzeptierte und respektierte Mitarbeiterin, die gleichermaßen über Kommunikationsstärke und Urteilsvermögen verfügt.

### **4. Transparenz**

Unsere Mitarbeiterin Frau Brockmann berichtet regelmäßig dem Direktorium über die eingegangenen Beschwerden. Das Direktorium beschließt ggf. Verbesserungsmaßnahmen, die zusammen mit den jeweils beteiligten Abteilungen bearbeitet und dann in den Einzelbereichen umgesetzt werden. Über erfolgte Verbesserungsmaßnahmen berichtet das Qualitätsmanagement 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. Der Umgang mit Beschwerden ist in einer allen Mitarbeitern zugänglichen Verfahrensregelung festgelegt.

### **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. Verbesserungsmöglichkeiten werden mit dem Direktorium und den Bereichen / Stationen durchgesprochen, um ein Bewusstsein für fortlaufende Verbesserungsvorschläge zu schaffen. Positive Rückmeldungen werden weitergeleitet.

### **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.

### **Patientenrückmeldungen**

2011 gingen insgesamt 527 (gegenüber 615 in 2010) Rückmeldungen bei 13.000 stationären und teilstationären sowie 30.000 ambulanten Patienten ein. Zusätzlich gingen aus dem MVZ 12 Rückmeldebögen ein.

Davon gingen 485 Rückmeldungen über die Beschwerdebriefkästen ein, 15 über den Briefweg, 19 per E-Mail und 8 per Telefon.

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 328 anonym, gegenüber 198 Bögen, die namentlich waren oder bei denen eine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse angegeben war. Bei nicht anonymen Rückmeldungen erfolgte 55-mal eine Kontaktaufnahme per Telefon, sonst wurde eine Briefantwort formuliert oder mit den Eltern / Angehörigen persönlich auf der Station ein Gespräch geführt.

Neben den individuellen Beschwerdebögen erhält das AKK Rückmeldung

**Altonaer  
Kinderkrankenhaus**



über die Zufriedenheitsbögen (Ankreuzbögen). Der Rücklauf aus dieser Befragung belief sich in 2011 auf 503 Bögen und ist damit niedriger als im Vorjahr. Zu erklären ist dieser Rückgang mit der analog dazu gestiegenen Aktivität im Bereich des Lob- und Beschwerdemanagements. Die Gesamtzufriedenheit wurde in den abgegebenen Bögen mit 1,7 (Schulnotensystem) bewertet und liegt damit um 0,1 Noten besser als im Vorjahr.

### **Kategorisierung der Rückmeldungen**

Von den erfassten Meldungen enthielten 26 % nur Lob, 29 % nur Kritik sowie 46 % beides. Insgesamt betrug der Anteil der positiven Einzelpunkte 49 % gegenüber 51 % negativen Einzelpunkten.

Die positiven Rückmeldungen beziehen sich am häufigsten auf das ärztliche (28,84 %) und pflegerische Personal (46,49 %) sowie eine allgemeine Zufriedenheit mit dem Haus (22,77 %). Schwerpunkte der kritischen Äusserungen waren mit 22,01 % Kommunikation und Organisation im Zusammenhang mit dem Behandlungsablauf und entstehenden Wartezeiten für Untersuchungen und Behandlungen, nicht zuletzt auch in der Notfallambulanz. Die bauliche und organisatorische Reorganisation der NFA ist u. a. eine Konsequenz aus diesen Rückmeldungen. Weiter im Fokus kritischer Äusserungen steht mit 19,17 % die Speiserversorgung. Die Einberufung einer regelmäßig tagenden Speisenkommission hat diesbezüglich in 2011 bereits einen Rückgang der Beschwerden bewirkt. Ein weiterer zentraler Punkt der Beschwerden in 2011 bezieht sich mit 21,25 % auf die Ausstattung im AKK. Die Verbesserung der Ausstattung der Patientenzimmer oder der Aufenthaltsbereiche wurde 2010 begonnen und im Rahmen des Umbaus in 2011 weitergeführt. Somit liegt unser Fokus auf weiteren Verbesserungen in diesem Bereich.

### **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**

#### **Serviceangebot Speiserversorgung auf Stationen**

Einzelne Maßnahmen, die sich aus der Speiserversorgung ergeben haben, wurden bereits in 2010 umgesetzt und in 2011 weitergeführt. So bewirkte die Einberufung einer regelmäßig tagenden Speisenkommission in 2011 einen Rückgang der Beschwerden. Die Themen der Speisenkommission waren u. a. kindgerechterer Speiseplan und Speiserversorgung der Eltern auf den Stationen. Die Speisepläne wurden kindgerechter angepasst. Der Service für Patienten und Angehörige bei der Essensversorgung wurde durch den Einsatz von Serviceassistenten zur Essensausgabe auf allen Stationen im Haus optimiert. Durch die Einführung mobiler Kioskwagen wurde das Serviceangebot verbessert.

#### **Aufstockung der personellen Ressourcen im Beschwerdemanagement**

Um die Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen direkt und ohne

**Altonaer  
Kinderkrankenhaus**

Zeitverlust bearbeitet zu können, wurde im August 2011 der Bereich des Lob- und Beschwerdemanagements personell um 0,25 VK verstärkt. Das Lob- und Beschwerdemanagement entwickelt sich mit der Einstellung der o. a. Mitarbeiterin weiterhin zu einem wirksamen Instrument des QM.

### **Verbesserung der Unterbringungssituation durch die Erweiterung des Raumangebotes auf der Station des I-Hauses**

Das AKK folgte u. a. der vielfach von Eltern unserer Patienten formulierten Anforderung nach verbesserter Unterbringung von Patienten und Angehörigen. Daraufhin wurde das I-Haus im Bereich der Kinderstationen I1, I2, I3 und I4 um insgesamt 18 Patientenzimmer erweitert.

Durch weitere umfangreiche, bauliche Maßnahmen in der Notfallambulanz wurde eine Verbesserung der räumlichen Situation v. a. im Wartebereich erreicht. Gleichzeitig dienten die Maßnahmen der Vorbereitung zur Einführung des Manchester-Triage-Systems, dass in 2012 organisatorisch umgesetzt wird. In der Zentralambulanz wurden durch die räumliche Trennung von Ambulanzbereich und Tagesklinik die datenschutzrechtlichen Anforderungen umgesetzt. Durch damit ermöglichte verbesserte Abläufe konnte zudem die Wartezeit für die Patienten verringert werden.

### **Ziele für das nächste Jahr**

Für das Jahr 2012 streben wir weiterhin eine Optimierung der Abläufe in der Notfallambulanz an, die einen Beitrag zur weiteren Zufriedenheit unserer Patienten und der Angehörigen leisten sollen. So soll u. a. die Optimierung der Terminplanung für Einbestellungen der Patienten, Einführung des Systems Tracking-Bord sowie Schulungen der Mitarbeiter bezüglich der Kommunikation, einen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung leisten. Durch weitere geplante Verbesserungsmaßnahmen des Raumangebotes soll den Patienten und Angehörigen während des Aufenthaltes im AKK mehr Komfort geboten werden. Zur Reduzierung der Beschwerdemeldungen im Bereich der Kommunikation / Organisation beginnt derzeit die Implementierung der elektronischen Patientenakte, die einen schnelleren Zugriff auf alle patientenrelevanten Daten und somit einen besseren und schnelleren Informationsfluss ermöglicht. Die vollständige Änderung ist bis Mitte 2013 geplant.

**Altonaer  
Kinderkrankenhaus**

# 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 niedrighschwellig 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.

### Kontakt

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

Mareike Freimuth  
Qualitätsmanagement  
Asklepios Klinik Altona  
Paul-Ehrlich-Straße 1  
22763 Hamburg  
Tel: 040 / 18 18 81 – 1012  
m.freimuth@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 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 zwei 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 Abteilungen. 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 erhielt die Asklepios Klinik Altona folgende Auszeichnungen und Zertifizierungen:

#### Auszeichnungen:

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

#### Zertifizierungen:

- Darmzentrum
- Pankreaskarzinomzentrum
- Gefäßzentrum
- Onkologisches Zentrum
- Überregionale Stroke Unit
- Überregionales Traumazentrum
- CPU
- DGINA-Zert ZNA
- Asklepios Qualitätssiegel Beschwerdemanagement
- Asklepios Qualitätssiegel Rezeption

### **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 2011 genannt:

- Umsetzung eines neuen Konzepts zur Beschilderung im gesamten Krankenhaus

**Asklepios Klinik Altona**

- Weiterentwicklung der Auditarten
- Renovierung einzelner Stationen mit Anbringung von Fernsehern am Patientenbett; somit kann jeder Patient 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
- Erhebung von Wartezeiten in ausgewählten Bereichen
- Erweiterung des Serviceangebots an der Information
- Knigge-Weiterentwicklung
- Dokumentenanalyse

**Asklepios Klinik Altona**

### **Ziele für das nächste Jahr**

Für das Jahr 2012 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 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Webseite unter **[www.asklepios.com/altona](http://www.asklepios.com/altona)**.



### **Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme**

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

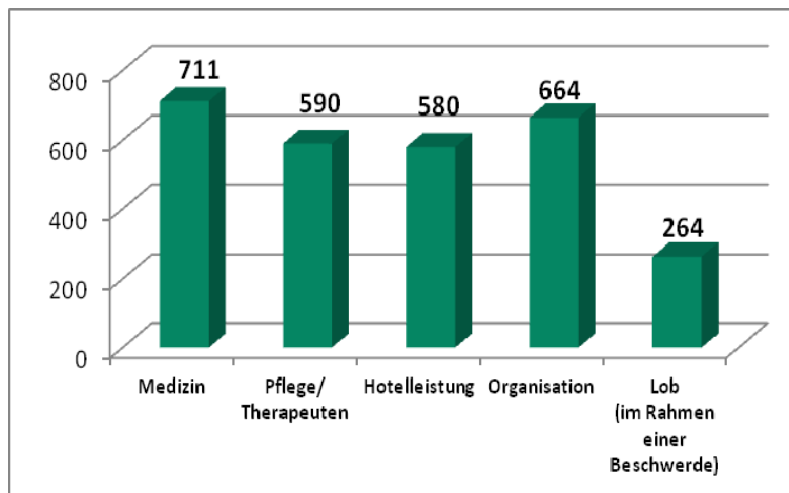
Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

**Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011  
Beschwerdegründe nach Kategorie**





# 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 Patientenangelegenheiten eingerichtet.

### Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten

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 Patientenangelegenheiten befindet sich im Erdgeschoss der Asklepios Klinik Barmbek und ist barrierefrei zu erreichen.

Hinweise auf die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten 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 Beauftragung für Beschwerden ist namentlich benannt, Sprechzeiten und Erreichbarkeit über Telefon, Fax und E-Mail sind angegeben. Auf die Kooperation mit der Patienten-Initiative im Krankenhaus [Pi(K)] und deren Erreichbarkeit weisen wir ebenfalls hin.

### Zusätzliche Instrumente

Darüber hinaus bitten wir alle Patienten und Besucher die klinikinternen **Meinungskarten** 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 Rückschlag 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 Patientenangelegenheiten abzugeben. Sollte das Büro nicht besetzt sein, kann die Rückmeldung in den, vor dem Büro befindlichen, Briefkasten eingeworfen werden.

### Kontakt

Regina Schmitz-Gericke  
Qualitätsmanagement  
Asklepios Klinik Barmbek  
Rübenkamp 220  
22291 Hamburg  
Tel: 040 / 18 18 82 - 9012  
[re.schmitz@asklepios.com](mailto:re.schmitz@asklepios.com)

Sofern in 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 aktiv auch 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 Patientenangelegenheiten hin.

## **2. Zügige Bearbeitung**

Die Rückmeldungen der Patienten und Besucher 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 angegebene 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 Verbraucherzentrale Hamburg e. V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH ge-

**Asklepios Klinik Barmbek**

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 zwei 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 6.0; die Asklepios Klinik Barmbek ist seit 2007 nach KTQ zertifiziert
- weitere Zertifizierungen der Asklepios Klinik Barmbek:
  - Brustzentrum

**Asklepios Klinik Barmbek**

- Darmzentrum
- Pankreaszentrum
- Kompetenzzentrum Leberchirurgie
- Akutschmerztherapie
- überregionale Stroke Unit
- Pneumologie und Weaningzentrum
- Angehörigenfreundliche 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

**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 2011 genannt:

Verbesserungsmaßnahmen

- Zertifizierung der Rezeptionsbereiche nach AQR
- Schulung von Mitarbeitern zum Thema Kundenorientierung
- Verkürzung von Wartezeiten in div. Bereichen
- Die Patienten-Informationenmappe weiter entwickelt für alle stationären Bereiche
- Eine Netzabdeckung des Innenhofes angebracht, um Tauben fernzuhalten

**Ziele für das Jahr 2012 u. a.:**

- Ganzjährige Aktivitäten zum Thema Patientensicherheit
- Durchführung von Patienten- und Einweiserbefragungen
- Rezertifizierung Darm- und Pankreaszentrum
- Rezertifizierung der Behandlung von Schlaganfällen (Stroke Unit)
- Fortsetzung der Mitarbeiterschulungen zum Thema Kundenorientierung
- Wartezeitmessungen in der Zentralen Notaufnahme
- Erarbeitung eines Flyers für Patienten und Besucher der Zentralen Notaufnahme
- Steigerung der Patientenrückmeldungen / Meinungskarten & Interviews
- Zertifizierung Beschwerdemanagement

**Asklepios Klinik Barmbek**

## 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Website unter [www.asklepios.com/barmbek](http://www.asklepios.com/barmbek)



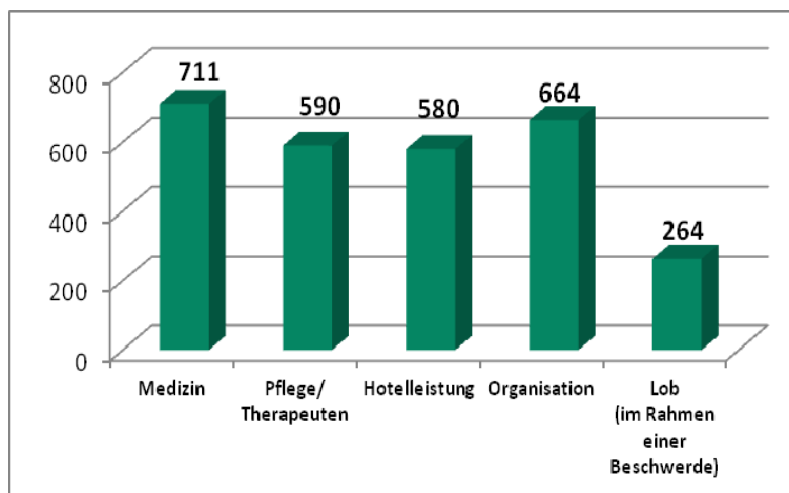
### Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

Von allen im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

### Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011 Beschwerdegründe nach Kategorie



**Asklepios Klinik Barmbek**

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

# 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 Kliniken auch die dort eingehenden Beschwerden zur Kenntnis gebracht werden. Im Berichtszeitraum meldete die Verbraucherzentrale für alle Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwei 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

## Kontakt

Renate Büscher  
Beschwerdemanagement  
Asklepios Klinik Eimsbüttel –  
CardioCliniC  
Hohe Weide 17  
20259 Hamburg  
Tel.: 040 / 4 68 59-112  
info.cardioclinic@asklepios.com

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 empfundenen 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. Zertifizierung**

Die Zertifizierung nach KTQ soll 2012 erfolgen. Das Qualitätsmanagement erarbeitet derzeit alle Voraussetzungen.

## **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 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.

Des Weiteren konnten wir die Speiserversorgung ab Herbst 2011 umstellen und verbessern.

## **Ziele für das nächste Jahr**

Um unsere MitarbeiterInnen weiterhin für die Beschwerdekultur zu sensi-

**Asklepios Klinik  
Eimsbüttel-CardioCliniC**

bilisieren, führen wir Inhouse-Schulungen im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen durch.

## 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Website unter [www.asklepios.com/cardioclinic](http://www.asklepios.com/cardioclinic).



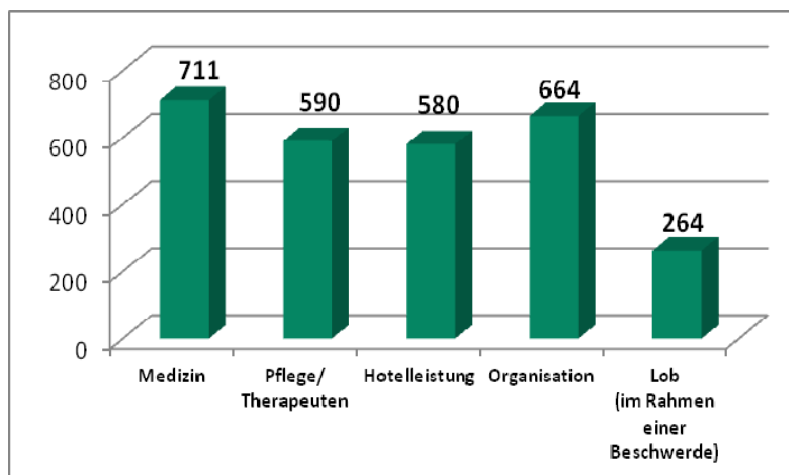
### Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

### Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011 Beschwerdegründe nach Kategorie



**Asklepios Klinik  
Eimsbüttel-CardioCliniC**

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**



# 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 Patientinnen und Patienten und deren Angehörige über Ausgänge auf die Beschwerdemöglichkeiten hin und stellen sicher, dass sie sich jederzeit telefonisch, schriftlich oder auch persönlich beschweren können. Poster "Sind Sie mit uns zufrieden" inklusive der Kontaktdaten hängen in allen Eingangsbereichen aus. Jeder Mitarbeiter des Hauses ist bereit Beschwerden entgegenzunehmen, diese an das Beschwerdemanagement weiterzuleiten und bei Bedarf einen Gesprächstermin zu vermitteln.

Mitarbeiter der unabhängigen Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)] sind an drei Tagen in der Woche unter 040/ 18 18 86 – 3478 sowie in dem für sie eingerichteten Büro persönlich für die Anliegen unserer Patienten ansprechbar. Postkarten und Poster der [PI(K)] liegen auf jeder Station bereit. Die Mitarbeiter unseres Empfangs informieren über Beschwerdemöglichkeiten im Haus und händigen bei Bedarf das Formular für Anliegen und Beschwerden aus.

Das Büro des Qualitäts- und Beschwerdemanagements ist der Direktion der Klinik benachbart und barrierefrei erreichbar. Die telefonische Erreichbarkeit ist jederzeit über ein mobiles Telefon gewährleistet.

Die Kontaktdaten des Beschwerdemanagements sind im Internet veröffentlicht. In der Imagebroschüre der Asklepios Klinik Harburg wird auf die Ansprechpartner mit Namen und Telefonnummern für den Beschwerdefall hingewiesen. Jeder stationäre Patient erhält bei Aufnahme eine Meinungskarte, die positive wie negative 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.

### 2. Zügige Bearbeitung

Der Beschwerdeführer erhält bei einer schriftlich geäußerten Beschwerde zunächst eine Eingangsbestätigung. Die Dauer der Bearbeitung ist von der Komplexität der Beschwerde und der Notwendigkeit einer Einholung von Stellungnahmen abhängig. Akute Anliegen des Patienten werden möglichst noch während seines Aufenthaltes direkt bearbeitet und erforderliche Maßnahmen nach Abstimmung mit der Klinikleitung eingeleitet.

### Kontakt

Achim Klemm  
Qualitätsmanagement  
Asklepios Klinik Harburg  
Eißendorfer Pferdeweg 52  
21075 Hamburg  
Tel: 040 / 18 18 86 – 2297  
ac.klemm@asklepios.com

Eine in 2010 weiterentwickelte Software unterstützt die zügige Bearbeitung aller Beschwerden durch systematische Erfassung der einzelnen Bearbeitungsschritte und ermöglicht eine exakte Nachverfolgung.

### **3. Unabhängigkeit**

Der Beschwerdebeauftragte bearbeitet Beschwerden in eigenem Ermessen und folgt dabei immer wieder mit der Klinikleitung abgestimmten 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 10 Jahren eine Kooperation. Mit den Mitarbeitern vor Ort finden in der AK Harburg regelmäßige Treffen zum Informationsaustausch statt.

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 zwei 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 Direktion der Asklepios Klinik Harburg.

### **5. Verantwortung**

Das Beschwerdemanagement ist Teil des Qualitätsmanagements und direkt der geschäftsführenden Direktion 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.

**Asklepios Klinik Harburg**

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**

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](http://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. In weiteren im Jahre 2011 durchgeführten und für die Folgejahre vorbereiteten Zertifizierungen von neu etablierten Zentren in der AK Harburg ist das Beschwerdemanagement bzw. das Aufgreifen von Patientenangelegenheiten ein wesentliches Beurteilungskriterium.

### **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 im Jahr 2011 mehrere Baumaßnahmen durchgeführt bzw. größere Vorhaben begonnen oder konkret in die Wege geleitet.

Die Ausstattung der Stationen und Patientenzimmer konnte in einigen Bereichen modernisiert und patientenfreundlicher gestaltet werden.

### **Ziele für das nächste Jahr**

Im Jahr 2012 gilt es, die Verbesserungen zu konsolidieren und weitere Prozessoptimierungen einzuleiten. Die Herausforderungen im neuen Jahr liegen vor allem in der weiteren Optimierung von Prozessabläufen im Zusammenspiel mit zahlreichen baulichen Veränderungen, die den Komfort für Patienten und deren Angehörige weiter verbessern werden.

**Asklepios Klinik Harburg**

Selbstverständlich stehen auch im Jahr 2012 alle beschriebenen Zugangsmöglichkeiten für Beschwerden und Lob über die Leistungen der Asklepios Klinik Harburg im Rahmen der Patientenversorgung allen interessierten Personen offen.

**Asklepios Klinik Harburg**

### 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Webseite unter [www.asklepios.com/harburg](http://www.asklepios.com/harburg).



### Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

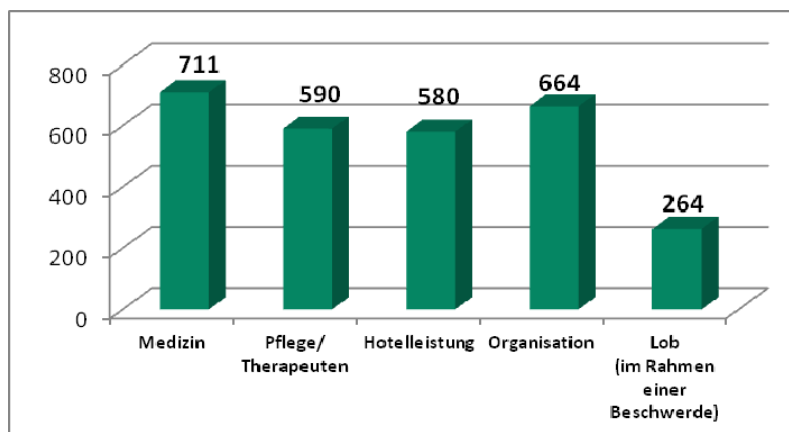
**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

Von allen im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

### Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011 Beschwerdegründe nach Kategorie



# 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.

Unser Motto lautet: „Jede Beschwerde ist eine kostenlose Beratung“. Das bedeutet, dass wir uns für jeden Hinweis bedanken, denn er gibt uns die Möglichkeit zur Verbesserung.

### 1. Zugänglichkeit

Grundsätzlich stehen Patienten und Angehörigen zwei Instrumente für Ihr Feedback zur Verfügung:

#### Beschwerden:

generell mit Namensnennung, konkret, einzelfallbezogen, Bearbeitung unter Einbeziehung der betroffenen Abteilungen und Servicebereiche, Bearbeitung sofort nach Eingang, Rückmeldung an die Beschwerdeführer

#### Meinungskarten:

anonym, geschlossene Fragen, Textaussagen als Ergänzung, zur Selbst-Information des Hauses, quartalsweise Auswertung, keine Rückmeldung an die Beschwerdeführer

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 an den Standorten Heidberg und Ochsenzoll 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 dem neuen dritten Betriebsteil Wandsbek angebracht. Die Auswertung der Meinungskarten erfolgt vierteljährlich.

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](http://www.hamburg.de))
- Per Aushang auf den Stationen
- Auf den Meinungskarten

Zudem informieren die Telefonzentralen bzw. die Informationen aller drei 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.

Mitarbeiter der unabhängigen Patienten-Initiative im Krankenhaus [PI(K)]

## Kontakt

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

sind an drei Tagen in der Woche unter 040/ 18 18 87 – 3013 sowie in dem für sie eingerichteten Büro persönlich für die Anliegen unserer Patienten ansprechbar. Postkarten und Poster der [PI(K)] liegen auf jeder Station bereit.

## **2. Zügige Bearbeitung**

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

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 vierteljährlich mit dem Qualitätszirkel Beschwerdemanagement, in welchem neben dem Beschwerdebeauftragten ein Mitglied des Direktoriums und eine der Beauftragten für das klinische Qualitätsmanagement vertreten sind.

Darüber hinaus besteht zwischen der Patienten-Initiative im Krankenhaus [Pi(K)] als externem Partner und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH seit über 10 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 alle Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwei 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

**Asklepios Klinik Nord**

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 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 (Ochsensoll und Heidberg) wurden 2008 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagementsystems. Im Januar 2011 erfolgte die Rezertifizierung nach KTQ in der Version 2009.

## Patientenrückmeldungen - Meinungskarten

Der Stellenwert des Patientenbeschwerdemanagement hat seit 2004 kontinuierlich zugenommen.

Insgesamt stieg die Zahl der Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen, welche die Gelegenheit nutzten, unserer Klinik ein Feedback mittels einer **Meinungskarte** oder einer Meldung an die Beschwerdestelle zu

**Asklepios Klinik Nord**

geben, gegenüber 2010 noch einmal an. **Neben direkten Meldungen an die Beschwerdestelle, nutzten über 2.400 Patienten und Angehörige die Möglichkeit der Klinik per Meinungskarte Lob und Tadel zukommen zu lassen.**

Erfreulich im Ergebnis war dabei die hohe Zufriedenheit mit den medizinischen Leistungen und dem Personal der Asklepios Klinik Nord. So erklären ca. 90% der Patienten und Angehörigen, dass sie die Klinik weiterempfehlen werden. Kritik gab es 2011 v.a. im Bereich der Reinigungsleistungen, auf die die Klinik entsprechend reagiert hat (siehe Korrekturmaßnahmen).

### **Kategorisierung der Rückmeldungen**

Lob

Ärztliche Leistungen

Pflegeleistungen

Sonstige Therapeutische Leistungen

Verhalten/ Kommunikation im Bereich

Medizin

Pflege

Sonstige therapeutische Leistungen

Administration/ Verwaltung

Komfort und Service

Sauberkeit

Hygiene

Verpflegung

Bauliche Ausstattung

Organisation

Wartezeiten/ Termineinhaltung

Aufnahme und Entlassung

Sonstiges

z.B.: Parkplatzsituation, Umgang mit Patienteneigentum, Telefonkosten, Lärmbelästigung, usw.

### **Korrekturmaßnahmen**

Insgesamt wurden 2011 86 Einzelmaßnahmen nach Patienten- oder Angehörigenbeschwerden umgesetzt. Davon entfielen auf die Bereiche

Medizin: 34

Pflege/ Therapeuten: 19

Hotelleistung/ Service: 16

Organisation (inkl. Aufnahme/Entlassung): 17

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Durch Baumaßnahmen wurde im Betriebsteil Heidberg der Zugang vom Parkplatz zu den bettenführenden Stationen barrierefrei gemacht.

Die Verfahrensanweisungen zum Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Kindern und zur telefonischen Auskunft über Psychiatriepatienten wurden präzisiert.

Zur Erleichterung von gehbehinderten Patienten wurde am Empfang Heid-

**Asklepios Klinik Nord**



berg ein Rollstuhl bereitgestellt, mit dem Patienten zu Ihrer Station gebracht werden können.

Im Verlauf des Jahres 2011, kam es von Seiten der Patienten und Angehörigen zu einem Anstieg der Beschwerden über die Qualität der Reinigungsdienstleistung in der AK Nord. Nach einer Analyse der Ursachen, hat sich die Klinik entschlossen ab 2012 einen Wechsel des zuständigen Dienstleistungsunternehmens vorzunehmen.

Im Zuge der Neuinstallation der Telefonanlage Heidberg sind viele Bereiche jetzt besser durch die zusätzliche Einrichtung von Mailboxen erreichbar.

Zur besseren Information von Patienten über die Abläufe in den Ambulanzbereichen wurde eine Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige erstellt.

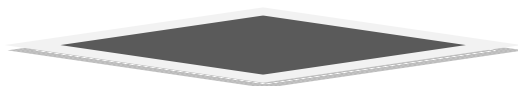
#### **Ziele für das nächste Jahr**

Für 2012 ist beabsichtigt, sich als „Beschwerdefreundliches Krankenhaus“ zertifizieren zu lassen. Damit verbunden ist eine jährliche Überprüfung der klinischen Beschwerdemanagementstrukturen durch den TÜV-Süd.

#### **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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Webseite unter [www.asklepios.com/nord](http://www.asklepios.com/nord).



#### **Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme**

Von allen im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die

**Asklepios Klinik Nord**

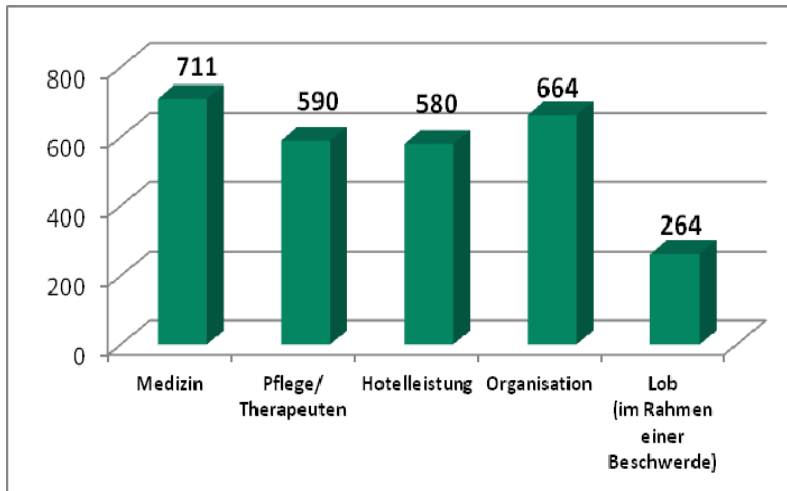
**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

**Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011  
Beschwerdegründe nach Kategorie**



**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

# 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 Beschwerdemanagements umgesetzt

### 1. Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich niedrighschwellig 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 angezeigt und wird durch das 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.

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 seit über 10 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 Verbraucher-



## 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

zentrale 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 zwei 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.

#### **7. Zertifizierung**

Bisher anerkannt bzw. zertifiziert sind:

- Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, interdisziplinäres Wirbelsäulen-Zentrum Hamburg sowie Dermatologie: Zertifizie-

**Asklepios Klinik  
St. Georg**

rung nach KTQ.

- Neurologie: Stroke-Unit zertifiziert durch die LGA InterCert
- Nuklearmedizin: Zertifizierter Kooperationspartner des Brustzentrums Hamburg durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert
- NRZ KISS: Zertifikate über Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene 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 überregionales Traumazentrum gem. den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Hamburger Traumanetzwerk.

### **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 Speiserversorgung etabliert. Dieser trifft sich in regelmäßigen Abständen um Verbesserungsmaßnahmen aus den Beschwerden ableiten und umsetzen zu können.

In Ergänzung zu den vorgenannten Qualitätszirkeln gibt es seit Sommer 2011 einen Qualitätszirkel „Beschwerden“, der sich einmal im Vierteljahr trifft. Dort werden aus den eintreffenden Beschwerden die hieraus abzuleitenden sowie umzusetzenden Maßnahmen erarbeitet.

Um die Rahmenbedingungen für Patienten und Angehörige ihren Wünschen entsprechend gestalten zu können, haben wir für alle Bereiche wie Stationen, Ambulanzen und Funktionsbereiche eine neue Meinungskarte, die mit einem neuen Softwaresystem automatisch auswertbar ist, etabliert. Die erhobenen Ergebnisse werden ebenfalls quartalsweise ausgewertet und an die Abteilungen zur Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen weitergegeben.

### **Ziele für das nächste Jahr**

Auch in diesem Jahr werden In-House-Gespräche auf den Stationen mit den Mitarbeitern bezüglich Deeskalation von Beschwerdesituationen sowie präventiver Umgang mit Kritik von Angehörigen und Patienten durchgeführt.

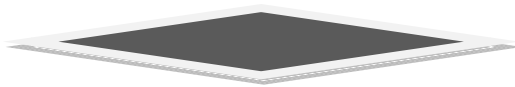
Zum kontinuierlichen Ausbau des Beschwerdemanagements werden die Vorschläge und Ideen von Patienten und Angehörigen auch in 2012 auf die mögliche Umsetzung in dem entsprechenden Bereichen der Klinik in den Qualitätszirkeln geprüft und – wenn im Rahmen unserer Möglichkeiten – auch umgesetzt.

**Asklepios Klinik  
St. Georg**

## 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Der Beschwerdebericht 2011 der Asklepios Klinik St. Georg kann auf der Website der Klinik unter [www.asklepios.com/sanktgeorg](http://www.asklepios.com/sanktgeorg) eingesehen werden.



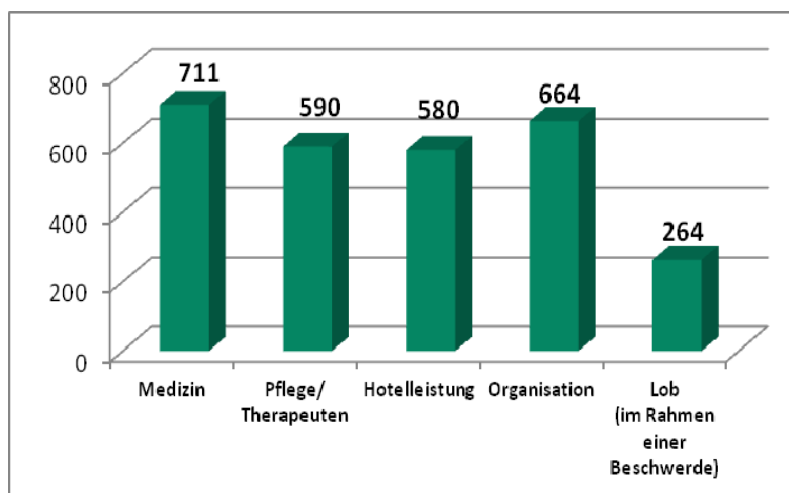
### Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

Von **allen** im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

### Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011 Beschwerdegründe nach Kategorie



Asklepios Klinik  
St. Georg

Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH

# Asklepios Klinik Wandsbek



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

Die Hamburger Erklärung gilt seit 2008 in der Asklepios Klinik Wandsbek, sie ist in ihren Unterpunkten leitend für die Konzeption des Beschwerdemanagements der Asklepios Klinik Wandsbek.

### 1. Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit ist grundsätzlich nicht an schwer erfüllbare Vorbedingungen geknüpft und nicht an Formerfordernisse gebunden.

Die Beschwerden können schriftlich, mündlich, telefonisch, persönlich und per E-Mail übermittelt werden.

Jeder Patient, der sich in unserer stationären Behandlung befindet, erhält bei Aufnahme das Formular "Patientenkommentar". So können wir auf Lob und Kritik bereits während des Aufenthaltes reagieren. Das Formular kann selbstverständlich anonym abgegeben werden. Zudem finden Sie dieses Formular auf der Website ([www.asklepios.com/wandsbek](http://www.asklepios.com/wandsbek)) der Asklepios Klinik Wandsbek.

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. Die in 2010 begonnene, direkte telefonische Kontaktaufnahme zu den Beschwerdeführern hat sich bewährt und ist etabliert. Lösungen der uns angetragenen Beschwerden können dadurch teilweise schon am selben Tag gefunden werden.

### 3. Unabhängigkeit

Das Beschwerdemanagement ist organisatorisch keiner patientenversorgenden Abteilung zugeordnet. Jede Beschwerde wird im Qualitätsmanagement aufgenommen und im Hinblick auf Verbesserungshinweise ausgewertet.

Die Bearbeitung des Beschwerdemanagements erfolgt unabhängig. Beteiligte 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.

### Kontakt

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

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 alle Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zwei Beschwerden.

#### **4. Transparenz**

Die Bearbeitung von Beschwerden folgt festgelegten Abläufen, die im Intranet der Asklepios Klinik Wandsbek einsehbar sind. Die Mitarbeiter werden in halbjährlichem Abstand vom Beschwerdemanagement über aktuelle Entwicklungen in Form eines Meinungsbildes der Patienten informiert. Ein 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 zugänglich zu verändern sind.

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

#### **5. Verantwortung**

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. 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.

**Asklepios Klinik  
Wandsbek**



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 Asklepios Klinik Wandsbek ist seit 2008 nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert und wurde in 2011 rezertifiziert. Dies beinhaltet den Nachweis eines umfassenden und effektiven Beschwerdemanagement-Systems.

Darüber hinaus wurden folgende Zertifizierungen erreicht:

- Gefäßzentrum
- Regionale Stroke Unit (Re-Zertifizierung)
- Regionales Traumazentrum

Auch in diesen spezifischen Zertifizierungen ist der Umgang mit Rückmeldungen und Beschwerden dargestellt worden.

### **Patientenrückmeldungen**

Mehr als 70% der eingegangenen Beschwerden beinhalten neben den Beschwerdeinhalten auch Lob, insbesondere werden die Kompetenz und das Engagement der Mitarbeiter positiv wahrgenommen.

In dem im Jahr 1975 in Betrieb genommenen Krankenhaus ist als ein Schwerpunkt der Patientenkommentare der Bedarf nach zeitgemäßer, individueller sanitärer Ausstattung erkennbar. Nach Abschluss der stattfindenden und der noch anstehenden Renovierungen der Stationen wird die Asklepios Klinik Wandsbek den Anforderungen der Patienten von Morgen gerecht werden können.

Ein Anteil der Beschwerdepunkte steht in Verbindung mit diesen umfangreichen Baumaßnahmen, die den Komfort vorübergehend einschränken und leider von unterschiedlichen Lärmbelastungen begleitet werden.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Beschwerde-, aber auch Lobschreiben, werden zur Verbesserung der Abläufe genutzt. Aus den Beschwerden werden systematisch Verbesserungspotenziale abgeleitet. Beispiele für umgesetzte Verbesserungen aus Beschwerden sind u. a.:

- Informationen an Mitarbeitende
- Erarbeitung von Fallbesprechungen und Maßnahmenentwicklung
- Entwicklung von Schulungsangeboten
- Beschaffungen
- Prozessoptimierungen z. B. bei „internen Verlegungen“
- Verbesserte Ablauforganisation
- Veranlassung sofortiger Reparaturen, die die Gebrauchsfähigkeit zerstörter Einrichtungen wieder herstellen.
- Beschaffung von Gerätschaften z. B. Rollstühlen und Rollatoren

**Asklepios Klinik  
Wandsbek**

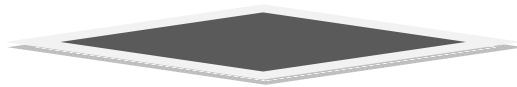
## Ziele für das nächste Jahr

- Ermutigung aller, bereits während des klinischen Aufenthaltes Beschwerden zu äußern, um Verbesserungen unmittelbar umzusetzen.
- Weitere Verkürzung von Wartezeiten durch abgeschlossene Baumaßnahmen z. B. durch kürzere Wege
- Optimierung von Abläufen durch abgeschlossene Baumaßnahmen,
- Weiterentwicklung von EDV gestütztem Archivwesen
- Weitere Verbesserungen des Entlassungsmanagements durch verbesserte Dokumentation

## 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit anzuerkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Der Beschwerdebericht 2011 der Asklepios Klinik Wandsbek kann auf der Website [www.asklepios.com/wandsbek](http://www.asklepios.com/wandsbek) eingesehen werden.



## Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

Von allen im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

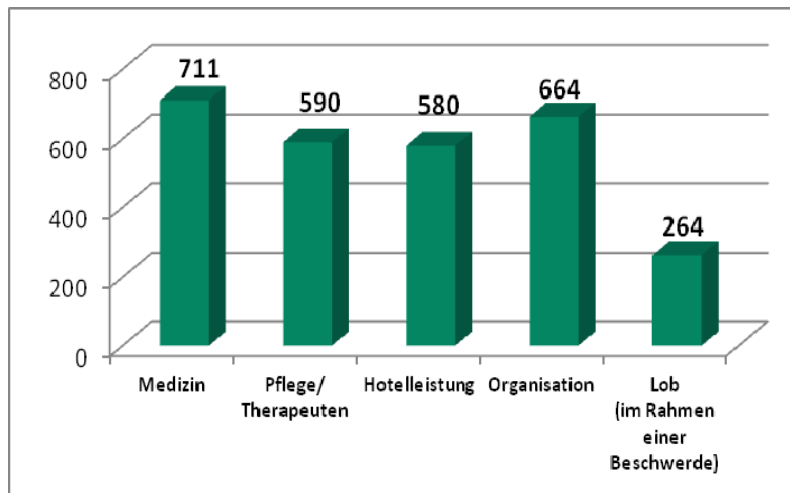
264 Beschwerdeführer äußerten *im Rahmen ihrer Beschwerde* ein Lob.

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

**Asklepios Klinik  
Wandsbek**

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

**Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011  
Beschwerdegründe nach Kategorie**



**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

# 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 Website 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).

Auf Wunsch werden die Beschwerdeführer auch auf den Stationen besucht.

### 2. Zügige Bearbeitung

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

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

### 3. Unabhängigkeit

Die Beschwerdebeauftragte des Asklepios Westklinikums arbeitet unabhängig. Sie ist als QM- Beauftragte der Geschäftsführung des Hauses als

## Kontakt

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

Stabsstelle zugeordnet und berichtet regelmäßig über aktuelle Beschwerden. Auffällige Rückmeldungen auf den Patientenfragebögen werden der Geschäftsführung alle zwei Wochen vorgelegt.

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 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 zwei 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 AKHH GmbH vorzubeugen.

**Asklepios Westklinikum  
Hamburg**

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**

Das Asklepios Westklinikum Hamburg ist seit 2004 nach KTQ zertifiziert. Die zweite Rezertifizierung hat im Oktober 2010 nach dem Manual 2009 stattgefunden. Das Asklepios Qualitätssiegel Beschwerdemanagement ist für 2012 angestrebt.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Um in der Beschwerdebearbeitung noch effektiver zu werden, wird die interne Kommunikationsstruktur bei Beschwerden verändert: Es erfolgt jetzt eine direkte Kommunikation zwischen der Beschwerdebeauftragten und den Bereichen, in denen es zu einer Beschwerde gekommen ist. Ggf. finden gemeinsame Gespräche zwischen Beschwerdebeauftragter, Vorgesetztem und Mitarbeiter statt.

Es wurde eine Patientenbroschüre mit Darstellung des Beschwerdemanagements herausgegeben.

Der Eingangsbereich der Psychiatrie wurde neu gestaltet: neuer Boden, neue Bänke, Aschenbecher und Blumenkübel, um ein freundlicheres Eingangsumgebung zu schaffen.

Für die Patienten der Suchtstation wurde ein Raucherpavillon in unmittelbarer Nähe zur Suchtstation errichtet.

Die Privatstation wurde mit einem Ersatz-TV-Gerät ausgestattet, damit die Patienten nicht auf Reparaturen warten müssen.

Für Adipositaspatienten wurden zusätzliche Rollstühle und Toilettenstühle angeschafft.

Der leitende Oberarzt hat für alle ärztlichen Mitarbeiter eine Fortbildung zum Thema "Entlassungsgespräch" entwickelt, die sich an den Bedürfnissen der Patienten in der Entlassungssituation orientiert.

Alle Privatpatienten, die eine Rechnung erhalten, bekommen jetzt als Anlage den Pflegekostentarif, in dem die Entgelte für ärztliche und sonstige Leistungen erklärt sind (einschl. Wahlleistungen).

Es wurde eine weitere Diätassistentin eingestellt, die u. a. die Aufgabe hat, ausgehende Essenstabletts auf vergessenes Patienteneigentum zu kontrollieren.

Der Röntgenabteilung wurde, um Wartezeiten zu vermindern, ein zusätzlicher Transportpfleger zugeteilt. Er steht ausschließlich der Röntgenabtei-

**Asklepios Westklinikum  
Hamburg**

lung zur Verfügung, hilft dort beim Umlagern und übernimmt ggf. Transporte.

Auf großen Wunsch von Patienten und Besuchern wurde ein Bankautomat installiert.

Eine mittellose Patientin hatte sich darüber beschwert, dass es unklar war, wie ihre Heimfahrt finanziert werden sollte. Daraufhin wurde eine Liste mit Vertragspartnern der Krankenkasse, für Krankenfahrten mit dem Taxi, in einer Verfahrensweisung kommuniziert.

### Ziele für das nächste Jahr

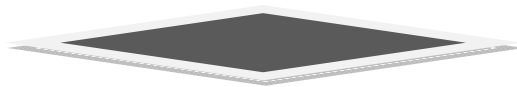
Folgende Ziele hat sich das Beschwerdemanagement des Asklepios Westklinikum Hamburg für das nächste Jahr gesetzt:

- Bessere Beschilderung des Weges zum Beschwerdemanagement innerhalb der Klinik
- Ausweisen von Sprechzeiten an der Tür der Beschwerdebeauftragten
- Etablierung eines Qualitätszirkels zum Beschwerdemanagement

### 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 selbstverständlichen Teil ihrer Arbeit zu erkennen und damit die Kundenzufriedenheit und -bindung zu steigern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Website unter [www.asklepios.com/westklinikum](http://www.asklepios.com/westklinikum).



### Patientenrückmeldungen aus allen 8 Asklepios Kliniken der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH Gesamtsumme

Von allen im Berichtszeitraum behandelten Patienten der **Asklepios Kliniken Hamburg GmbH** (8 Kliniken) nutzten 1668 Beschwerdeführer die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich, telefonisch oder persönlich zu beschweren. Insgesamt wurden 2545 Beschwerdegründe vorgetragen.

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

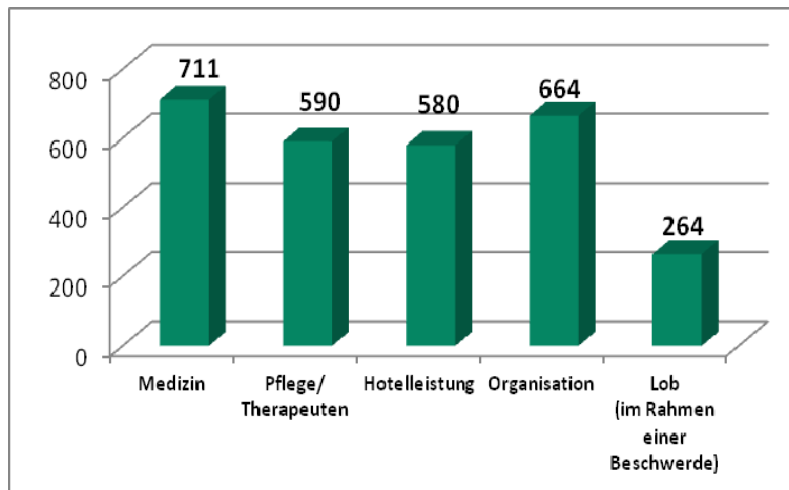
**Asklepios Westklinikum  
Hamburg**

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

Im Verhältnis zum Patientenaufkommen beschwerten sich lediglich 0,32% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr (0,28%) stieg die Anzahl der Beschwerdeführer damit nur geringfügig an.

**Asklepios Kliniken  
Hamburg GmbH**

**Gesamtsumme aller 8 Asklepios Kliniken der AKHH GmbH in 2011  
Beschwerdegründe nach Kategorie**





# Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Eine zentrale Beschwerdestelle im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) besteht seit mehr als zehn Jahren. Seit dem Jahr 2005 wird durch das BUKH die Hamburger Erklärung unterschrieben. Ebenfalls im Jahr 2005 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 bieten, Abläufe zu optimieren und 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 stellen auch die Mitarbeiter/innen gern Kontakte der Patienten zu den im I-BM tätigen Mitarbeiterinnen her.

### 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

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit bis zum endgültigen Abschluss von Vorgängen variierte und betrug im Jahr 2011 fast sechs Tage. Bei länger benötigter Bearbeitungszeit, z. B. Einholung von Stellungnahmen, wurden innerhalb von drei Werktagen Zwischennachrichten an die Beschwerdeführer gegeben. Logistische oder hauswirtschaftliche Bedarfe konnten häufig innerhalb von ein bis zwei Tagen telefonisch organisiert werden.

### 3. Unabhängigkeit

Für die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen des I-BM wurden klare Richtlinien erstellt. Sie tauschten sich außerdem mit den beiden ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen aus.

### 4. Transparenz

Das I-BM ist den Mitarbeitern/innen des BUKH bekannt. Es erfolgt eine vierteljährliche Auswertung mit Erläuterungen der dokumentierten Eingaben. Die Patientinnen und Patienten erhalten mit den Antworten auch die Information, welche Abteilung oder Person mit der Prüfung oder Behebung des Anliegens beauftragt wurde. Durch die HKG wird seit 2008 regelmäßig 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](mailto:ideen-beschwerden@buk-hamburg.de)

## 5. Verantwortung

Mit den Zertifizierungsberichten KTQ und qu.int.as wurden die Pflichten und 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 Mitarbeitern/innen des BUKH bewusst. Die Beschwerdekultur wird im Rahmen von Rezertifizierungen laufend optimiert. Auch wurde im Jahr 2011 das Leitbild des BUKH aktualisiert.

## 7. Zertifizierung

Das BUKH wurde seit dem Jahr 2005 regelmäßig zertifiziert, und im Jahre 2011 erfolgte die aktuellste Zertifizierung nach KTQ. Der KTQ-Qualitätsbericht befindet sich im Internet unter [www.ktq.de/fileadmin/Q\\_Berichte/KTQQB\\_104.pdf](http://www.ktq.de/fileadmin/Q_Berichte/KTQQB_104.pdf).

### Anzahl der Patientenrückmeldungen im Jahr 2011

Das I-BM des BUKH erhielt im Jahr 2011 845 Rückmeldungen von 448 Personen. 763 Rückmeldungen wurden von Patienten, 52 von Angehörigen, 26 von Kostenträgern und vier Rückmeldungen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern eingereicht. Wie in den Jahren zuvor wurde zu ca. 95 % der Meinungsbogen genutzt.

Vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2008 war jeweils ein leichter Anstieg der Eingaben festzustellen. Im Jahr 2011 sank im Vergleich zum Jahr 2010 die Anzahl der Eingaben von insgesamt 890 auf 845.

### Kategorisierung der Rückmeldungen

#### Auswertung der Eingänge im Ideen- und Beschwerdemanagement

2011

|                        | Be-<br>schwer-<br>de | Lob        | Anre-<br>gung | (Vergleich 2010)     |            |               |
|------------------------|----------------------|------------|---------------|----------------------|------------|---------------|
|                        |                      |            |               | Be-<br>schwer-<br>de | Lob        | Anre-<br>gung |
| Umgangston/-art        | 45                   | 95         | 3             | 37                   | 89         | 4             |
| Raucherproblem         | 10                   | 0          | 4             | 15                   | 0          | 2             |
| Verpflegung            | 28                   | 71         | 14            | 65                   | 55         | 20            |
| Berichterstattung      | 29                   | 0          | 0             | 27                   | 0          | 0             |
| Versorgung             | 41                   | 138        | 16            | 30                   | 172        | 9             |
| Organisation           | 45                   | 7          | 17            | 60                   | 6          | 8             |
| Wartezeit              | 14                   | 2          | 0             | 32                   | 1          | 0             |
| Hygiene                | 22                   | 15         | 2             | 22                   | 15         | 6             |
| Sonstiges              | 73                   | 4          | 57            | 90                   | 2          | 40            |
| Unterbring./Ausstattg. | 52                   | 23         | 18            | 38                   | 33         | 12            |
|                        | <u>359</u>           | <u>355</u> | <u>131</u>    | <u>416</u>           | <u>373</u> | <u>101</u>    |

**Berufsgenossen-  
schaftliches  
Unfallkrankenhaus  
Hamburg**

## **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Das I-BM beantwortete sämtliche Anliegen der Patienten, ihrer Angehörigen und der Kostenträger und dankte für Kritik.

Um dem Problem der Wartezeit entgegenzuwirken, wurden bauliche Maßnahmen für die Neuordnung der Ambulanz und zentraler Bereiche ergriffen, die Mitte 2012 ihren endgültigen Abschluss finden werden. Die Beschwerden zur Wartezeit sanken von 32 im Jahr 2010 auf 14 im Jahr 2011. Ebenfalls eine deutliche Abnahme der Beschwerden sowie gleichzeitig eine Zunahme der Lobe war zu verzeichnen bei der Speisenverpflegung, was auch auf den zeitnahen Informationsaustausch zwischen I-BM und der „AG Küche“ zurückgeführt wird. Aufgrund des Hinweises eines Patienten wurde eine missverständliche Klausel aus der Patientenbroschüre entfernt. Auch das Schreiben zur Einbestellung stationärer Patienten wurde aufgrund der Kritik eines Patienten um weitere Informationen zur Medikation vor geplanten Operationen ergänzt. Wie in den vergangenen Jahren kam der Hauswirtschaftsdienst Anliegen zur Hygiene stets kurzfristig nach. Im Rahmen der in 2011 zusätzlich durchgeführten Zertifizierung nach KTQ für die „Rehabilitation“ wurde auch die statistische Auswertung des I-BM weiter detailliert.

## **Ziele für das nächste Jahr**

Auch im Jahr 2012 wird das I-BM den Anliegen der Patienten, Angehörigen und Kostenträger kurzfristig nachkommen oder nötige organisatorische Abläufe bzw. Umstände erklären. Es werden in 2012 durch die Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie vier Patienteninformationsabende durchgeführt. Außerdem wird durch die Dermatologie die Veranstaltung „Zeit für deine Haut“ organisiert. Im Rahmen der noch nicht endgültig abgeschlossenen Baumaßnahme „Neuordnung Ambulanz und Zentrale Bereiche“ ist die Optimierung der Abläufe vorzunehmen.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage unter [www.buk-hamburg.de//470-0-Ideen--und-Beschwerdemanagement.html](http://www.buk-hamburg.de//470-0-Ideen--und-Beschwerdemanagement.html).

**Berufsgenossen-  
schaftliches  
Unfallkrankenhaus  
Hamburg**

# Bethesda – Krankenhaus Bergedorf



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Professionelles Beschwerdemanagement leistet einen wichtigen 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 und eine gute Kommunikation mit Patienten und Angehörigen aber auch Besuchern sicherzustellen.

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.

Bei der Überarbeitung des Internetauftritts im Jahr 2011 wurde auch der Bereich des Beschwerdemanagements überarbeitet. So ist es nun möglich, direkt aus der Internetseite der Klinik heraus Beschwerden an das BKB zu senden.

### 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 5 Werktagen erstellt und dem BM übergeben. Die Antwort an den Beschwerdeführer erfolgt danach ebenfalls innerhalb der nächsten 5 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.

### 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 Wei-

## Kontakt

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

sungsfreiheit erreicht. Über eine Verfahrensanweisung wurde von Beginn an der Ablauf der Beschwerdebearbeitung, Aufgaben und Kompetenzen dieser Stabsstelle festgelegt. Zudem besteht durch das Qualitätsmanagement, welches auch als Stabsstelle direkt an die Geschäftsführung angebunden ist und mit für das Beschwerdemanagement verantwortlich ist, die direkte Möglichkeit, Verbesserungen durch Prozessänderungen schnell umzusetzen.

#### **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 BM. Durch einen festen Ansprechpartner im Beschwerdemanagement und eine gesicherte Urlaubsvertretung steht immer ein Ansprechpartner zur Verfügung.

#### **6. Unternehmenskultur**

Der tägliche konstruktive Umgang mit kleineren oder größeren Problemen und Beschwerden gehört für jeden Mitarbeiter zum Stationsalltag. Begleitet durch das jetzt sehr lang bereits bestehende BM hat sich eine grundsätzlich positive Einstellung zu Beschwerden durch alle Hierarchieebenen etabliert. Die Mitarbeiter des BKB sehen Beschwerden als Anregungen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.

#### **7. Zertifizierung**

Die kritische Überprüfung aller Abläufe durch unabhängige Auditoren bildet die Grundlage des Qualitätsmanagements. Deshalb soll die Zertifizierung des Beschwerdemanagements im Rahmen der DIN EN ISO-Zertifizierung der Kliniken erfolgen. Im Rahmen von unabhängigen Audits durch betriebsfremde Auditoren und der Zertifizierung eines Behandlungspfades der Klinik wurde auch das Beschwerdemanagement überprüft. Hierbei wurden keine Beanstandungen festgestellt.

#### **Patientenrückmeldungen**

Der im Jahr 2010 beobachtete rückläufige Trend der Beschwerden konnte im Jahr 2011 nicht verzeichnet werden. Es gingen beim Beschwerdemanagement insgesamt 125 Beschwerden ein; gegenüber 2010 entspricht dies einer Steigerung von rund 24,8 % oder in absoluten Zahlen um 31 Fälle. Die Anzahl der stationär und ambulant behandelten Patienten ist gegenüber dem Jahr 2010 annähernd gleich geblieben. Insofern scheint es sich bei dem Rückgang der Beschwerden im Jahr 2010 nicht um einen anhaltenden Trend zu handeln.

Die monatliche Verteilung der Beschwerden blieb über das Jahr weitestgehend konstant, wobei die jahrestypischen Schwankungen, bedingt durch z. B. die Ferien oder die Wintermonate zu verzeichnen waren. Im Januar

**Bethesda  
Krankenhaus  
Bergedorf**

und Februar gab es eine deutliche Beschwerdebhäufung, die aber durch ein deutlich erhöhtes Patientenaufkommen in diesen Monaten zu erklären gewesen ist. Die Verteilung auf die betroffenen Bereiche und die Beschwerdegründe entsprachen der „normalen“ Streuung der Vorjahre. Insgesamt gab es nur eine anonym zu behandelnde Beschwerde.

Im Jahr 2011 wurde die Mehrzahl der Beschwerden (42 %) telefonisch vorgebracht, gefolgt von den persönlich (25 %) und den schriftlich (18 %) vorgetragenen Beschwerden. Knapp 15 % erreichten das BM per E-Mail. Hierbei ist es gegenüber den Vorjahren zu deutlichen Veränderungen gekommen. Während die telefonischen Beschwerden nach wie vor an erster Stelle liegen, haben die persönlich vorgebrachten Beschwerden jetzt den zweiten Platz eingenommen und die schriftlichen Beschwerden auf den 3. Platz verdrängt. Gleichzeitig haben sich die Beschwerden per E-Mail fast verdoppelt. Insofern war die Einrichtung eines Kontaktformulars bei der Neugestaltung des Internetangebotes des Krankenhauses eine logische Konsequenz. Bei den persönlichen Beschwerden wurden die Patienten in der Regel durch den Beschwerdemanager auf den Stationen besucht.

Die meisten Beschwerden wurden durch die Patienten selber vorgebracht (57 %). Danach folgten die Beschwerden von Angehörigen (35 %). Diese Zahlen deckten sich mit den Zahlen der Vorjahre und weisen nur sehr geringe Veränderungen auf. Gleichbleibend ist auch, dass die meisten Beschwerden das ärztliche oder pflegerische Handeln betreffen.

Weiterhin deutlich rückläufig sind die Beschwerden im kommunikativen bzw. menschlich-atmosphärischen Bereich. Hier wurden die Zahlen gegenüber dem Vorjahr nochmals verringert und liegen jetzt zusammen bei 31 % der Beschwerden. Diese Zahlen decken sich mit dem Ergebnis einer Patientenbefragung, die das Krankenhaus durch einen externen Anbieter durchführen lassen hat.

Angestiegen sind hingegen die Beschwerdezahlen im Bereich der Organisation, der Wartezeit und der Terminvergabe (19 %, Vorjahr 11 %) und Art der Behandlung oder der Diagnose (20 %, Vorjahr 15 %). Im Bereich Organisation, Wartezeit und Terminvergabe wurden noch im Jahr 2011 Korrekturmaßnahmen durch das Qualitätsmanagement eingeleitet. Da dieser Prozess aber sehr vielschichtig ist, werden hier Verbesserungen erst im Jahr 2012 erwartet. Gleiches gilt hier auch für den Bereich der Behandlung und Diagnose.

Im Bereich der Qualität der Speisenversorgung kam es hingegen dem rückläufigen Trend aus dem Vorjahr zu einem Anstieg der Beschwerden. Deswegen wurden hier seitens der Krankenhausleitung Korrekturmaßnahmen ergriffen, die im Jahr 2012 zum Tragen kommen.

### **Korrekturmaßnahmen**

In der überwiegenden Mehrzahl der Beschwerden konnte über eine klärende Antwort verbunden mit einer ernsthaften Entschuldigung dem Anliegen der Beschwerdeführer Rechnung getragen werden. Zugleich wurde auch immer versucht in konstruktiven, persönlichen Gesprächen mit den Beteiligten den Beschwerdeanlass aufzuarbeiten. Dabei nahm das Beschwerdemanagement oft die Rolle des Moderators ein. Dies erwies sich in fast allen Fällen als deutlich konfliktlösend.

**Bethesda  
Krankenhaus  
Bergedorf**

Im Rahmen der Nachbesprechung von Beschwerden wurden einzelne Verfahrensanweisungen präzisiert bzw. vervollständigt. Dabei wurden auch die Kooperationspartner der Klinik mit einbezogen.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Aufgrund von Anregungen oder Beschwerden wurden u. a. folgende Maßnahmen ergriffen:

- Verbesserung der Abläufe in den betroffenen Bereichen durch die dort tätigen Mitarbeitergruppen. Dabei wurde dieser Verbesserungsprozess durch das Qualitätsmanagement des Krankenhauses gesteuert und begleitet. Da dieser Veränderungsprozess sehr komplex ist und dabei viele Krankenhausbereiche betroffen sind, dauert diese Verbesserungsmaßnahme noch an.
- Wechsel des Kooperationspartners bei der Speiserversorgung der Klinik.
- Optimierung der Abläufe bei Wertsachen, die im Rahmen eines Notfalles mit in die Klinik eingebracht werden.
- Monatliche Gespräche mit Teilen der Kooperationspartner, um gemeinsam Lösungen für eingehende Beschwerden zu entwickeln und Abläufe und Prozesse zu optimieren.
- Verbesserung der Informationswege zwischen dem Reinigungsdienst und der technischen Abteilung.

### **Ziele für das nächste Jahr**

Trotz der guten Ergebnisse im Bereich der Kommunikation und dem menschlich atmosphärischen Bereich wird weiterhin die Seminarreihe zur Kundenorientierung für Mitarbeiter in patientennahen Bereichen fortgesetzt. Ebenso wird weiterhin das Deeskalationstraining für Mitarbeiter der patientennahen Bereiche ergänzend angeboten.

Nachdem im Jahr 2011 der Internetauftritt des Beschwerdemanagements verbessert wurde, soll im Jahr 2012 die Beschwerdekarte überarbeitet werden. Bei der Beschwerdekarte ist angedacht auch hier die Möglichkeit für eine schriftliche Beschwerde zu schaffen und diese durch Postkästen an das Beschwerdemanagement weiterzuleiten.

Im Herbst 2011 wurde damit begonnen Beschwerdeführern auf Klinikbewertungsportalen im Internet ([www.Klinikbewertungen.de](http://www.Klinikbewertungen.de)) ein Dialogangebot der Klinik zur geäußerten Beschwerde anzubieten. Nach ersten positiven Gesprächen mit dortigen Beschwerdeführern soll dieser Versuch im Jahr 2012 nun regelhaft durch das BM umgesetzt werden.

Der Beschwerdebericht 2011 des Bethesda Krankenhauses Bergedorf kann auf der Homepage unter [www.klinik-bergedorf.de](http://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 zur stetigen Verbesserung der Patientenversorgungsqualität und hat sich verpflichtet, die 7 Prinzipien der Hamburger Erklärung umzusetzen.

### 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

Alle Verfasser von Rückmeldungen mit Antwortwunsch werden innerhalb von 7 Tagen über das Ergebnis der Recherche informiert. Sollte in dieser Frist eine abschließende Bearbeitung noch nicht möglich gewesen sein, wird dem Beschwerdeführer eine Zwischennachricht zugestellt. Bei telefonischer oder persönlicher Rückmeldung wird das weitere Vorgehen gemeinsam 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 handeln im Auftrag der Klinikleitung und sind in Ihrer Arbeit unabhängig. Durch verbindliche und transparente Verfahrensanweisungen sind Kompetenzen und Abläufe des Verfahrens eindeutig geregelt.



## Kontakt

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



Die Weiterentwicklung des Beschwerdebeauftragten wird durch Fortbildungsmaßnahmen von der Klinikleitung unterstützt.

#### **4. Transparenz**

Die Patienten und / oder deren Angehörige haben die Möglichkeit durch eine freie Beschreibung Beschwerden, Wünsche, Anmerkungen, Lob oder Verbesserungsmöglichkeiten zu äußern.

Die Freitexte werden durch den Beschwerdebeauftragten bearbeitet, und für alle Mitarbeiter einsehbar, in unserem elektronischen Qualitätsmanagementhandbuch abgelegt.

- Das Leitungspersonal kommuniziert diese Ergebnisse im Rahmen monatlich stattfindender Mitarbeiterbesprechungen an die Mitarbeiter.
- Zusätzlich werden die Patientenrückmeldungen im Rahmen unseres hausinternen Intranets monatlich für alle Bereiche veröffentlicht.
- Die Ergebnisse werden von den Qualitätsbeauftragten aller Abteilungen gesichtet und 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 erfolgreich nach KTQ 5.0 rezertifiziert. Das Beschwerdemanagement als Bestandteil dieser Zertifizierung wurde sehr gut bewertet.

#### **Patientenrückmeldungen (Stärken und Verbesserungspotentiale)**

Die Patienten oder deren Angehörige nutzten im Jahr 2011 alle angebotenen Rückmeldemöglichkeiten für Lob und Kritik. Die meisten Rückmeldungen erfolgten durch standardisierte Formulare, die jedem Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus mit einer dazugehörigen Information ausgehändigt werden. Rückmeldungen per Fax, Brief, Telefon oder auch die persönliche Vorsprache beim Beschwerdemanagement wurden ebenfalls genutzt.

Die Gesamtzahl der Patientenrückmeldebögen des Bundeswehrkrankenhauses betrug 2037 ausgefüllte Bögen.

Davon wurden 1026 ohne Namensnennung abgegeben. 118 Patienten wünschten eine schriftliche Rückmeldung.

Zusätzlich nutzten:

- 6 Patienten eine telefonischen Rückmeldung
- 33 Patienten eine Rückmeldung per Brief oder Fax
- 14 Patienten die persönliche Rückmeldung

**Bundeswehrkrankenhaus  
Hamburg**

Die Rücklaufquote unserer Bögen konnte erneut gesteigert werden. Durch die im positiven Sinne motivierte „Beschwerdestimulation“ unserer Mitarbeiter ist es gelungen, die Anzahl von 1993 auf 2037 zu erhöhen. Dies entspricht einer Rücklaufquote 16,45 % (2010 15,6 %).

### Kategorisierung der Rückmeldungen

Alle Patientenrückmeldungen wurden vordefinierten Bereichen zugeordnet, die jeweils in Stärken und Verbesserungspotentiale unterteilt worden sind. Die Zuordnung erfolgt durch den Beschwerdebeauftragten.

Alle eindeutig positiven Rückmeldungen 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 eingegangenen Freitexte im Jahr 2011:

|   | Themenkomplex                | Anzahl der Äußerungen | Stärken | Verbesserungspotential |
|---|------------------------------|-----------------------|---------|------------------------|
| 1 | Verpflegung                  | 242                   | 24      | 218                    |
| 2 | Organisation                 | 230                   | 7       | 223                    |
| 3 | Personal                     | 212                   | 168     | 44                     |
| 4 | Infrastruktur                | 168                   | 8       | 160                    |
| 5 | Krankenhaus allgemein        | 159                   | 153     | 6                      |
| 6 | Sauberkeit                   | 43                    | 1       | 42                     |
| 7 | Cafeteria                    | 34                    | 2       | 34                     |
| 8 | Nicht auswertbare Äußerungen | 15                    |         |                        |
|   | <b>Äußerungen gesamt</b>     | <b>1105</b>           |         |                        |

Bundeswehrkrankenhaus  
Hamburg

### Verpflegung

Mit 218 Rückmeldungen (Verbesserungspotentiale) zur Verpflegung war dieser Punkt wie auch im Vorjahr der Meistgenannte. Ab März 2011 wurde die Verpflegung einem Cateringunternehmen übertragen, deren Mitarbeiter in enger Kooperation mit den Stationsmitarbeitern von der Erfassung der Essenswünsche bis zum Einsammeln der Essentablets verantwortlich sind. Hierdurch ist es gelungen die in den letzten Jahren aufgezeigten Schwachstellen durch zu viele Schnittstellen zu Bündeln und Kommunikationsdefizite zu minimieren. In den 2 Monaten vor und nach der Umstellung (Januar bis Mai) gingen noch 161 Verbesserungspotentiale ein. Nach der Implementierung und „Feinjustierung“ der Abläufe gingen von Juni bis Dezember insgesamt nur noch 52 Verbesserungspotentiale ein. Dieser deutliche Rückgang der negativen Rückmeldungen im 2. Halbjahr lässt vermuten, dass die Patientenzufriedenheit gesteigert werden konnte.

### Organisation

Trotz des etablierten Verfahrens, monatlich mit den Qualitätsbeauftragten aller Abteilung in einer Sitzung aktuelle Rückmeldungen zu bearbeiten und Verbesserungen einzuleiten, konnte durch 223 Rückmeldungen zur Organisation, die rückläufige Tendenz des Vorjahres nicht bestätigt werden. Die Schwerpunkte der Äußerungen lagen hierbei wie bereits in den Vorjahren im Wunsch nach mehr Information und bei der Verkürzung von Wartezeiten.

Einzelne Rückmeldungen:

- In einigen Stationsbereichen bekundeten Patienten ihren Unmut über Verlegungen innerhalb des Krankenhauses, die aufgrund ver-

schiedener Umstände durchgeführt wurden.

- Es mehren sich Beschwerden von Patienten, die im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung die Heimfahrt auf eigene Kosten durchführen mussten. Aufgrund gesetzlich geregelter Vorgaben zur Durchführung von Krankentransporten, konnte in diesen Fällen leider eine medizinische Notwendigkeit für ein Taxi / Krankentransport nicht bescheinigt werden.
- In einem Fall konnte die Schadensabwicklung eines verloren gegangenen Eheringes nicht transparent dargestellt werden, sodass es zu einer verzögerten Bearbeitung kam.

Einzelne Maßnahmen zur Verbesserung:

- Die Nutzung der TV Geräte konnte durch Neuprogrammierung der Fernbedienung und dem Einfügen fremdsprachiger Sender verbessert werden.
- Durch die Einführung eines computerunterstützten Konsilwesens konnten Wartezeiten bei fachübergreifenden Untersuchungen verringert werden.
- Ein Datenschutzhinweis zum Auskunftersuchen bei Soldaten konnte umgesetzt werden.
- Es wurde eine Patienteninformation im Bereich der Notaufnahme mit den gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien zur medizinischen Notwendigkeit von Verordnungen zum Krankentransport ausgelegt.

**Bundeswehrkrankenhaus  
Hamburg**

### **Krankenhaus und Personal**

Die hohe Anzahl der positiven Rückmeldungen lassen uns auch für das Jahr 2011 von einer hohen Patientenzufriedenheit ausgehen.

Vereinzelte vorgetragene Kritik wurde nach Prüfung der Sachverhalte an das jeweilige Leitungspersonal weitergeleitet, um die Verbesserungspotentiale in Einzelgesprächen oder Teamsitzungen zu kommunizieren.

### **Reinigung**

42 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.

### **Infrastruktur**

Bei dem überwiegenden Teil der Rückmeldung (Verbesserungspotentiale) handelt es sich, wie auch in den Vorjahren, um die vorhandene Bausubstanz, die Zimmerbelegung und das Fehlen von Nasszellen in einigen Patientenzimmern. Mit der Fertigstellung des Bettenhausneubaus im Frühjahr 2013, wird sich diese Situation erheblich verbessern.

Den gemeldeten Mängeln zu defekten Nachtschränken und „veralteten“ Betten konnte bereits durch eine Neubeschaffung abgeholfen werden.

Es ist 2011 gelungen für alle Patientenplätze neue Nachtschränke zu beschaffen und die letzten manuell verstellbaren Betten wurden gegen elektronisch zu bedienende Betten ausgetauscht.

### **Ziele für das Jahr 2012**

Die Steigerung unserer Rücklaufquote konnte aufgrund unserer Beschwerdekultur und -stimulation ein wiederholtes Mal gesteigert werden. Wir wissen die Rückmeldungen unserer Patienten sehr zu schätzen und

bemühen uns auch weiterhin die Rückmeldezahlen durch verschiedenste Maßnahmen zu erhöhen.

- Der Schwerpunkt unserer Bemühungen liegt für das Jahr 2012 in der Baufortführung unseres neuen Bettenhauses, das im Frühjahr 2013 bezugsfertig sein wird. In diesem Bettenhaus werden dann alle Zimmer nach modernstem Standard mit Sanitärzonen ausgestattet sein. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdequote zur Infrastruktur ab diesem Zeitpunkt deutlich sinken wird.
- Des Weiteren ist für das Jahr 2012 die Implementierung eines neuen Krankenhausinformationssystem vorgesehen, das im Bereich der Organisation für Verbesserungspotential bei Dokumentation und Information sorgen wird.

Der Beschwerdebericht 2011 kann auch auf der Homepage unter [www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de](http://www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de) eingesehen werden.

**Bundeswehrkrankenhaus  
Hamburg**

# ENDO-Klinik Hamburg



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

Im Jahr 2010 wurde die ENDO-Klinik Hamburg nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert, das Beschwerdemanagement wurde 2011 zertifiziert.

2011 wurden die Mitarbeiter intern geschult und bei Bedarf nachgeschult.

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 2011 fand die Umsetzung der einzelnen Punkte der Hamburger Erklärung wie folgt statt:

### 1. Zugänglichkeit

Die Beschwerdestelle der ENDO-Klinik ist telefonisch, per E-Mail, schriftlich und natürlich auch persönlich zu erreichen.

In der in 2011 neu aufgelegten Patientenbroschüre ist die Beschwerdestelle mit dem Namen der Ansprechpartnerin, der Telefonnummern und der E-Mail-Adresse zu finden.

Die Aushänge mit allen Informationen, wie der Hamburger Erklärung, Name und Bild der Beschwerdebeauftragten, deren Sprechzeiten und Telefonnummer etc., wurden im Jahr 2011 erweitert auf das Aufnahmезentrum und die Intensivstation

Die Patienten können auch Anhänger „Bitte stören“ an ihren Nachtschränken für Lob oder Tadel nutzen.

Seit 2010 ist auf der Homepage der ENDO-Klinik ein Online-Formular „Lob & Tadel“ eingerichtet, das die Patienten ebenfalls 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 bzw. sind durch die internen Schulungen in der Lage, selbst Beschwerden entgegenzunehmen

Des Weiteren befindet sich ein Briefkasten in der Empfangshalle für diejenigen Patienten, die kurz vor Ihrer Entlassung aus der Klinik dort ihren Fragebogen oder das „Bitte stören“-Schild mit entsprechenden Bemerkungen einwerfen können.

### Kontakt:

Renate Aust  
Beschwerdebeauftragte  
ENDO-Klinik Hamburg  
Holstenstraße 2  
22767 Hamburg  
Tel: 040 / 31 97 - 13 57  
Beschwerdemanagement@endo.de  
www.endo.de

## **2. Zügige Bearbeitung**

Die zügige Bearbeitung der Beschwerden war im Jahr 2011 gewährleistet: 79 % aller Beschwerden aus dem Jahr 2011 konnten in weniger als 24 Stunden bearbeitet werden,

13 % sind Rechtsfälle, die an anderer Stelle im Haus bearbeitet und entschieden werden.

Bei 8 % der Fälle dauerte die Bearbeitung im Schnitt 6 Tage, da erst Informationen aus verschiedenen Abteilungen der Klinik eingeholt werden mussten.

Diese Patienten erhielten aber innerhalb eines Arbeitstages einen Brief mit Bestätigung des Eingangs ihrer Beschwerde und den Gründen, warum die Bearbeitung x Tage gedauert hat.

## **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 2011 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 lokalen Intranet sowie auf der Homepage veröffentlicht.

## **5. Verantwortung**

Die Pflichten und Befugnisse der Mitarbeiter der Beschwerdestelle der ENDO-Klinik sind schon seit mehreren Jahren definiert und festgeschrieben (Verfahrensweisung und Workflow).

## **6. Unternehmenskultur**

Die Beschwerdekultur hat sich auch im Jahr 2011 weiter verbessert.

Regelmäßige Treffen zu feststehenden Terminen (monatlich), sowie – in Einzelfällen – sofortiger Austausch mit der Geschäftsführung und/oder Verantwortlichen aus den einzelnen Bereichen sind selbstverständlich.

Die Mitarbeiter in allen Abteilungen der Klinik bringen der Beschwerdestelle eine hohe Akzeptanz entgegen, d. h. sie arbeiten eng mit ihr zusammen.

Des Weiteren gibt es jeweils am 1. des Monats eine Einführungsveranstaltung für neue Mitarbeiter, in dessen Rahmen auch das Beschwerdemanagement einen kurzen Vortrag hält über die Arbeitsweise.

## **7. Zertifizierung**

Im Jahr 2011 wurde das Beschwerdemanagement der ENDO-Klinik nach DIN EN ISO 9001-2008 zertifiziert. Seit Mai 2011 gibt es ein Zertifikat für diesen Bereich. Die Zertifikate wurden gemeinsam mit der Hamburger Erklärung auf den Stationen und in verschiedenen anderen Bereichen des Hauses gut sichtbar aufgehängt.

**ENDO-Klinik Hamburg**

## Patientenrückmeldungen

### a. Rückmeldungen gesamt / Patienten gesamt

Im Jahr 2011 wurden in der ENDO-Klinik **6789 Patienten** stationär behandelt.

Im gleichen Zeitraum erreichten die Beschwerdestelle **199** Beschwerden stationärer Patienten. Das entspricht einem Prozentsatz von 3,41 %.

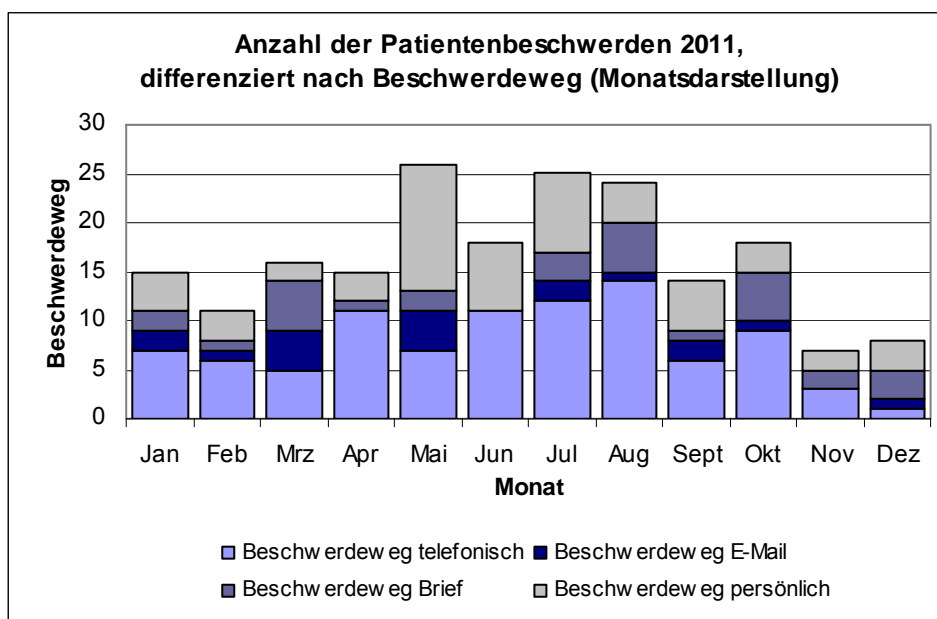
### b. Monatliche Verteilung der 199 Beschwerden im Jahr 2011

| Monat   | Rückmeldungen | Monat     | Rückmeldungen |
|---------|---------------|-----------|---------------|
| Januar  | 15            | Juli      | 25            |
| Februar | 11            | August    | 24            |
| März    | 16            | September | 14            |
| April   | 15            | Oktober   | 19            |
| Mai     | 26            | November  | 07            |
| Juni    | 18            | Dezember  | 09            |

ENDO-Klinik Hamburg

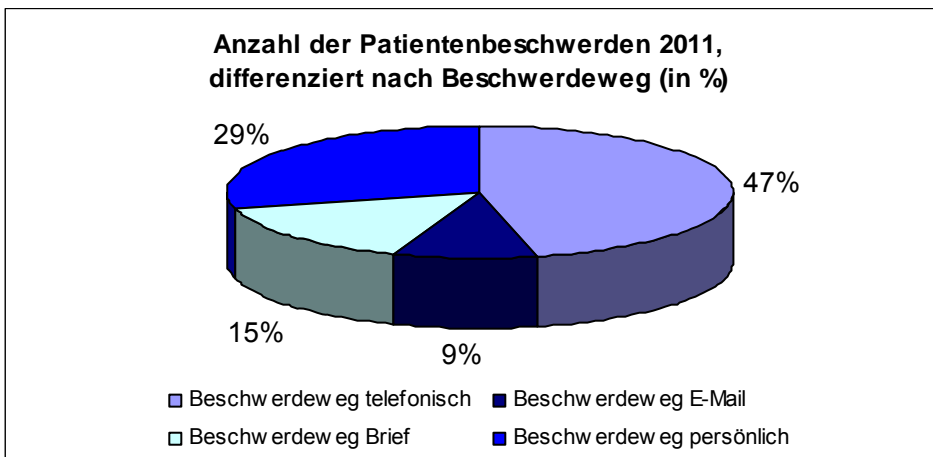
Die monatliche Verteilung der Beschwerden im Jahr 2011 zeigt, dass es während des Sommerhalbjahres zu mehr Beschwerden kam als in der übrigen Zeit des Jahres. Der Zusammenhang ist sicher in der besonders unerwartet starken Belegung zu dieser Jahreszeit zu suchen und dadurch, dass urlaubsbedingte Vertretungen die Abläufe in der Verwaltung und beim Service nicht immer so reibungslos verlaufen sind. Auch über die Verpflegung wurde geklagt.

### c. Rückmeldungen im Jahr 2010, die beim Beschwerdemanagement

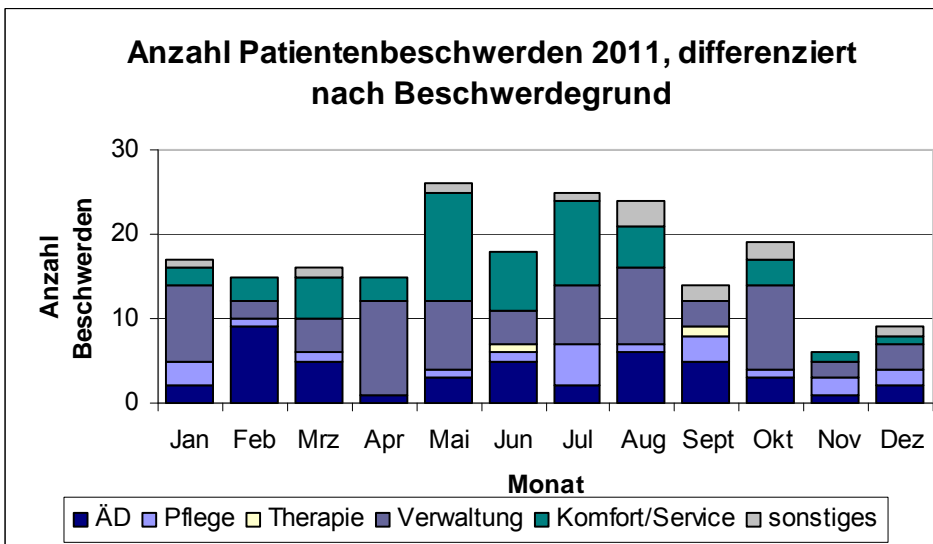


An dieser Tabelle fällt auf, dass wenige Patienten den Weg nutzten, eine E-Mail zu schicken. Das liegt daran, dass viele Patienten ihren Aufenthalt in der Klinik nutzten und auch, dass ein großer Teil unserer Patienten bereits ein Alter erreicht hat, in dem die Nutzung dieses Kommunikations-

weges nicht sehr verbreitet ist.



**d. Monatliche Rückmeldungen der Patienten 2011 nach Kategorien**



**ENDO-Klinik Hamburg**

Hinter der Zahl „ÄD / Ärztlicher Dienst“ verbergen sich z. B. auch die Fälle, die im Jahr 2011 einer Schlichtungsstelle übergeben wurden. Weiterhin fallen in diese Kategorie auch OP-Verschiebungen. Weitere Beschwerden über ärztliche Leistungen basieren auf Missverständnissen in der Kommunikation.

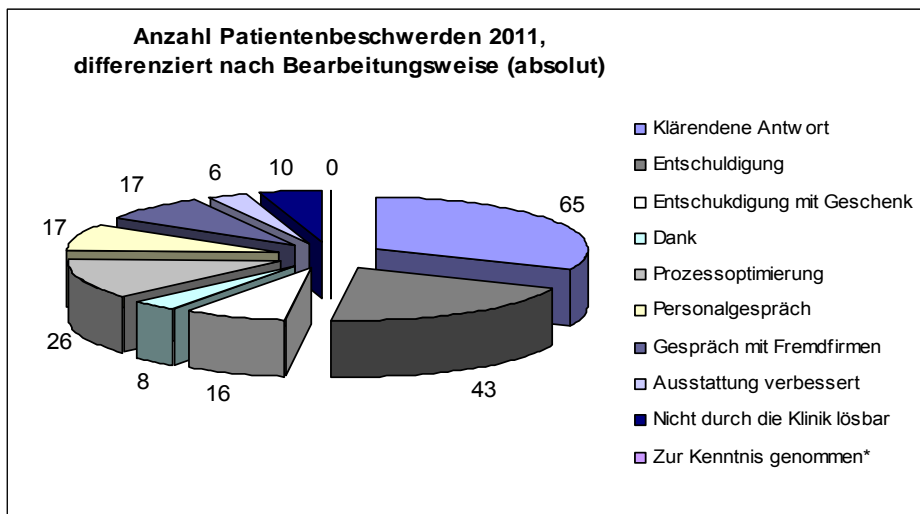
Bei den Beschwerden in der Kategorie Komfort / Service handelt es sich überwiegend um Ausstattungsmerkmale.

Bei Beschwerden zur Organisation steht im Vordergrund, dass das gewünschte Einzelzimmer nicht rechtzeitig bezogen werden konnten oder nicht zur Verfügung standen, das Essen bemängelt wurde oder während der Aufnahme Probleme auftraten.

Hinter „Sonstige“ 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 medizinisch notwendige Verweildauer zu kurz war.



## e. Korrekturmaßnahmen



65 klärende Antworten waren erforderlich, um Missverständnisse und Unklarheiten zu beseitigen.

43 Entschuldigungen, davon 8 mit Geschenk, wurden durch die Beschwerdebeauftragte erledigt.

24 mal wurde den Patienten gedankt,

16 mal fand eine Prozessoptimierung statt,

17 mal Gespräche mit Mitarbeitern,

12 mal Gespräche mit Mitarbeitern von Fremdfirmen,

6 mal wurde die Ausstattung verbessert,

10 Beschwerden waren nicht durch die Klinik lösbar.

### Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Auch im Jahr 2011 gab es Verbesserungsmaßnahmen, die nicht zuletzt auf die Beschwerdeführer zurückzuführen waren. So wurde die Feinplanung der Bettenbelegung in die Hände der Pflegedienstleitung und der Stationen gelegt (sog. Koordinatoren), um bei Vollbelegung effektiver und zeitnaher auf die Anforderungen reagieren zu können.

Des Weiteren wurde der organisatorische Ablauf des „stationären Aufnahmetages“ noch einmal überprüft, um die Wartezeiten für die Patienten zu verringern.

Teilweise wird nun das ärztliche Aufklärungsgespräch direkt auf den Stationen durchgeführt. Die Patienten reagieren sehr positiv auf die veränderte Organisation und die damit verbundenen schnelleren Abläufe.

### Ziele für das nächste Jahr

Für das Jahr 2012 steht der Umbau des Altbaus im Vordergrund, die Inbetriebnahme ist für Ende 2012 / Anfang 2013 vorgesehen. Fest eingeplant ist mind. eine weitere Privatstation, die vor allem die Einzelzimmersituation entspannen wird.

Mitte Februar 2012 wird die neue Cafeteria „Endoro“ im Erdgeschoss eröffnet, die gut erreichbar ist für alle Patienten, Besucher sowie Mitarbeiter.

**ENDO-Klinik Hamburg**

Da auch der Lieferant der Patientenverpflegung wechseln wird, gehen wir davon aus, dass wesentlich weniger Beschwerden über die Verpflegung eingehen 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. Mehrfach erreichte die ENDO-Klinik eine Topplatzierung bei Befragungen durch Krankenkassen oder Printmedien, worauf wir sehr stolz sind.

Ab 2012 werden wir Rückmeldungen über „Lob“ der Klinik gesondert erfassen. Es zeigt sich, dass viele Patienten auch nach vielen Jahren einer Behandlung in der ENDO-Klinik uns schreiben und ihre Zufriedenheit darüber äußern, dass ihr künstliches Gelenk auch nach z. B. 25 Jahren unverändert „gut sitzt“ und sie sich über die wieder gewonnene Lebensqualität freuen und darüber sehr dankbar sind.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage: [www.helios-kliniken.de/klinik/hamburg-endo-klinik.html](http://www.helios-kliniken.de/klinik/hamburg-endo-klinik.html)  
Wir über uns - 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 Patientenführsprecher, 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 3 Werktagen eine erste Rückmeldung an den Beschwerdeführer gegeben.

Bei komplexen Beschwerden, bei deren Bearbeitung mehrere Personen beteiligt sind, kommt es 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.

Evangelisches Amalie  
Sieveking-Krankenhaus

albertinen<sup>†</sup>

in besten Händen

### Kontakt

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

### **3. Unabhängigkeit**

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

### **4. Transparenz**

In unserem Konzept zum Beschwerdemanagement sind die Bearbeitungswege und alle Aufgaben der am Verfahren beteiligten Mitarbeiter 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.

**Ev. Amalie Sieveking-  
Krankenhaus**

## Patientenrückmeldungen

Meldungen an das Beschwerdemanagement im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus für 2011:

| Form der Rückmeldung                | Anzahl     |
|-------------------------------------|------------|
| Meinungskarten                      | 280        |
| sonstige schriftliche Rückmeldungen | 45         |
| mündliche Rückmeldungen             | 12         |
| <b>SUMME</b>                        | <b>337</b> |

In den 280 Meinungskarten verteilen sich Lob und Tadel wie folgt:

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| mit Lob-Äußerungen   | 173<br>61,8 % |
| mit Tadel-Äußerungen | 138<br>49,3 % |
| mit Anregungen       | 22<br>7,9 %   |

(Mehrfachnennungen möglich)

Die Anzahl der Rückmeldungen insgesamt sind im Vergleich zum Vorjahr leicht rückgängig.

## Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

Im Laufe des Jahres wurde die Überarbeitung und Optimierung des Konzeptes „Beschwerdemanagement“ evaluiert. Folgende Ziele wurden erreicht:

- Entlastung der Telefonzentrale durch Einbindung der Führungssekretariate.
- kürzere Bearbeitungszeiten durch kürzere Kommunikationswege.
- höhere Erreichbarkeit der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Des Weiteren wurde durch die Einführung eines EDV-gestützten Systems (i-Transport) für die Organisation der Patiententransporte eine Verkürzung der Wartezeiten vor Untersuchungen erreicht.

Die Auswertung der Meinungskarten bestätigte den bekannten Schwerpunkt *Organisation / Ausstattung / Service*. Diesem begegnen wir u. a. mit einer Einbindung der Kenntnisse in unsere Neubaumaßnahme, die im Mai 2012 beginnt, 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 Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus beginnt im Mai 2012 der Neubau eines Funktionstraktes und damit einher gehend eine Umstrukturierung der

**Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus**

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 Baulärmbelastigung so gering wie möglich halten.

Ein weiterer Schwerpunkt für 2012 ist die Etablierung eines Case-Managements, u. a. mit dem Ziel die klinischen Versorgungsprozesse zu optimieren. Der Echtbetrieb startet am 1.1.2012.

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 Mitarbeiter.

**Ev. Amalie Sieveking-  
Krankenhaus**

# Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

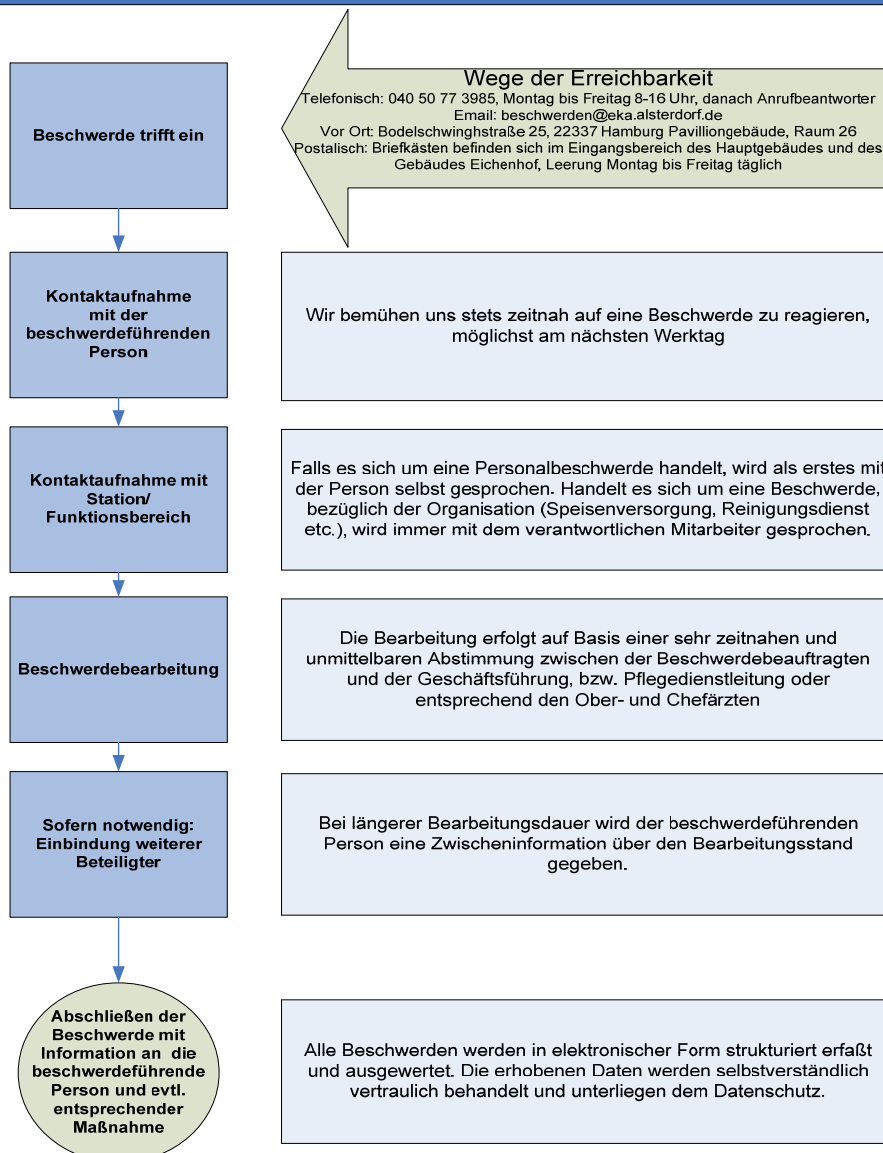
Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf gGmbH (EKA) gehört zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung zum Patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in Krankenhäusern.

Die Grundlage des internen Beschwerdemanagements bildet das Leitbild der Evangelischen Stiftung Alsterdorf.

Rahmenbedingungen unseres Beschwerdemanagements im EKA bilden die Anforderungen der „Hamburger Erklärung“. Den operativen Ablauf im Beschwerdemanagement veranschaulicht die nachfolgende Organisationsbeschreibung.

## Ablauf Beschwerdemanagement bei Beschwerden, Anfragen etc. an die Beschwerdebeauftragte

Grundlage des Beschwerdemanagements ist die Hamburger Erklärung



## Kontakt

Veronica Bischoff  
Beschwerdemanagement  
Ev. Krankenhaus Alsterdorf  
Bodelschwingstraße 24  
22337 Hamburg  
Tel: 040 / 50 77 - 03  
[v.bischoff@eka.alsterdorf.de](mailto:v.bischoff@eka.alsterdorf.de)



## **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 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 Eingang einer Beschwerde.

## **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. Es wurde eine Ansprechpartnerin benannt, die die Beschwerdebeauftragte in Abwesenheitszeiten wie Urlaub, Krankheit etc. vertritt.

## **3. Unabhängigkeit**

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

## **4. Transparenz**

Transparenz wird in erster Linie durch die breite Kommunikation unseres Beschwerdemanagementsystems sichergestellt. Im Weiteren hat der persönliche Kontakt zur / zum BeschwerdeführerIn oberste Priorität. Falls die

**Ev. Krankenhaus  
Alsterdorf**



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**

Alle Mitarbeiter sehen sich in der Verantwortung, jede Beschwerde umgehend an die Beschwerdebeauftragten weiterzuleiten. Das Arbeitsgebiet der Beschwerdebeauftragten ist klar definiert und im Haus auf jeder Ebene und auf allen Abteilungen etabliert.

### **6. Unternehmenskultur**

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

Gerade in einem Haus, das schwerpunktmäßig dem besonderen Auftrag der Versorgung von Menschen mit Behinderungen nachkommt, hat das Beschwerdemanagement einen speziellen Stellenwert. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, auch Beschwerden, die nicht als solche unmittelbar titulierte wurden, wahr und ernst zu nehmen. Für diese empathische und feinfühlig 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 in 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 am 08.02.2011 einem Audit durch das Institut für Beschwerdemanagement unterzogen. Die Zertifizierung erfolgte am 24.03.2011.

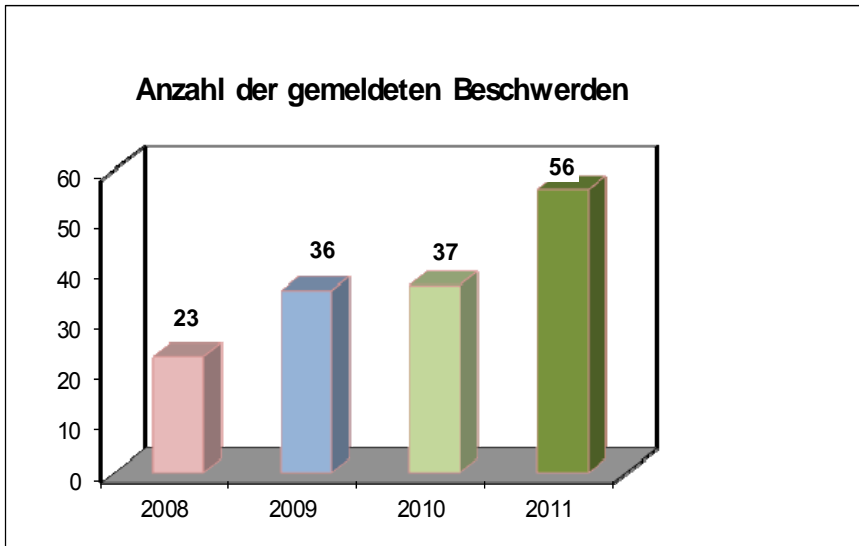
### **Patientenrückmeldungen**

Neben Aspekten wie guter Erreichbarkeit der Beschwerdebeauftragten oder vollständiger Dokumentation aller Beschwerdefälle, zeichnet sich eine patientenorientierte Beschwerdebearbeitung im EKA vor allem in einer schnellen und persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdeführer aus. Im unmittelbaren Gespräch zwischen Beschwerdeführer und der Beschwerdebeauftragten können frühzeitig die jeweiligen Anliegen entgegenommen und verbal „quittiert“ sowie Lösungsoptionen und

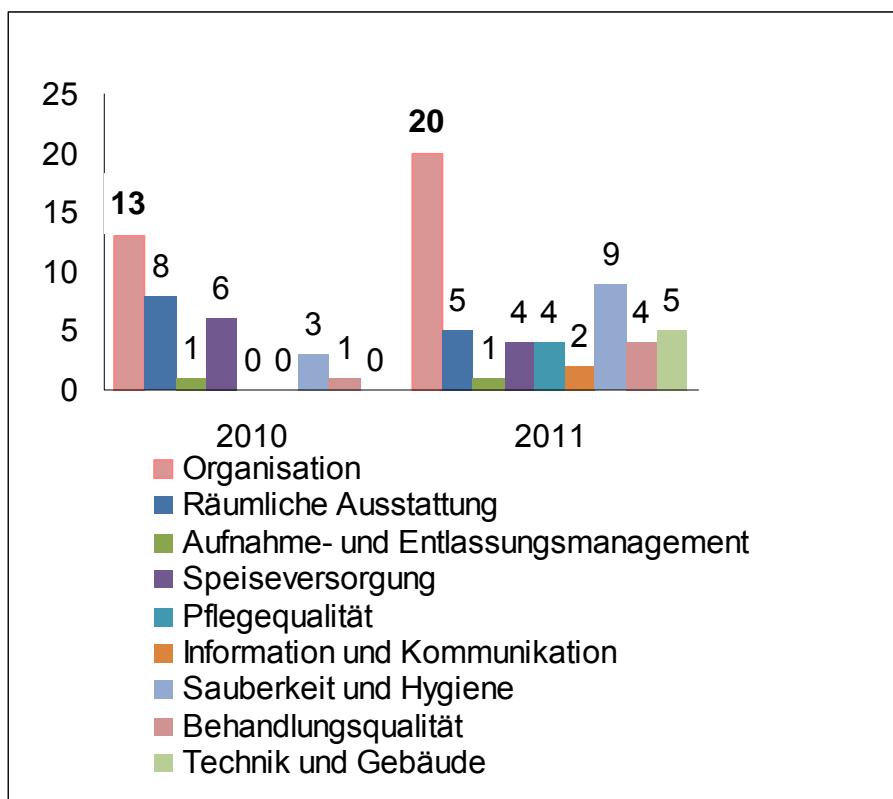
**Ev. Krankenhaus  
Alsterdorf**

Bearbeitungswege aufgezeigt werden, z. B. bei kritischen Hinweisen auf Defizite. In vielen Fällen können so bestehende Unzufriedenheiten zuverlässig abgefangen und ggf. deeskaliert werden, so dass die weitere Behandlung des Patienten ungestört fortgesetzt werden kann.

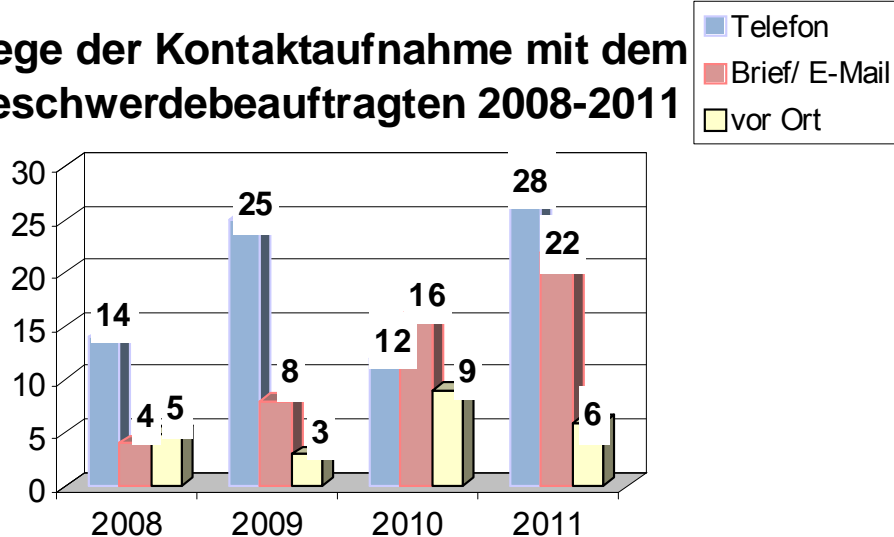
### Daten zum Beschwerdemanagement



Ev. Krankenhaus  
Alsterdorf



## Wege der Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdebeauftragten 2008-2011



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.

Ev. Krankenhaus  
Alsterdorf

### Fazit / Ziele für 2012

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2008 bis 2011 sehen kann, haben die Beschwerden zugenommen. Dies wird von uns insofern als positiv gewertet, als das Beschwerdemanagement, hier ist insbesondere die EDV Lösung Kritikom zu nennen, als immanenter Bestandteil der Arbeit im Krankenhaus zunehmend verstanden wird.

Als Reaktion auf Beschwerden wurden neben den obligatorischen (Erst-)Gesprächen mit den Beschwerdeführern teilweise auch entsprechende Leistungen als Entschädigung für Beschwerden aufgewendet. In 2011 bezog sich ein großer Teil der Beschwerden auf die Parkplatzsituation rund um das Krankenhaus auf dem Gelände der Ev. Stiftung Alsterdorf. Die Einführung von Parkscheinautomaten führte teilweise zu Unmut, stellte jedoch sicher, dass die Patienten und Besucher in unmittelbarer Nähe einen Parkplatz zu moderaten Kosten nutzen können.

- Im Herbst 2012 werden die Stationen und Funktionsabteilungen neue Gebäude beziehen. Bei der Konzipierung des Neubaus sind auch die Informationen, Anregungen und Beschwerden der Patienten berücksichtigt worden
- Monatliche Begehungen mit der Reinigungsfirma und der Haustechnik mit den Abteilungsleitungen sind fester Bestandteil
- Zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung nach Entlassung ist die Funktion der Überleitungs- und Entlassungsmanagerin im Hause fest etabliert worden

Es wurden unterschiedliche Verbesserungsprojekte umgesetzt oder für 2012 geplant:

- Alle Eingangsbereiche wurden mit Desinfektionsmittelspendern in einer auffälligen Farbe ausgestattet

- Austausch zwischen den Beschwerdebeauftragten von EKA und anderen Einrichtungen wie z. B. Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten
- detaillierten Jahresauswertung der Beschwerden und Fortschreiben des internen Beschwerdeberichts für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Kontinuierlicher Bewusstseinswandel in der Mitarbeiterschaft hin zu dem Verständnis, dass Beschwerden immer die Möglichkeit enthalten, etwas Positives zu erkennen und umzusetzen
- Das Beschwerdemanagementsystem ist seit dem 24.03.2011 zertifiziert.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage unter **[www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de](http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de)**.

**Ev. Krankenhaus  
Alsterdorf**

## Facharztambulanz Hamburg

Die Struktur für den Bericht Hamburger Erklärung, die die Beschwerdebeauftragten 2008 erarbeitet haben, hat sich bewährt und ist Grundlage auch für den Bericht 2011.

Beschwerden sind ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung. Deswegen liegt neben der Darstellung des strukturierten Beschwerdemanagements und dem Bericht über die Patientenrückmeldungen ein besonderer Fokus auf der Darstellung der Verbesserungsmaßnahmen, die 2010 aus Beschwerden abgeleitet wurden.

### Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird seit Juni 2004 in der Facharztambulanz Hamburg umgesetzt.

In unserem Beschwerdemanagement ist beschrieben, wie unsere Kunden, darunter verstehen wir unsere Patienten und Beleg- und Kooperationsärzte, aktiv und umfassend betreut werden. Ziele und Aufgaben des Beschwerdemanagements sind bei uns eindeutig definiert.

Das Beschwerdemanagement ist in vier Bausteine eingeteilt:

- Die Beschwerdestimulierung
- Die Beschwerdeannahme
- Die Beschwerdebearbeitung
- Die Beschwerdeauswertung

Die Beschwerdestimulierung hat einen hohen Stellenwert, da wenige Beschwerden keine konkrete Größe für die Kundenzufriedenheit sein müssen.

Informationen aus den Beschwerden werden genutzt, um Veränderungen und Verbesserungen für Patienten herbei zu führen. Kundenzufriedenheit hat, verbunden mit der Patientensicherheit, höchste Priorität. Eine schnelle und freundliche Reaktion auf Beschwerden hat meist eine positive Wirkung und gibt dem Kunden das Gefühl, ernst genommen zu werden. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter der Facharztambulanz Ansprechpartner für Beschwerden. Darüber hinaus wird stets das Qualitätsmanagement, in dem das Beschwerdemanagement angesiedelt ist, benachrichtigt. Als Besonderheit führen wir wöchentlich stichprobenartig eine persönliche Befragung von mindestens 10 Patienten durch. Die Befragung wird im Wechsel vom ärztlichen und kaufmännischen Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten durchgeführt.

Geschäftsführung und Mitarbeiter der Facharztambulanz sehen Beschwerden als Chance an. Die Beschwerden werden genutzt, um Schwachstellen aufzudecken und einen Lernprozess in Gang zu bringen, vorbeugende Maßnahmen zu entwickeln.



### Kontakt

Gunhild Herzberg  
Beschwerdebeauftragte  
Facharztambulanz Hamburg  
Martinistraße 78  
20251 Hamburg  
Tel: 040 / 490 65 – 17  
[herzberg@facharztambulanz-hamburg.de](mailto:herzberg@facharztambulanz-hamburg.de)

Für den Umgang mit Beschwerden haben wir in unserem Facharzt-KLINIK-KNIGGE Leitlinien definiert, die in den einzelnen Bereichen der Klinik aushängen.

### **1. Zugänglichkeit**

Es ist gewährleistet, dass Patienten und Angehörige ihre Beschwerden mündlich, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail vorbringen können. 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 zusätzlichen Freitext zum anderen durch konkrete Lob- und Kritikäußerungen darzustellen. Die Formblätter dienen der systematischen Erfassung und Auswertung der Beschwerden, Kritikpunkte und Fehler. Für die Rückgabe der Formblätter befindet sich in der Eingangshalle ein entsprechend gekennzeichnete Briefkasten. Die Kontaktdaten der verschiedenen Meldewege sind auf dem Patientenfragebogen und im Internet angegeben.

### **2. Zügige Bearbeitung**

Der Ablauf für die Bearbeitung von Beschwerden ist genau definiert und erfolgt anhand eines Beschwerdeboogens. Je nach Art des Problems wird die Beschwerde an die zuständigen Personen weiter geleitet. Die arbeitstägliche Kontrolle der eingegangenen Fragebögen und Meldungen ermöglicht bei kleineren Beschwerden und Kritikpunkten eine zügige Bearbeitung. In der Regel können innerhalb eines Tages, entsprechende Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen eingeleitet werden.

### **3. Unabhängigkeit**

Das Beschwerdemanagement ist in der Facharzt-Klinik 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, 2009 und 2010 der Hamburger Erklärung sind auf der Homepage der HKG veröffentlicht.

Die interne Transparenz ist durch Bekanntgabe der monatlichen Patientenauswertung im Intranet 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 im 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 Unternehmenskultur ist auf Kommunikation und Transparenz gerichtet, die zu einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre beiträgt. Beschwerden, Wünsche und Anregungen werden im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gesehen und immer als Mittel zur Op-

**Facharzt-Klinik  
Hamburg**

timierung angesehen.

## 7. Zertifizierung

Im August 2010 erfolgte die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und den MAAS-BGW sowie dem AQS 1 Siegel (Qualität beim ambulanten Operieren). Das Beschwerdemanagement stellt auch weiterhin einen wesentlichen Eckpfeiler des Qualitätsmanagement-Systems dar.

In 2011 ist das Beschwerdemanagement gegen über dem Vorjahr in seinen Grundzügen im Wesentlichen unverändert geblieben. Als Verbesserung ist die strukturierte Bearbeitung mittels des Beschwerdeboogens anzusehen.

## Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2011 sind 6.154 Patienten stationär versorgt worden. Es sind sieben schriftliche Beschwerden eingereicht worden und zwei telefonische Beschwerdegespräche geführt worden. Die Zahl der erfassten Patientenfragebögen beträgt 1.858. Somit konnten wir unsere Rücklaufquote im Vergleich zu 2010 mit 31 % konstant halten. Die Patientenzufriedenheit erreichte im Bereich sehr gut / gut mit 91,5 % einen gleich guten Wert wie 2010.

Facharztklinik  
Hamburg

| Erfasste Bögen:<br>1858                   |          |      |     |      |           |     |                 |     |               |      |             |
|---|----------|------|-----|------|-----------|-----|-----------------|-----|---------------|------|-------------|
| Zeitraum:<br>01.01.2011 bis<br>31.12.2011 |          |      |     |      |           |     |                 |     |               |      |             |
| Einschätzung:                             | sehr gut | %    | gut | %    | zufrieden | %   | nicht zufrieden | %   | keine Angaben | %    | Daten-sätze |
| Empfang / Aufnahme                        | 1209     | 65,1 | 522 | 28,1 | 82        | 4,4 | 25              | 1,4 | 20            | 1,1  | 1858        |
| Anästhesie                                | 1435     | 77,2 | 344 | 18,5 | 25        | 1,4 | 8               | 0,4 | 46            | 2,5  | 1858        |
| Pflegesprechstunde                        | 868      | 46,7 | 375 | 20,2 | 44        | 2,4 | 8               | 0,4 | 563           | 30,3 | 1858        |
| Ärztliche Betreuung                       | 1383     | 74,4 | 370 | 19,9 | 51        | 2,7 | 11              | 0,6 | 43            | 2,3  | 1858        |
| Operation                                 | 1459     | 78,5 | 294 | 15,8 | 13        | 0,7 | 0               | 0   | 92            | 5,0  | 1858        |
| Pfleg. Betreuung Tag                      | 1413     | 76,1 | 375 | 20,2 | 42        | 2,3 | 9               | 0,5 | 19            | 1,0  | 1858        |
| Pfleg. Betrg. Nacht                       | 1264     | 68,0 | 412 | 22,2 | 48        | 2,6 | 7               | 0,4 | 127           | 6,8  | 1858        |
| Unterbringung                             | 1366     | 73,5 | 447 | 24,1 | 28        | 1,5 | 5               | 0,3 | 12            | 0,7  | 1858        |
| Mahlzeiten                                | 1210     | 65,1 | 528 | 28,4 | 87        | 4,7 | 9               | 0,5 | 24            | 1,3  | 1858        |
| Sauberkeit                                | 1204     | 64,8 | 541 | 29,1 | 85        | 4,6 | 20              | 1,1 | 8             | 0,4  | 1858        |
| Org. Ablauf                               | 1134     | 61,0 | 570 | 30,7 | 75        | 4,0 | 20              | 1,1 | 59            | 3,2  | 1858        |
| Besuchszeit                               | 1170     | 63,0 | 433 | 23,3 | 31        | 1,7 | 5               | 0,3 | 219           | 11,8 | 1858        |
| Stationservice                            | 1377     | 74,1 | 396 | 21,3 | 17        | 0,9 | 8               | 0,4 | 60            | 3,2  | 1858        |

Von den 491 abgegebenen Lob- und Kritik-Formblättern äußerten sich 382 Patienten positiv über den Klinikaufenthalt, 48 Patienten äußerten Kritik, 50 Patienten hatten neben Lob auch Kritikpunkte vorzutragen und 11 Patienten gaben uns Verbesserungshinweise. Viele der Kritikpunkte konnten wir zeitnah beheben; aufgrund baulicher und gesetzlicher Vorgaben sind aber auch immer wieder einzelne Kritikpunkte und Hinweise nicht zu beheben. Dies wird dem Patienten, falls keine Anonymität vorliegt auch entsprechend kommuniziert.

## Korrekturmaßnahmen

Die vielfältigen Korrekturmaßnahmen reichen vom klärenden Gespräch über Prozessoptimierungen bis hin zur Umstrukturierung von Prozessen. Ein wichtiger Lernprozess war und ist, dem Patienten auf der Sachebene

zu begegnen, ihn ernst zu nehmen und die Beschwerde nicht zu bewerten. Um diesem Lernprozess ständig neue Impulse zu geben, werden in regelmäßigen Abständen Schulungen für die Mitarbeiter aus allen Bereichen durchgeführt. Die Nachhaltigkeit dieser Schulungen wird anhand der fortlaufenden Patientenbefragungen evaluiert, sich ergebene Korrekturmaßnahmen zeitnah umgesetzt. Die Antworten an die Beschwerdeführer sind stets individuell abgefasst und enthalten in der Regel eine Entschuldigung für die erlebten Unannehmlichkeiten, aber keine Standardfloskeln. Unsere Qualitätsziele zum Beschwerdemanagement konnten 2011 erreicht werden.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Durch die fortlaufenden Vorbereitungen zu den externen Audits - so in 2011 zum Überwachungsaudit - werden Mitarbeiter und Ärzte zum Thema Kundenorientierung fortlaufend sensibilisiert und geschult und entsprechende interne Audits durchgeführt.

### **Ziele für das nächste Jahr**

Im nächsten Jahr ist die Einführung eines CIRS (Critical Incident Reporting System)-Programms als weiteren Baustein des Risikomanagement vorgesehen, um die Patientensicherheit und damit auch die Patientenzufriedenheit weiter zu erhöhen.

Zur Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements soll eine Checkliste erarbeitet werden, um

- die generelle Bedeutung des Beschwerdemanagements
- die Beschwerdestimulierung,
- die Beschwerdeannahme,
- die Beschwerdebearbeitung,
- die Beschwerdereaktion,
- die Beschwerdeauswertung,
- die Beschwerdemanagement-Lenkung,
- das Personalmanagement,
- die Organisation des Beschwerdemanagements und
- den Technikeinsatz

zu überprüfen und sofern notwendig noch gezielter Verbesserungsmaßnahmen ergreifen zu können.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage unter **[www.facharztambulanz-hamburg.de](http://www.facharztambulanz-hamburg.de)**.

**Facharztambulanz  
Hamburg**



# Heinrich Sengelmann Krankenhaus

heinrich sengelmann  
krankenhaus

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Heinrich Sengelmann Krankenhaus (HSK) gehört zu den Erstunterzeichnern der Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden in Krankenhäusern.

Dieser Statusbericht zum Beschwerdemanagement im HSK enthält Informationen zur Organisation, zur praktischen Umsetzung sowie zu Themen und Folgewirkungen des Beschwerdemanagements seit Einführung des Systems im September 2005.

Der Jahresbericht soll sowohl Patientinnen und Patienten als auch der interessierten Öffentlichkeit dienen

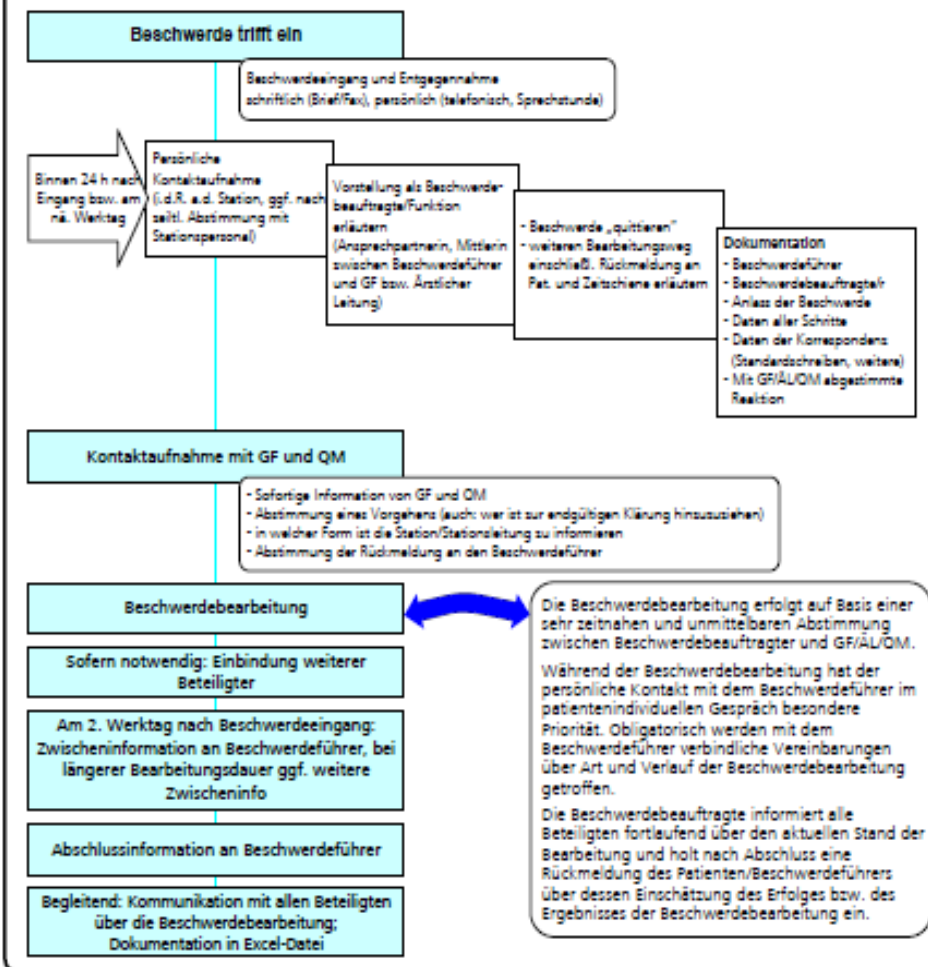
- zur Einschätzung der Funktionsfähigkeit unseres Beschwerdemanagements vor dem Hintergrund der Anforderungen der Hamburger Erklärung
- zur Verdeutlichung von häufig wiederkehrenden Beschwerdeinhalten und
- zur Prüfung der Wirksamkeit bereits ergriffener Maßnahmen.

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

## Kontakt

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

## Ablauf Beschwerdemanagement bei Beschwerden, Anfragen etc. an die/den Beschwerdebeauftragte/n



**Heinrich Sengelmann  
Krankenhaus**

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 tatsächliche Beschwerden vermieden werden. Im Mitarbeiterhandbuch heißt es hierzu: Grundsätzlich 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, die Bestandteil der Hamburger Erklärung sind, 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 angehalten, bei Bedarf auf die Kontaktmöglichkeit zur Beschwerdebeauftragten - oder auch zum Patientenfürsprecher (siehe Ziffer 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 auch unmittelbar 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 alle Stationen auch 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 wurden. Ein abschließendes Schreiben ist bei jedem Beschwerdefall obligatorisch. Weiterhin veröffentlichen wir den jährlichen Statusbericht über die Tätigkeiten im Rahmen des Beschwerdemanagement, in dem ergebnisorientiert

**Heinrich Sengelmann  
Krankenhaus**

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 ernstzunehmen. Für diese Aufgabe werden unsere Mitarbeiter unter anderem durch das Mitarbeiterhandbuch sensibilisiert.

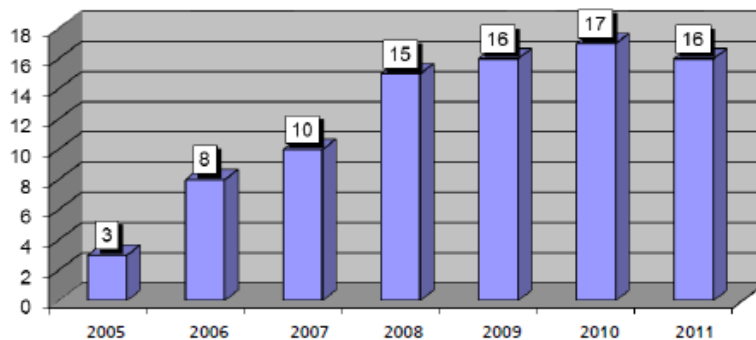
### 7. Zertifizierung

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 3 Jahren.

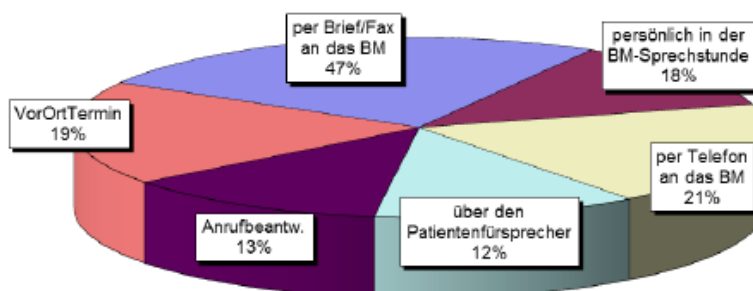
**Heinrich Sengelmann  
Krankenhaus**

### Patientenrückmeldungen

Anzahl Beschwerden pro Jahr



Kontaktwege der Beschwerdeführer

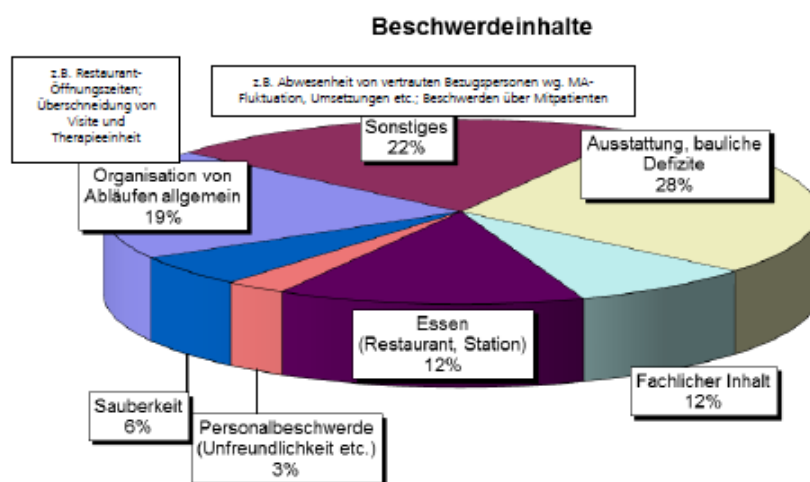


## Kategorisierung der Rückmeldungen

Prinzipiell reagieren die Patienten der Psychiatrie – und hier insbesondere die langjährigen „Wiederkehrer“ - sensibel auf personelle Veränderungen innerhalb der ihnen vertrauten Stationsteams.

Besonders das jüngere Klientel aus dem Bereich der Suchtmedizin kritisiert die als unzureichend empfundenen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung sowie die Restaurantöffnungszeiten.

Von Patienten in unseren beiden Altbauten werden gehäuft die Ausstattungsunterschiede zu den neueren Gebäuden als Defizit empfunden und geäußert. Ein Ersatzbau für das Haus Husum, dessen baulicher Zustand schon mehrfach kritisiert wurde, wird im Juni eingeweiht. Beschwerden zu den Themen Ausstattung und baulicher Zustand werden voraussichtlich seltener werden.



Heinrich Sengelmann  
Krankenhaus

## Ziele für das nächste Jahr

Wie man an den Zahlen für die Jahre 2005 bis 2011 sehen kann, haben die Beschwerden insgesamt zugenommen und stagnieren derzeit auf dem erreichten Niveau. Dies wird von uns insofern als positiv bewertet, als dass 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:

- Erneute Anpassung der Zeitpunkte, zu denen die Patienten der einzelnen Stationen im Restaurant ihr Mittagessen einnehmen, um Wartezeiten bei der Essensausgabe zu vermeiden (2011).
- Umfangreiche Planungen zur Veränderung der baulichen Situation (Gebäudemasterplanung) und der damit verbundenen Ausstattungsunterschiede unter den Stationen (seit 2008). Umsetzung des „Erweiterungsbau Gerontopsychiatrie“ und „Gerontogarten“ (2010/11).
- Anschaffung einer Videoanlage für die Veranstaltungsreihe „HSK-Mittwochskino“ für Patienten und Mitarbeitende (2010)

- Austausch der Fenster auf zwei Stationen trotz bereits geplantem Rückbaus des betreffenden Hauses aufgrund von Beschwerden über Windgeräusche (2010/11)

Jenseits dieser Maßnahmen bietet die ärztliche Leitung Beschwerdeführern bei Unzufriedenheit mit den Behandlungsverläufen auch nach dem Krankenhausaufenthalt die Möglichkeit, offene 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 Beteiligten, z. B. des Qualitätsmanagements, so zu steuern, dass Patienten eine schnelle, ernsthafte und patientenorientierte Beschwerdebearbeitung erfahren. Nur wenn dies gelingt, kann die negative Erfahrung eines Beschwerdeführers in eine positive Wahrnehmung des Krankenhauses umgewandelt werden.

Zu den Grundlagen des internen Beschwerdemanagements zählen das HSK-Leitbild, das Mitarbeiterhandbuch sowie die Qualitätspolitik, die im ausführlichen Bericht auf der Homepage des HSK ([www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de](http://www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de)), auszugsweise nachzulesen sind.

**Heinrich Sengelmann  
Krankenhaus**

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung gibt es in der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg seit 2005. Die Ist-Beschreibung bezieht sich auf das Jahr 2011. Das Beschwerdemanagement ist im Zuge der Qualitätssicherung kontinuierlich weiterentwickelt worden.

Die in 2009 geänderten Zugänglichkeiten und Strukturen des Beschwerdemanagements haben sich für 2011 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 der Patientenführsprecher auch hier direkt angeschrieben werden, da eine E-Mail-Adresse für den Patientenführsprecher zusätzlich hinterlegt wurde.
- Ein separater Patientenfragebogen mit der Bezeichnung „Ihre Meinung ist uns wichtig“ wurde für alle HELIOS Kliniken entwickelt und wird von den Schwestern auf Station 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 Patientenführsprecher (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 Patientenführsprecher zügig zu kontaktieren.
- 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.
- Für persönlich vorgebrachte Beschwerden ist jeder Mitarbeiter angehalten, diese zu erfassen und an das Beschwerdemanagement zur weiteren Bearbeitung weiter zu leiten.

### Kontakt

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

## **2. Zügige Bearbeitung**

Die Bearbeitung der Beschwerden konnte auf zwei Personen verteilt werden. Eine Vertretung in Abwesenheit ist benannt. Es ist eine Sammelstelle im PC eingerichtet worden, auf dem die zwei „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 gerne 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 ¼ 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. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen aus jeder Beschwerde sind durch das QM geprüft worden, so dass es zu einer Qualitätssteigerung geführt hat. Dies veranlasst uns, dieses als kontinuierliches Instrument einzurichten.

Ab 2012 werden kontinuierlich die geplanten Maßnahmen aus jeder Beschwerde durch das Qualitätsmanagement geprüft, so dass eine Kontinuität in der Bearbeitung der Maßnahmen der Beschwerden besteht und dies 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

Im Mai 2009 wurde das System der Beschwerdeerfassungen umgestellt. Daher stellen wir ab diesem Jahr nur noch die Daten ab 2010 da.

|                     | 2010 | 2011 |
|---------------------|------|------|
| Patientenfragebögen | 4247 | 3834 |
| Beschwerdeflyer     | 92   | 62   |

## Kategorisierung der Rückmeldungen mittels „Beschwerdeflyer“ (Meinungskarte)!

|                    | 2010 | 2011 |
|--------------------|------|------|
| Anzahl Lob         | 28   | 25   |
| Anzahl Beschwerden | 64   | 55   |

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 Beschwerderückmeldungen | 2010 |            | 2011 |            |
|---|------|------------|------|------------|
|   | Lob  | Beschwerde | Lob  | Beschwerde |
| Ärztliche Leistung                          | 36   | 17         | 15   | 13         |
| Pflegerische Leistung                       | 39   | 13         | 14   | 10         |
| Reinigung                                   | 19   | 8          | 2    | 15         |
| Verpflegung / Küche                         | 13   | 20         | 4    | 8          |
| Patientenaufnahme / Empfang                 | 26   | 6          | 6    | 2          |
| Unterbringung / Ausstattung                 | 20   | 8          | 3    | 9          |
| Wartezeiten                                 | 23   | 10         | 3    | 2          |
| Verwaltung                                  | 12   | 1          | 3    | 7          |
| Service                                     | 14   | 0          | 3    | 0          |
| Telefon / TV / Internet                     | 10   | 1          | 3    | 1          |
| Gesamteindruck                              | 26   | 1          | 5    | 2          |
| Sonstiges                                   | 5    | 6          | 0    | 4          |

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Resultierend aus Anregungen und Beschwerden wurden u. a. folgende Verbesserungsmaßnahmen vorgenommen:

- Renovierung der Zimmer für Begleitpersonen
- Neugestaltung des Wartebereichs in der Kindernotaufnahme
- Einführung eines neuen Konzeptes für Wahlleistungspatienten
- Schulungen zur Kundenorientierung für alle kundennahen Berufsgruppen wurde durchgeführt und von den Mitarbeitern gut angenommen
- Ein Deeskalationstraining / Umgang mit Konfliktsituationen wurde ebenfalls angeboten und von den Mitarbeitern gut angenommen.
- Optimierung der Speiserversorgung für Patienten
- angemessene Portionsgrößen
- Ansehlicheres / appetitlicheres Anrichten der Speisen (das Auge ist mit)
- Vorhalten kleiner Essensvorräte auf den Stationen für Zugänge

### **Ziele für das nächste Jahr**

Des Weiteren sind folgende Verbesserungsmaßnahmen für 2012 geplant:

- Optimierung der Speiserversorgung für Patienten am Aufnahme- und Entlassungstag
- Optimierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements

Fortführung folgender Seminarreihen:

- Gesundheitsvorsorge für Mitarbeiter, z. B. Shiatsu, Stressbewältigung (Burnout) etc.
- Schulung zur Kundenorientierung

**HELIOS  
Mariahilf Klinik**

# Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

### 1. Zugänglichkeit

Bei der Aufnahme in das IKH wird jedem Patienten eine Informationsmappe ausgehändigt. In dieser befindet sich unter anderem der Meinungsbogen für das Lob- und Beschwerdemanagement.

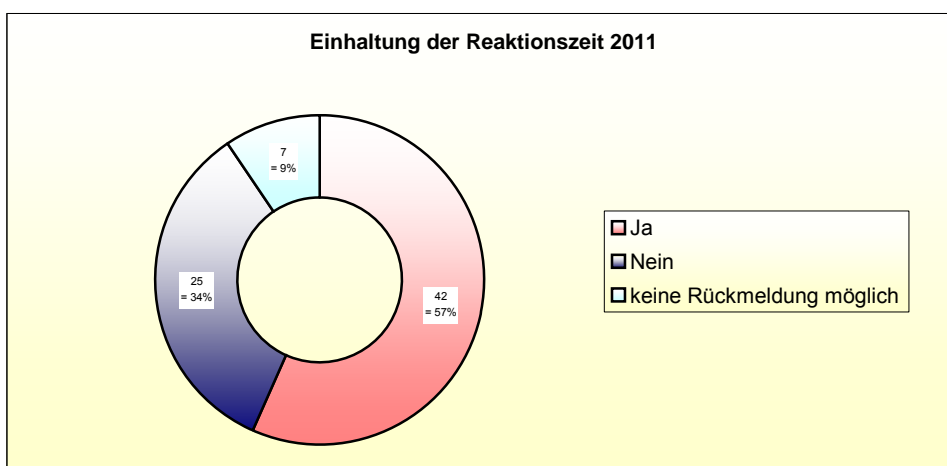
Ambulante Patienten finden in den jeweiligen Warteräumen / Funktionsabteilungen oder neben den Briefkästen entsprechende Formulare.

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.



### 3. Unabhängigkeit

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

## Kontakt

Birgit Steffens  
Beschwerdebeauftragte  
Israelitisches Krankenhaus  
in Hamburg  
Orchideenstieg 14  
22297 Hamburg  
Tel: 040 / 511 25 - 0  
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](http://www.ik-h.de) in der Rubrik Lob und Kritik abgebildet. Ein Exemplar für Interessierte ist in der Empfangshalle ausgelegt.

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.

#### 5. Verantwortung

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

#### 6. Unternehmenskultur

Die Umsetzung der Hamburger Erklärung wird von der Krankenhausleitung aktiv unterstützt. Der Leitspruch des Gründers Salomon Heine „Menschenliebe ist Krone aller Tugenden“ ist dabei von entscheidender Bedeutung.

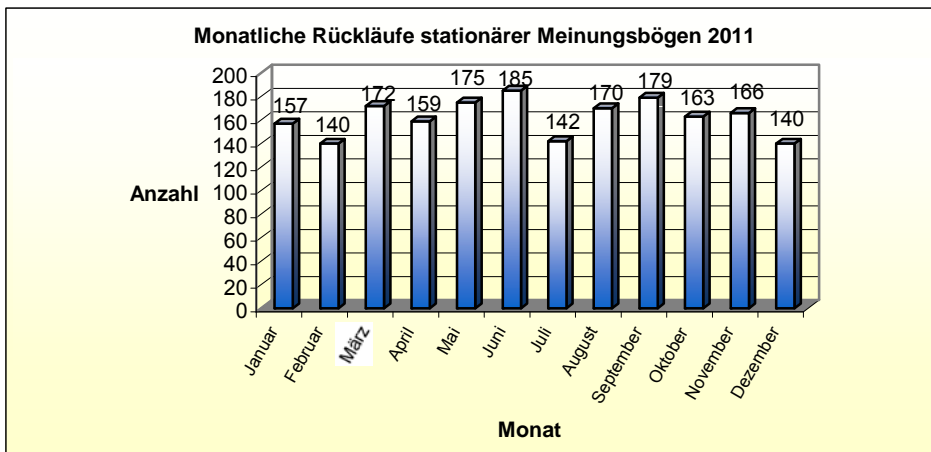
#### 7. Zertifizierung

Das Zertifikat „Kundenorientierung im Gesundheitswesen“ wird für 4 Jahre verliehen und ist ein Qualitätsnachweis für die Einhaltung der in der Hamburger Erklärung geforderten Verpflichtung zur Zertifizierung des Beschwerdemanagements. Eine Re-Zertifizierung ist für 2013 geplant.

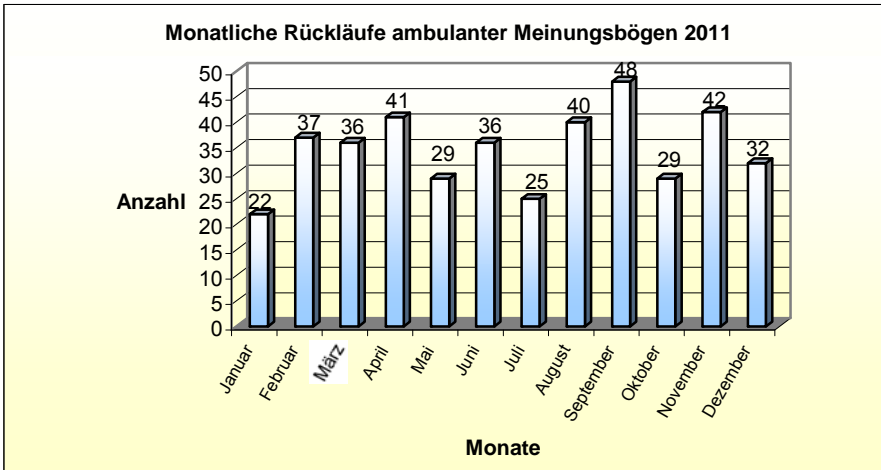
Israelitisches  
Krankenhaus  
in Hamburg

### Patientenrückmeldungen

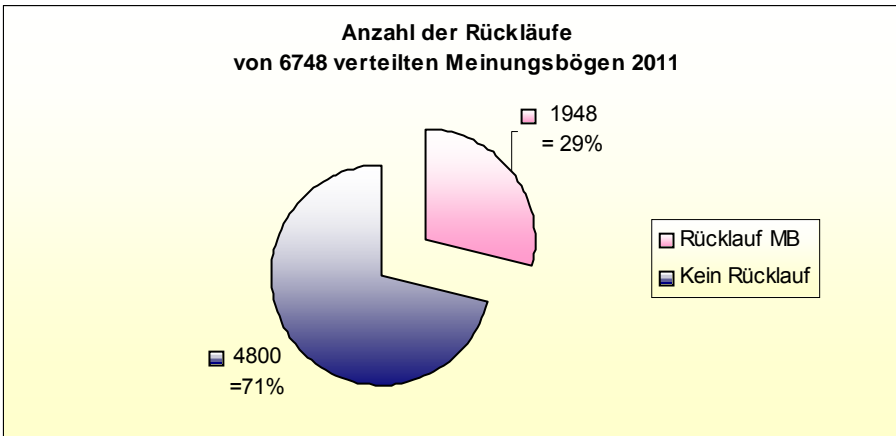
Monatliche Verteilung der Rückläufe (stationär)



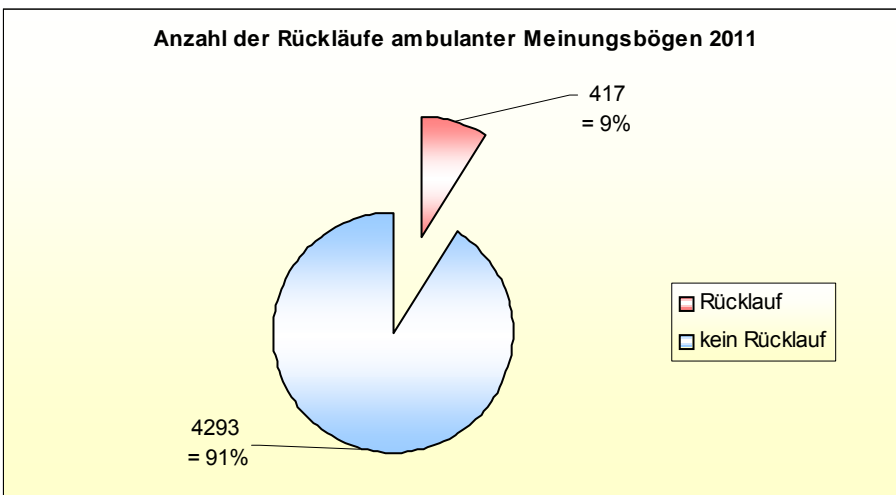
Monatliche Verteilung der Rückläufe (ambulant)



Rückmeldungen stationär gesamt / Patienten gesamt

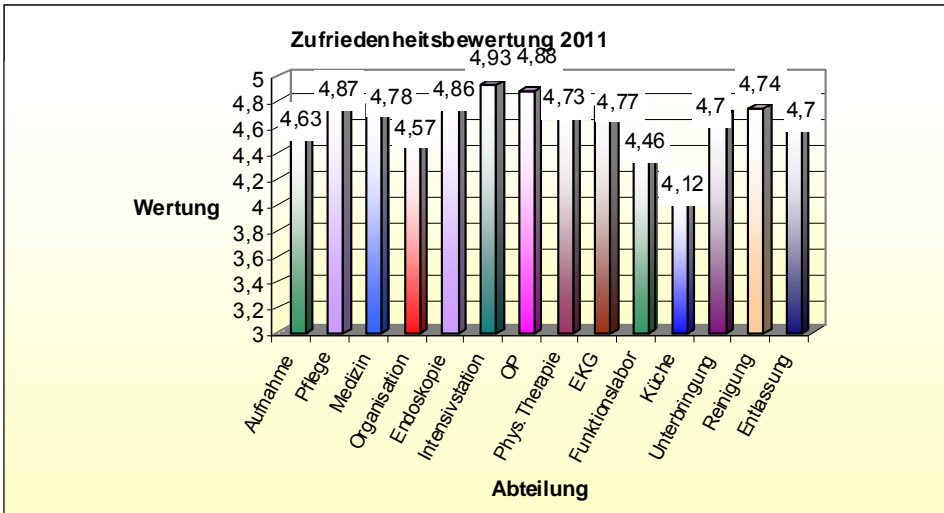


Rückmeldungen ambulant gesamt / Patienten gesamt



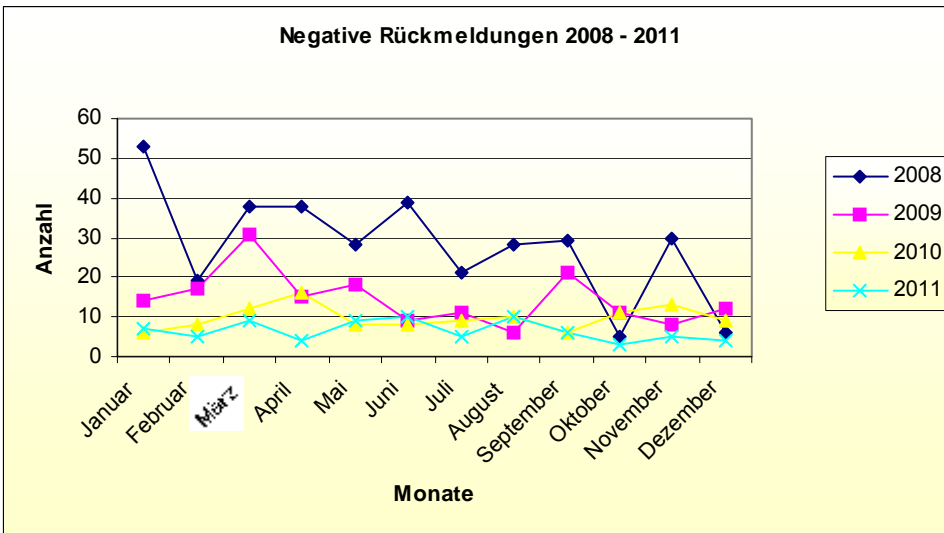
Israelitisches  
Krankenhaus  
in Hamburg

## Zufriedenheitsbewertung



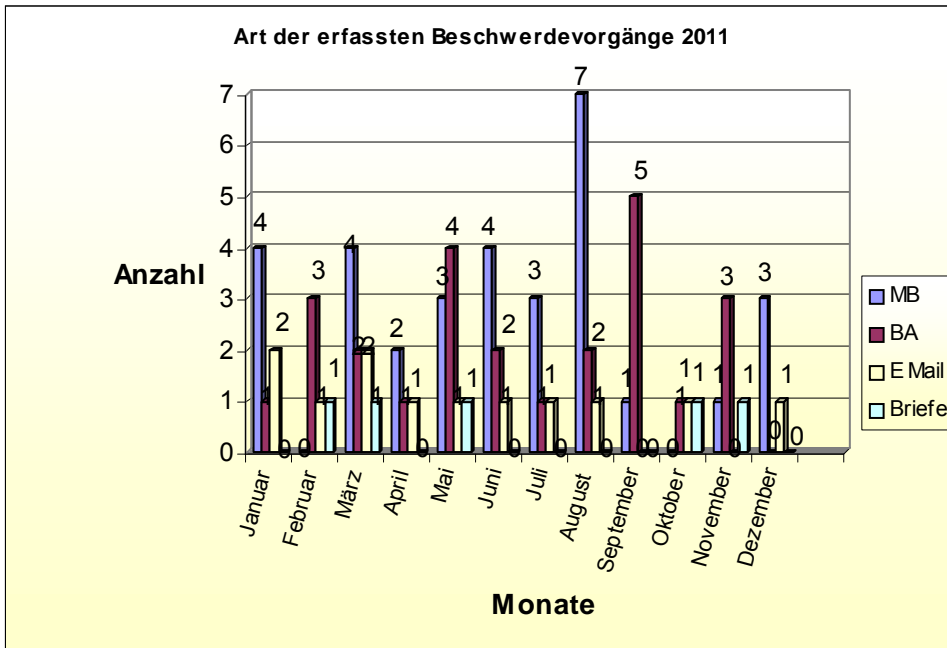
Das Ergebnis der Zufriedenheitsbewertung setzt sich zusammen aus den Rückläufen der stationären Meinungsbögen. Die Bewertungsskala geht von sehr gut (5 Punkte) bis mangelhaft (1 Punkte)

## Beschwerden Vergleich 2008 - 2011



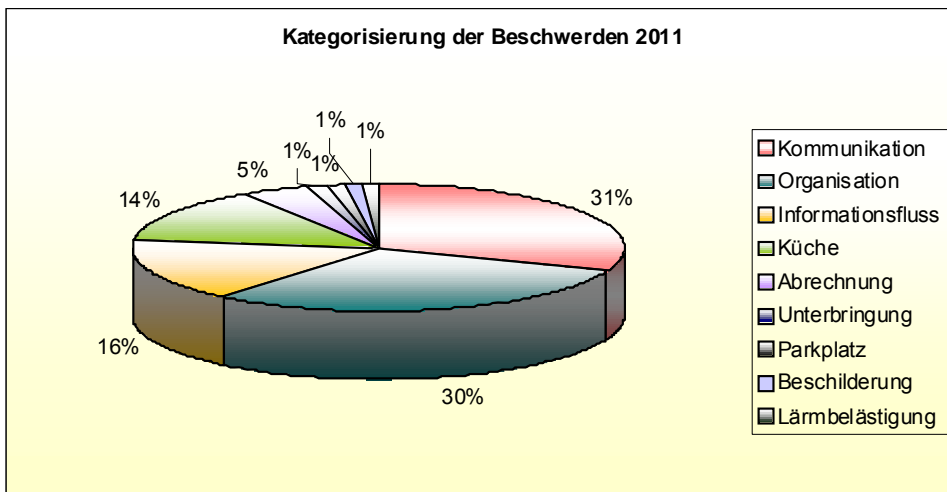
**Israelitisches  
Krankenhaus  
in Hamburg**

## Beschwerdevorgänge nach Eingangsart 2011 gesamt

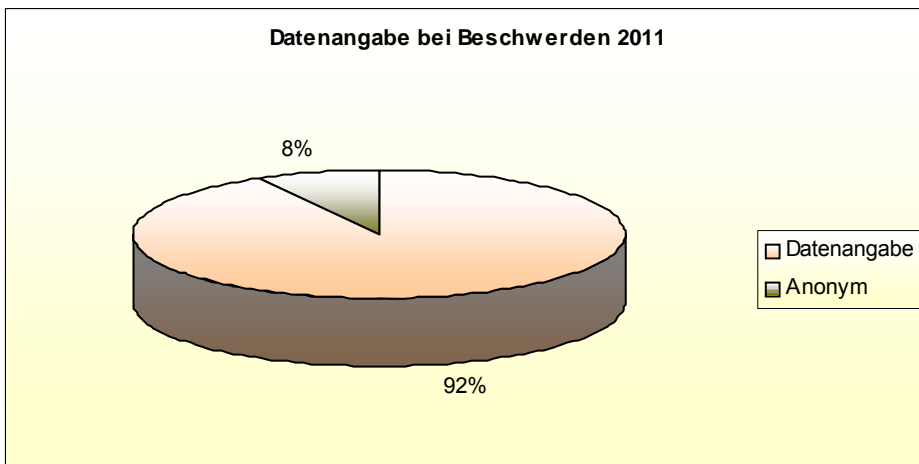


**Israelitisches  
Krankenhaus  
in Hamburg**

## Kategorisierung der Beschwerden



## Datenangabe



### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

- ° Austausch aller Patientenfernseher in Flachbildschirme
- ° Einrichtung eines ausfallsicheren Patienten W- Lan
- ° Ausbau der Cafeteria
- ° Ausbau des Wegeleitsystems
- ° Neugestaltung des Internetauftritts
- ° Weiterer Ausbau des internen Fortbildungsprogramms

### **Ziele für das nächste Jahr**

- ° Steigerung der zeitnahen Reaktion bei Beschwerden
- ° Online Bearbeitung der Meinungsbögen im Internet
- ° Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung des Beschwerdemanagements

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage unter **www.ik-h.de**.

**Israelitisches  
Krankenhaus  
in Hamburg**



## Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg Mitte

Das Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg Mitte GmbH verfügt über 26 Behandlungsplätze. Wir behandeln im Jahr ca. 200 Patienten. Die Patienten halten sich in der Zeit zwischen 8:00 und 16:30 werktags in den Räumen der Tagesklinik auf. Die Räumlichkeiten befinden sich im 1. und 2. Stock eines Wohn- und Geschäftshauses in der Budapester Straße 38.

Die Tagesklinik verfügt über keinen vollstationären Hintergrund. In den letzten 15 Jahren gab es bis auf Einzelfälle keine Notwendigkeit der vollstationären Behandlung aus der Tagesklinik heraus.

An unsere Psychiatrische Tagesklinik angeschlossen ist eine Psychiatrische Institutsambulanz.

### Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung hat die Psychiatrische Tagesklinik im Winter 2004 unterzeichnet. Wir fertigen jährlich einen Bericht des Beschwerdebeauftragten an.

#### 1. Zugänglichkeit

Bei der Aufnahme der Patienten wird in der Behandlungsvereinbarung ausdrücklich auf den Beschwerdebeauftragten der Klinik namentlich hingewiesen.

Ein „Kummerkasten“ für anonyme Beschwerden ist gut sichtbar und für alle zugänglich aufgehängt.

#### 2. Zügige Bearbeitung

Einmal in der Woche findet regelmäßig eine Vollversammlung aller Patienten und 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 eine Person die 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.



### Kontakt

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

#### **4. Transparenz**

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

#### **5. Verantwortung**

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

#### **6. Unternehmenskultur**

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

#### **7. Zertifizierung**

Die Klinik bemüht sich um eine Zertifizierung.

#### **Patientenrückmeldungen / Korrekturmaßnahmen**

Insgesamt gab es 14 Patientenrückmeldungen die persönlich von den betreffenden Patienten bei Mitarbeitern oder direkt beim Beschwerdebeauftragten vorgetragen worden. 8 Beschwerden wurden auf der wöchentlichen Vollversammlung vorgetragen.

Sechs 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.

Die Beschwerden über das gelieferte Mittagessen aus dem Vorjahr sind nicht wieder aufgetaucht nachdem der Lieferant seine Qualität erheblich verbessert hat.

Die Beschwerden über die Nutzung des Patientencomputers aus dem Vorjahr sind nicht wieder aufgetreten.

In der wöchentlichen Vollversammlung verabschieden sich in der Regel die Patienten in der Regel 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 auf Wunsch der Patienten.

#### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Als kleines psychiatrisches Hamburger Krankenhaus sind wir verständlicher Weise hochmotiviert, eine Zufriedenheit der Patienten in der Tagesklinik zu gewährleisten.

Daher messen wir dem Beschwerdemanagement große Bedeutung zu.

**Psychiatrische  
Tagesklinik  
Hamburg Mitte**

# Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift beteiligt sich seit der 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 Beschwerdebeauftragte 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 / Vorgesetzten 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 be-

## Kontakt

Andrea Salzmann  
Beschwerdebeauftragte  
Katholisches Kinderkrankenhaus  
Wilhelmstift  
Liliencronstraße 130  
22149 Hamburg  
Tel: 040 / 673 77 – 243  
anaesthesie@kkh-wilhelmstift.de

sonderen Beschwerden erfolgt sofort eine Rückmeldung an die Krankenhausleitung, die jährliche Statistik wird im Intranet veröffentlicht.

### 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 2012 wird eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 angestrebt

**Kath. Kinderkrankenhaus  
Wilhelmstift**

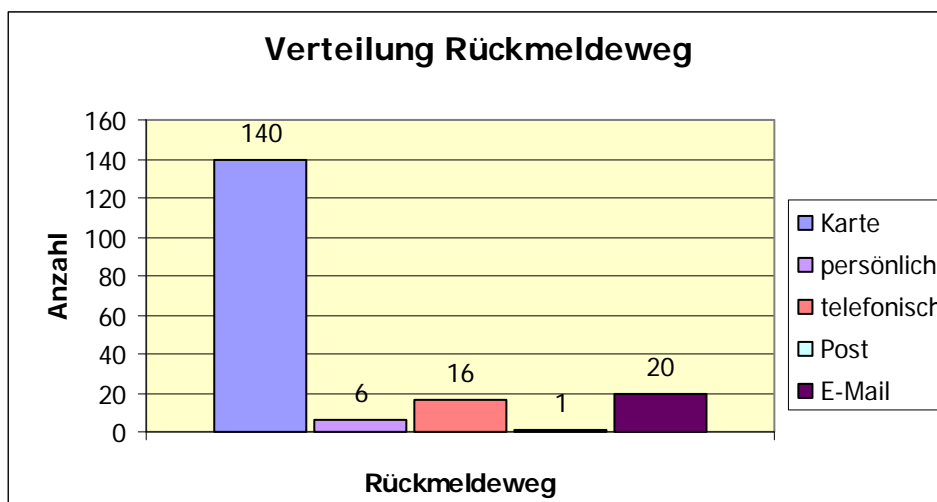
### Anzahl der Rückmeldungen

In 2011 gingen insgesamt 183 Lob-und-Tadel-Karten ein, dies entspricht der Rückmeldehäufigkeit aus 2010.

Insgesamt gab es 245 positive und 136 negative Rückmeldungen (Mehrfachaussagen pro Karte möglich). Es sind 28 Anregungen zu Verbesserungsmöglichkeiten eingegangen.

Das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift hat in 2011 ca. 10.000 Patienten stationär oder teilstationär behandelt.

Etwas 44.000 Patienten haben die Klinik ambulant aufgesucht.

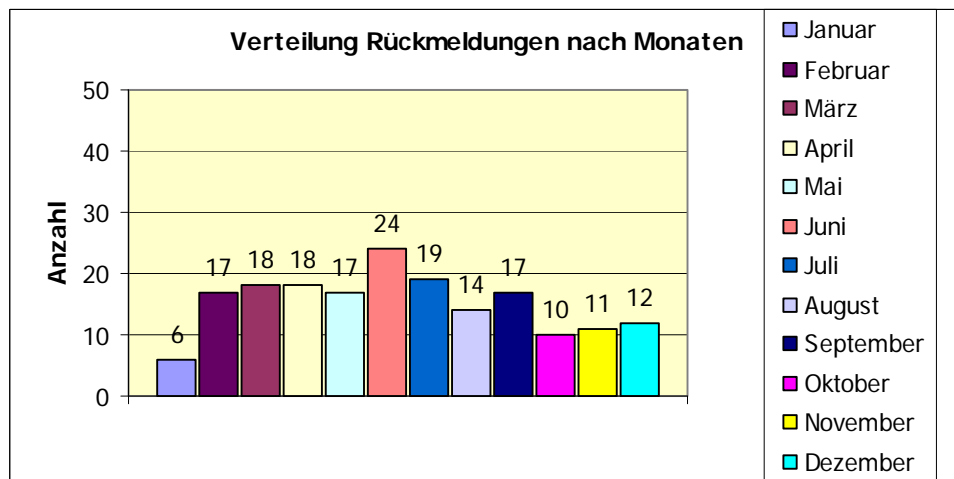
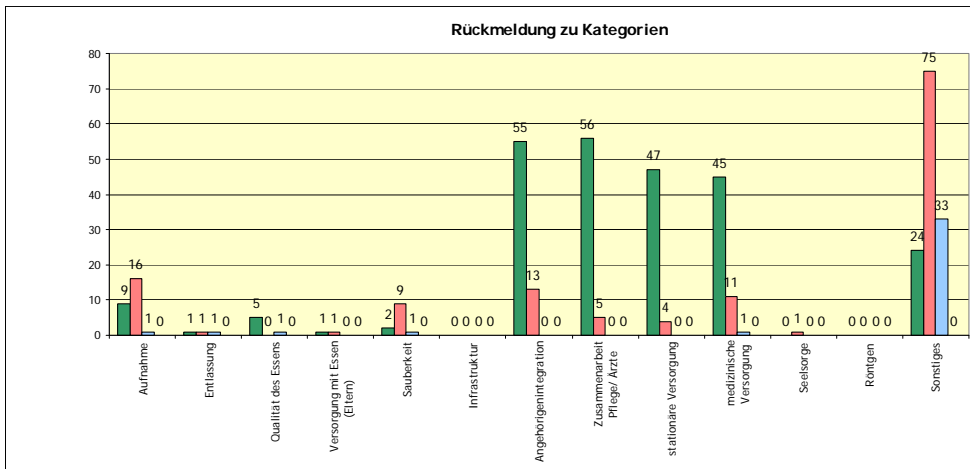


### Kategorisierung der Rückmeldungen

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



**Kath. Kinderkrankenhaus  
Wilhelmstift**

### Schwerpunkte / 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, zusätzliche Treppenhausreinigung, zusätzliche Reinigungsintervalle der Besucher WC's, Einführung von Reinigungslisten)
- Die Servicegesellschaft leitet selbstständig Maßnahmen aus ihren Befragungsergebnissen ab
- In 2011 wurden in einer weiteren Außenstelle die Lob-und-Tadel-Karten eingeführt
- Die Lob-und-Tadel-Karten wurden optisch und inhaltlich überarbeitet
- Im Einzelfall erhält der Beschwerdeführer bzw. dessen Kind eine kleine Aufmerksamkeit des Kinderkrankenhauses

### **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.

Für spezielle Beschwerden soll für den Beschwerdeführer ein Gutschein für das Bistro in Zusammenarbeit mit der Servicegesellschaft eingeführt werden.

Eine Elternbefragung für das Jahr 2012 ist geplant.

Nähere Informationen zum Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, sowie den vollständigen Bericht zur Hamburger Erklärung finden Sie auf unserer Homepage: [www.kkh-wilhelmstift.de](http://www.kkh-wilhelmstift.de).

**Kath. Kinderkrankenhaus  
Wilhelmstift**

# Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg



## 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.
- Servicedirektorin  
Unsere Servicedirektorin 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 schriftliche Patientenbefragungen (eigene und durch die Kostenträger)
- kontinuierliche Beobachtung von Internetplattformen (z.B. Foren, Blogs) mit nach Möglichkeit nachfolgender Kontaktaufnahme zum Beschwerdeführer
- Kooperation mit der Patienten-Initiative 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.

### 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

### Kontakt

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

elektronische Erreichbarkeit.

- Auf einem eigenen Infokanal (Fernseher in den Zimmern) werden die Patienten ebenfalls über die Beschwerdemöglichkeit 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 ([www.marienkrankenhaus.org/kontakt.html/](http://www.marienkrankenhaus.org/kontakt.html/)) anonym Kritik zu äußern.
- Erfahrungsmeldungen über Social Media nehmen wir sehr ernst. Sie werden über unsere Marketingabteilung an die Verantwortlichen der zuständigen Abteilung weitergeleitet und bearbeitet.

## **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 Patienten-Initiative Hamburg e.V. geschlossen.

## **4. Transparenz**

- Die über die "Bitte-Stören!"-Karten eingehenden positiven Rückmeldungen der Patienten werden monatlich als Volltexte im Intranet veröffentlicht.
- Die negativen Rückmeldungen werden zur Bearbeitung an die zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet und der Bearbeitungsstand monatlich an die Krankenhausleitung weitergeleitet.
- Zusätzlich wird einmal jährlich eine Gesamtübersicht über Lob und Kritik, nach Kriterien und Monaten geordnet, über das Intranet an alle Mitarbeiter kommuniziert.

## **5. Verantwortung**

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

## **6. Unternehmenskultur**

- Gemäß unserem Leitbild ("Qualitätsmanagement, um Ablauf und Ergebnis unserer Arbeit laufend zu verbessern") und unserer Qualitätspolitik ("...unser Handeln ist prozessorientiert und bestimmt durch kontinuierliche Verbesserung...") unterliegt auch das Beschwerdema-

**Katholisches  
Marienkrankenhaus**



nagement 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 Servicedirektorin hat ständigen Kontakt mit den Patienten. Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung werden Schulungen zum Beschwerdemanagement angeboten, deren Teilnehmerquote erfasst wird. Über die Hamburger Patienten-Initiative erfolgt eine externe Bewertung der Patientenzufriedenheit."

- Zusätzlich sind im Marienkrankenhaus das Brustzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum, das Darmzentrum, das Prostatazentrum, das Onkologische Zentrum, die Stroke Unit, die Chest Pain Unit, die Akutschmerztherapie und das Zentrum für Notfall – und Akutmedizin zertifiziert. In allen onkologischen Zentren finden kontinuierlich Patientenbefragungen mit dem Ergebnis einer hohen Patientenzufriedenheit statt.
- Auf den "Bitte-Stören!" -Karten befindet sich eine Skala von 0 bis 10, mit der die Patienten die Möglichkeit haben, eine Weiterempfehlungsabsicht zu geben.

**Katholisches  
Marienkrankenhaus**

## Patientenrückmeldungen,

Insgesamt sind im Jahr 2011 31 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 neun Patienten (vermutete Behandlungsfehler, Kommunikations-/ Informationsmängel).

Über die "Bitte-Stören!"-Karten haben wir insgesamt 966 Rückmeldungen erhalten, davon 408 mal Lob und 558 Verbesserungsvorschläge.

## Kategorisierung der Rückmeldungen

Die insgesamt 966 Rückmeldungen teilen sich folgendermaßen auf:

|               |          |                             |
|---------------|----------|-----------------------------|
| Organisation: | Lob: 4   | Verbesserungsvorschläge: 62 |
| Ausstattung:  | Lob: 10  | Verbesserungsvorschläge: 75 |
| Personal:     | Lob: 282 | Verbesserungsvorschläge: 92 |
| Verpflegung:  | Lob: 48  | Verbesserungsvorschläge: 89 |

|                                 |      |    |                          |    |
|---------------------------------|------|----|--------------------------|----|
| Baulich-Technisches:            | Lob: | 2  | Verbesserungsvorschläge: | 55 |
| Sauberkeit:                     | Lob: | 5  | Verbesserungsvorschläge: | 47 |
| Allgemein:                      | Lob: | 51 | Verbesserungsvorschläge: | 26 |
| Wartezeit:                      | Lob: | 1  | Verbesserungsvorschläge: | 68 |
| Information /<br>Kommunikation: | Lob: | 5  | Verbesserungsvorschläge: | 33 |

### Korrekturmaßnahmen

Durch bauliche Maßnahmen wird die Ausstattung unseres Krankenhauses immer wieder optimiert und patientengerecht gestaltet.

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.

Hinweise auf organisatorische Mängel werden im Lauf des Jahres in verschiedenen Arbeitsgruppen zur Prozessoptimierung bearbeitet. Um Wartezeiten dauerhaft zu verkürzen und zu optimieren werden die logistischen Leistungsprozesse in einem Projekt bearbeitet.

Sofern die Kritik sich auf Mitarbeiterverhalten bezog, wurde dies mit den betroffenen Mitarbeitern in Einzel- oder Teamgesprächen erörtert und gemeinsam nach Verbesserungsansätzen gesucht. Die Kritik bezüglich der Sauberkeit wurde an die Fa. Marien Clean weitergeleitet. Mängel in diesem Bereich wurden mit den Mitarbeitern besprochen und zeitnah behoben.

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

### Ziele für das nächste Jahr

Auch in 2012 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 unseres Krankenhauses kann auch auf der Homepage unter **[www.marienkrankenhaus.org](http://www.marienkrankenhaus.org)** **2011** eingesehen werden.

**Katholisches  
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 um 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 vervollkommen.

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 und die E-Mail-Adressen der Beschwerdebeauftragten. Soweit medizinische Fragen im Vordergrund stehen, ist auch der stellvertretende 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. Alle Mitarbeiter der Klinik 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.

**KLINIK**  
**DR. GUTH**

### Kontakt

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

Zudem können Patienten von zu Hause aus über die E-Mail-Adresse [qualitaet.kdg@drguth.de](mailto: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 („Patientenfeedback“).

## **2. Zügige Bearbeitung**

Der zentral zugängliche Beschwerdebriefkasten 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, besprochen.

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 1. – 3. 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 der 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 sei-

**KLINIK DR. GUTH**

ner Beschwerde und über den weiteren Verfahrensablauf bzw. bereits veranlasste Maßnahmen. Auch nach seiner Entlassung erhält er (auf 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 nach KTQ wird im Rahmen eines Projektes im Jahr 2012 angestrebt.

### **Anzahl der Patientenrückmeldungen**

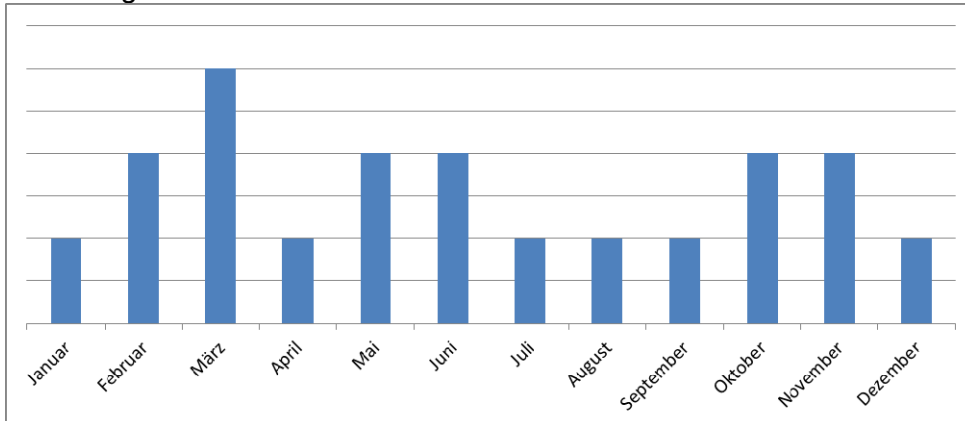
Im Jahr 2011 erhielten wir im Rahmen unserer Zufriedenheitsbefragungen 838 Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von über 30 %. Davon waren 98 % Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter sowie die medizinische Versorgung. Zudem wurden interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Sämtliche Rückläufer gingen in Papierform ein.

Die Anzahl der tatsächlichen Beschwerden (insgesamt 19) ist aufgrund zahlreicher Verbesserungsmaßnahmen im Jahresverlauf deutlich reduziert worden.

**KLINIK DR. GUTH**

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

Verteilung der Beschwerden im Jahr 2011:



### Schwerpunkte / Besonderheiten / Verbesserungsmaßnahmen

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

Im Hinblick einer verstärkten Bildung von Projektgruppen wurden zur **Vorbereitung auf die KTQ-Erstzertifizierung** das Beschwerdemanagement ausgebaut sowie Prozesse optimiert.

Im Jahr 2011 wurde durch geeignete Maßnahmen der **Rücklauf der Patientenfragebögen** um 10 % erhöht. Die Patientenbefragung wurde als ständiges Qualitätsmanagementinstrument integriert. Die Ergebnisse werden monatlich im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppensitzungen besprochen und geeignete Maßnahmen eingeleitet.

Zur optimalen, medizinischen Patientenversorgung wurde im Jahr 2011 die **DSA-Anlage** (z. B. zur Untersuchung von Gefäßerkrankungen mit Kontrastmittel) erneuert.

Die **Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen** sowie das **Lob der Patientinnen und Patienten** wurden monatlich über das Intranet klinikgruppenweit kommuniziert. Kritik und Verbesserungsvorschläge erhalten die Bereiche regelmäßig anonymisiert zur Verfügung gestellt.

In allen Patientenzimmern wurde ein **WLAN-Netz** installiert, um einen kabellosen Zugriff auf das Internet zu gewährleisten.

Dem Wunsch unserer Patienten nach mehr Informationen über die Klinik als auch über Abläufe wurde entsprochen, indem ein **Patientenleitfaden A-Z** erstellt wurde. Dieser informiert unsere Patienten bereits im Vorfeld der Aufnahme über Abläufe am Aufnahmetag, mitzubringende Unterlagen, etc. und ist auch über das Internet ([www.drguth.de](http://www.drguth.de)) verfügbar.

Im Jahr 2011 wurden monatlich **Informationsabende** unter dem Motto „Medizin und Wissen“ durchgeführt sowie evaluiert.

KLINIK DR. GUTH

Im Rahmen des **Hygienemanagements** wurden Hygienebeauftragte in allen Bereichen (nicht nur in der Pflege) ernannt und geschult. Weitere Schulungen finden in 2012 statt. Zucker- sowie Salz- und Pfefferstreuer wurden in der gesamten Klinik abgeschafft und durch praktische Portionsbeutel ersetzt. Außerdem wurde in allen Toiletten des Hauses ein WC-Reinigungssystem zur selbstständigen Desinfektion des WCs installiert.

Bei der **kontinuierlichen Patientenbefragung der AOK Rheinland / Hamburg** -Die Gesundheitskasse- erzielte die KLINIK DR. GUTH im Vergleich unter 176 Kliniken im Rheinland und in Hamburg, deren Beurteilung wegen der aussagekräftigen Anzahl der Bewertungen berücksichtigt werden konnte, in der Kategorie "ÄRZTLICHE VERSORGUNG" im Spezialbereich "Orthopädie" **Platz 3** von 40 Kliniken mit Orthopädie und in der gesamten KLINIK DR. GUTH **Platz 4** von 176 Kliniken.

Die befragten Versicherten der AOK Rheinland / Hamburg beurteilen die Leistungen der KLINIK DR. GUTH in jeder der 6 Kategorien

- *Ärztliche Versorgung*
- *Pflegerische Betreuung*
- *Organisationsabläufe*
- *Service*
- *Behandlungserfolg*
- *Weiterempfehlungsbereitschaft*

als **überdurchschnittlich gut**.

9 von 10 Patienten empfehlen die KLINIK DR. GUTH gern weiter.

#### **Fazit / Ziele für das nächste Jahr**

Durch strukturierte Gespräche und Schulungen unserer Mitarbeiter möchten wir die Patientenzufriedenheit ständig erhöhen.

Im Jahr 2012 soll durch geeignete Maßnahmen (z. B. direkte Patientenansprache) der Rücklauf der Patientenfragebögen weiter 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 besseren Orientierung unserer Patienten soll in der gesamten Klinik das Wegeleitsystem optimiert werden. Es werden Schilder sowie Türbeschriftungen mit Bereichsbezeichnungen entsprechend des Corporate Designs sowie ein Leuchtschild über dem Haupteingang der Klinik installiert. Ein Übersichtsplan in der Eingangshalle ist ebenfalls in Planung.

Zur optimalen, medizinischen Patientenversorgung wird im Jahr 2012 eine neue (digitale) Röntgenanlage angeschafft, welche die alte ersetzen soll.

**KLINIK DR. GUTH**

# Klinik Fleetinsel

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde von der Klinik Fleetinsel erstmals 2008 unterzeichnet. Die Zielsetzung der Klinik Fleetinsel ist es ein patientenfreundliches Beschwerdemanagement umzusetzen. Die Rückmeldungen der Patienten versteht die Klinik Fleetinsel als Chance des Hauses, die verschiedenen Qualitätsebenen nachhaltig zu verbessern

### 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. Frau Harm ist neben ihrer Funktion als Beschwerdebeauftragte auch für das Patientenmanagement verantwortlich. Auf der Homepage, in der Klinik-Broschüre sowie in unserer Patienteninformationsmappe wird auf die Funktion von Frau Harm hingewiesen. Es findet sich dort ihre Tel.-Nr. sowie ihre E-Mail-Adresse.

### 2. Zügige Bearbeitung

Notwendige Strukturen zur zügigen Bearbeitung aller eingehenden Beschwerden sind selbstverständlich. Jeder Patient erhält mit der Aufnahmemappe die Visitenkarte der Beschwerdebeauftragten. Zur Wahrung der Anonymität werden Fragebögen zur Verfügung gestellt. Die Patienten haben somit die Möglichkeit sowohl negative als auch konstruktive Kritik mitzuteilen. Während des stationären Aufenthaltes nimmt Frau Harm in regelmäßigen Abständen persönlichen 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 oder Missstände 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

Intern legt die Klinik Fleetinsel großen Wert darauf, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Lob- und Beschwerdeprozess einzubeziehen. Die Patienten haben die Möglichkeit, Beschwerden, Wünsche, Anmerkungen, Lob oder Verbesserungsmöglichkeiten mündlich oder schriftlich zu äußern. 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. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses sind für Rückmeldungen verantwortlich und helfen den Patienten, Besuchern und Angehörigen vor Ort bei ihren Anliegen.

### **6. Unternehmenskultur**

Unsere Unternehmenskultur wird geprägt durch langjährige, zufriedene Mitarbeiter. Sie besitzen eine hohe fachliche Qualifikation und Kompetenz. Die familiäre Atmosphäre, Freundlichkeit und Aufmerksamkeit, die den Patienten entgegengebracht wird, ist nur möglich, wenn die Mitarbeiter zufrieden sind. Die Klinik Fleetinsel erhielt von der Hamburger Allianz das Siegel „Familienfreundliches Unternehmen“.

**Klinik Fleetinsel**

# Krankenhaus Großhansdorf

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wird seit dem 09.07.2008 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 für die Möglichkeit einer direkten mündlichen Beschwerde.

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 2 - 8 erfolgen, dort gibt es spezielle Briefkästen für die Rückmeldebögen, oder in den Briefkasten 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.

### 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 5 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.



## 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 und 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 Hamburgischen 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 gefördert und laufend weiter ausgebaut. Ziel ist es, die Beschwerdekultur ständig zu verbessern. Für diese Aufgabe werden die Mitarbeiter sensibilisiert und über die Ereignisse des Beschwerdemanagement auf Betriebsversammlungen und im Intranet informiert.

#### **7. Zertifizierung**

Das Krankenhaus Großhansdorf ist seit dem 17.11.2009 nach KTQ Version 5.0 zertifiziert. Diese Zertifizierung beinhaltet u. a. den Nachweis eines umfassenden Beschwerdemanagement. Eine Rezertifizierung nach KTQ ist für den Herbst 2012 geplant.

#### **Patientenrückmeldungen**

2011 sind 197 Patientenrückmeldungen beim Beschwerdemanagement schriftlich eingegangen. Telefonisch wurden 4 Beschwerden geäußert. Andere Übermittlungsformen wie E-Mail oder Fax lagen nicht vor. 102 Rückmeldebögen gingen anonym ein, bei allen anderen Rückmeldebögen lagen Name und Anschrift, auch E-Mail-Adresse, oder Station und Zimmer-Nr. vor. Nachdem seit 2011 alle Patienten bei der stationären Aufnahme einen Rückmeldebögen erhalten, hat die Gesamtzahl der abgegebenen Rückmeldebögen deutlich zugenommen (2010 n = 94); dabei wurden in der 2. Jahreshälfte 2011 deutlich mehr Rückmeldebögen abgegeben als in der 1. Jahreshälfte (127; 70).

#### **Kategorisierung der Rückmeldungen (Anzahl):**

Lob und Dank 79

**Beschwerden (118):**

- a. Ärztliche Leistungen: 2
- b. Pflegerische Leistungen: 0
- c. Sonstige therapeutische Leistungen: 0
- d. Verhalten / Kommunikation im Bereich
  - 1. Medizin: 14
  - 2. Pflege: 6
  - 3. Sonstige therapeutische Leistungen: 2
- e. Administrative Verwaltung: 0
- f. Komfort und Service
  - 1. Sauberkeit: 4
  - 2. Verpflegung: 18
  - 3. Bauliche Ausstattung: 30
- g. Organisation
  - 1. Wartezeiten / Termineinhaltung: 4
  - 2. Aufnahme und Entlassung: 0
- g. Sonstiges
  - 1. Parkplatzsituation: 5
  - 2. Umgang mit Patienteneigentum: 0
  - 3. Telefonkosten: 3
  - 4. Lärmbelästigung: 6
  - 5. Multimedia (Internet / Radio / Fernseher): 16
  - 6. Anfahrtswege - Beschilderung: 5

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Verteilung der Beschwerden auf die einzelnen Bereiche nicht wesentlich verändert. Die häufigsten Beschwerden betrafen in 2011 wiederum die Verpflegung, die baulichen Strukturen insbesondere im Nassbereich sowie das Multimedia Angebot.

**Korrekturmaßnahmen**

- In 2011 haben wir damit begonnen, die Nasszellen abschnittsweise zu renovieren.
- Das Parkplatzangebot wurde noch einmal erweitert.
- Die Telefonanlage wird in 2012 modernisiert werden.

**Krankenhaus  
Großhansdorf**

# Krankenhaus Jerusalem

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Die Hamburger Erklärung wurde vom Krankenhaus Jerusalem erstmals in 2008 unterzeichnet. 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 der 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 in der Regel binnen einer Woche 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

Der Anteil unserer Patientinnen aus dem Mammazentrum Hamburg liegt bei ca. 75 %. Unsere beiden Brustfachschwestern (Breast-Care-Nurses, BCN) betreuen einen Großteil dieser Patientinnen von der prä-operativen Sprechstunde bis zur Entlassung und darüber hinaus. Ein Flyer der BCN, mit allen relevanten Informationen und Kontaktdaten, wird der Patientenmappe beigelegt. Eine themenbezogene Informationsveranstaltung mit einem ärztlichen Referenten findet alle 8 Wochen statt.

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. Durch die Implementierung des Intranets sind alle Ergebnisse für die gesamte Belegschaft einsehbar.

### 5. Verantwortung

Hauptverantwortlich ist die Geschäftsführung. Für die Durchführung, Pro-

## Kontakt

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

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

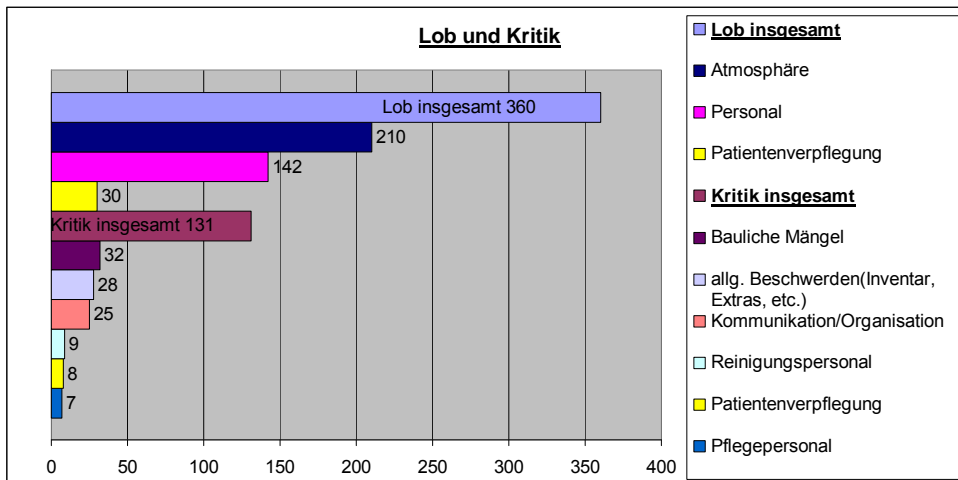
### 7. Zertifizierung

Das Krankenhaus Jerusalem ist im November 2009 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert worden, das letzte Überwachungsaudit fand im Oktober 2011 statt. In 2012 erfolgte die Re-Zertifizierung.

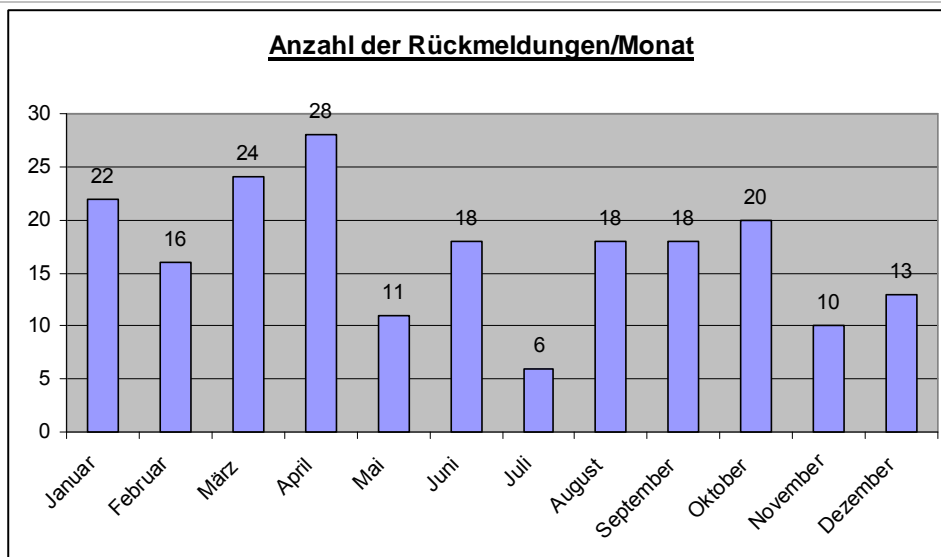
### Patientenrückmeldungen

Von insgesamt 2556 Patienten in 2011 haben 204 Patienten den Lob- und Kritik-Bogen ausgefüllt, weitere Kanäle wurden nicht genutzt. Das Gesamtergebnis entspricht mit einer Rückmeldequote von 8 % einer Steigerung von 2 % zum Vorjahr.

### Beschwerdemanagement 2011



**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 Patienten haben seit Mitte 2011 die Möglichkeit, in der neuerbauten Restauration am Krankenhaus Jerusalem in angenehmer Atmosphäre ihren Besuch zu empfangen oder ein bisschen Abstand vom Krankenhausalltag zu gewinnen. Mit dem Abschluss der Baumaßnahmen werden die „baulichen Mängel“, z. T. die Beschwerden unter den Punkten „Kommunikation / Organisation“ und „allg. Beschwerden“ behoben. Weitere Maßnahmen sind zweiwöchentlich stattfindende Begehungen des Hauses, an denen Mitarbeiter aus vier Abteilungen teilnehmen und daraus folgende Renovierungs-, Verschönerungs- und Ergänzungsarbeiten, die zeitnah durchgeführt werden. Die Beschwerden über das externe Reinigungspersonal zogen personelle Konsequenzen nach sich.

Für die Beseitigung von Schwachpunkten die unter „allg. Beschwerden“ zusammengefasst wurden (z. B. Ablagen, Handtuchhaken etc.) ist ein freiverfügbares Budget zur Verfügung gestellt worden, so dass die Behebung schnell und unkompliziert organisiert werden kann. Bezüglich der Patientenverpflegung sind auf Leitungsebene Gespräche mit dem Anbieter geführt worden, die positive Teilerfolge nach sich zogen.

### Ziele für das nächste Jahr

In erster Linie wird im Zuge des Umbaus weiterhin der Servicegedanke die gesamten Pläne für das Jahr 2012 begleiten. Die qualitative Verbesserung der Patientenverpflegung ist eines der vorrangigen Themen. Da die Baumaßnahmen im laufenden Betrieb stattfinden, besteht unsere größte Herausforderung und oberstes Ziel nach wie vor in der möglichst angenehmen Gestaltung des Patientenaufenthaltes. Für unsere mammachirurgischen Patienten ist eine, den speziellen Bedürfnissen von Körper, Geist und Seele unterstützende, Ganzheitsbetreuung geplant. Die seit März '11 stattfindende ambulante Sprechstunde für Chinesische Medizin (TCM) wird sehr

Krankenhaus Jerusalem

gut von unseren Patientinnen angenommen. Mit der Einführung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) in 2011 wurde auch die Erfassung der unerwünschten beinahe Ereignisse, die Analyse und die daraus abzuleitenden Maßnahmen zur Verbesserung der Prozesse im Krankenhaus Jerusalem optimiert. Ein weiteres Ziel in diesem Zusammenhang ist die Erhöhung der Akzeptanz und die höhere Nutzung durch die Mitarbeiter. Die Implementierung eines Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungsmoduls ist für 2012 geplant.

Der vollständige Beschwerdebericht 2011 des Krankenhauses Jerusalem kann auf der Homepage unter [www.jerusalem-hamburg.de](http://www.jerusalem-hamburg.de) eingesehen werden.

**Krankenhaus Jerusalem**



# Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist seit 2005 Unterzeichner der Hamburger Erklärung.

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 Anregungen und Beschwerden gibt uns die Chance unsere Leistungen und unseren Service im Sinne unserer Patienten stetig zu verbessern.

### 1. Zugänglichkeit

Patienten, Angehörige und Besucher können sich telefonisch, schriftlich sowie 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 Meinungsbögen zum Ausfüllen. So erreichen wir eine große Patienten Nähe. Auf unserer neu gestalteten Internetseite besteht ebenfalls die Möglichkeit über einen Meinungsbogen oder per E-Mail Kontakt mit uns aufzunehmen.

Beschwerden gelangen so an unsere Beschwerdestelle oder können auch an jeden unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet werden.

Die Mitarbeiterinnen an der Zentrale und Patientenmeldung weisen gezielt auf diese Möglichkeiten hin.

### 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 direkt über den Stand der Beschwerden und erforderlichen Maßnahmen.

### 4. Transparenz

Beschwerdeführer erhalten bei schriftlichen Beschwerden eine Eingangsbestätigung und 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 geplant sind.

Jährlich wird ein detaillierter Beschwerdebericht im Intranet und Internet veröffentlicht. Dieser Bericht enthält eine kategorisierte Auswertung aller



## Kontakt

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

Rückmeldungen (Beschwerden und Meinungsbögen) und informiert darüber, in welchen Bereichen am häufigsten Kritik und Lob geäußert wurde. 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 sowie für die kundenorientierte Weiterbearbeitung, resp. Weiterleitung.

### 6. Unternehmenskultur

Entsprechend unserem Leitbild sollen sich unsere Patienten / Angehörige in ihren individuellen Belangen verstanden und ernst genommen fühlen. Beschwerden / Kritik und Anregungen tragen zu einer kontinuierlichen Verbesserung unserer Qualität und somit zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit bei.

### 7. Zertifizierung

Eine Zertifizierung des Beschwerdemanagement wird angestrebt.

### Patientenrückmeldungen

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

| Rück-meldungen | Meinungs-bögen | Mündl / Schriftl. | insgesamt  | Fallzahl |
|----------------|----------------|-------------------|------------|----------|
| 2011           | 509            | 105*              | <b>614</b> | 16.883   |
| 2010           | 506            | 117**             | <b>623</b> | 16.336   |
| 2009           | 473            | 50                | <b>523</b> | 15.062   |

Seit 2010 erhält die Beschwerdestelle verstärkt Rückmeldungen aus der Rechnungsabteilung (kfm. Verwaltung). Hierbei handelt es sich um abrechnungstechnische Beschwerden, die häufig auf Unklarheiten / fehlende Aufklärung zurückzuführen sind.

Um hier Transparenz herzustellen, haben wir die Beschwerden für die beiden Jahre wie folgt aufgeteilt:

2011 \*

105 Beschwerden aufgeteilt: 66 stationärer Bereich, 39 Abrechnung

2010 \*\*

117 Beschwerden aufgeteilt: 95 stationärer Bereich, 22 Abrechnung

**Krankenhaus  
Reinbek St. Adolf-Stift**

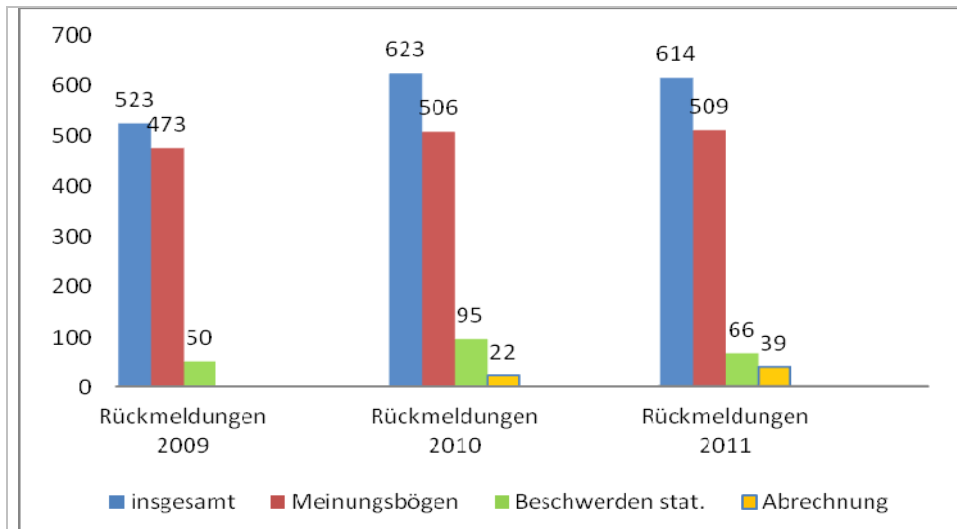


Abb.1 (Anzahl der Rückmeldungen ohne Mehrfachmeldungen)

105 Rückmeldungen (ohne Meinungsbögen) erfolgten zu 48 % schriftlich, 44 % telefonisch und zu 8 % über persönliche Kontaktaufnahme.

Auf jeder Rückmeldung (614) (Meinungsbögen und andere) wurden in der Regel mehrere Kommentare bzgl. Lob, Kritik, Anregungen, resp. Beschwerden abgegeben. Jede dieser einzelnen Meldungen wurde kategorisiert, erfasst und ausgewertet.

Hieraus ergaben sich vergleichsweise für 2009 / 2010 / 2011 Rückmeldungen wie folgt:

|   | 2009          | 2010          | 2011          |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Anregungen / Kritik / Beschwerden                   | 534           | 746           | 594           |
| Lob   | 618           | 914           | 801           |
| Detailliert erfasste Rückmeldungen <b>insgesamt</b> | <b>1.152</b>  | <b>1.660</b>  | <b>1.395</b>  |
| <i>Fallzahl:</i>                                    | <i>15.062</i> | <i>16.336</i> | <i>16.883</i> |

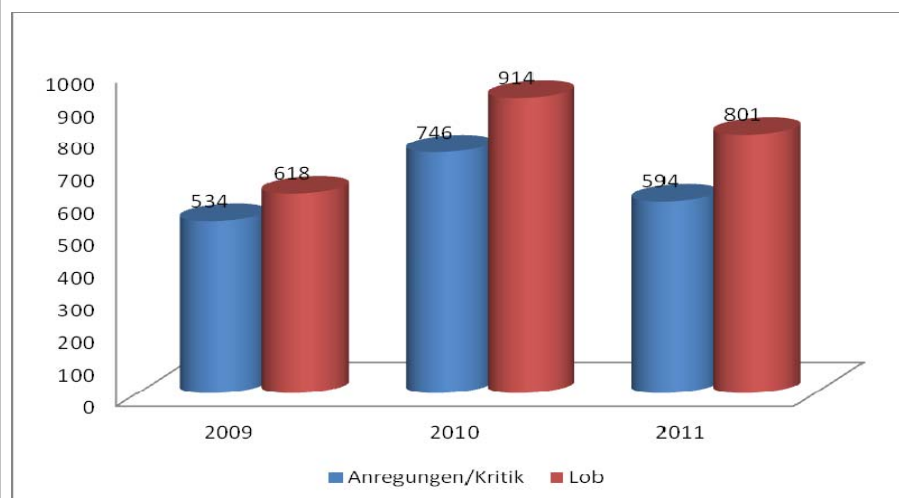


Abb.2 (Anzahl der Rückmeldungen mit Mehrfachmeldungen)

Krankenhaus  
Reinbek St. Adolf-Stift

Im Jahr 2011 wurden im St. Adolf-Stift 16.883 stationäre und 20.893 ambulante Patienten behandelt.

### **Rückmeldungen kruz im Überblick**

Ärztliche und pflegerische Leistungen wurden mit 50 Rückmeldungen kritisierend erwähnt. Lobend für diese Bereiche haben sich doppelt so viele Patienten geäußert (108 Meldungen).

Im Bereich Verhalten / Kommunikation (stationärer Bereich) haben wir insgesamt 169 kritisierende Rückmeldungen erhalten.

Mit 606 Rückmeldungen äußerten sich unsere Patienten lobend über die fürsorgliche und freundliche Betreuung von Pflegenden und Ärzten.

Den Komfort / Service betreffend, wurde die Qualität der Verpflegung mit 149 Rückmeldungen beanstandet.

Das Mitte des Jahres 2010 eingeführte Menueerfassungssystem mit unseren neuen Serviceassistentinnen wurde erfolgreich im Laufe des Jahres 2011 abgeschlossen und gelobt.

Ende des Jahres 2011 wurde dann die hauseigene Küche komplett entkernt und für den Neubau einer Produktionsküche nach dem Prinzip „Cook and Chill“ ausgebaut. Mit Mittagessen wurden unsere Patienten in der Umbauphase „extern“ beliefert. In dieser Zeit erhielten wir viele Beschwerden bzgl. der Qualität des Essens.

Die komplette Fertigstellung der neuen Küche wird bis zum Frühjahr 2012 erfolgen und von einem externen Betrieb geführt.

Mit den organisatorischen Abläufen im Haus (z. B. Wartezeiten auf OPs, Untersuchungen, Verlegungen, Arztbriefe) waren 79 Patienten nicht zufrieden. Wir arbeiten weiter daran, die Abläufe zu verbessern.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

- Der neue Zentral OP im Erdgeschoss ist im November 2011 fertiggestellt. Die Baumaßnahme war erforderlich, um die steigende Nachfrage nach vor allem großen Operationen zu befriedigen und so Wartezeiten zu verkürzen. (5 Säle für stationäre und 2 Säle für ambulante Patienten stehen uns nun zur Verfügung)
- Patientenlotsendienst  
Um unseren Patienten den Eintritt ins Krankenhaus zu erleichtern, haben wir im Dezember 2011 dienstags und donnerstags einen Patientenlotsendienst eingeführt. Einer unserer ehrenamtlichen Mitarbeiter vom freiwilligen Krankenhausdienst (dienstags und donnerstags im Hause) steht morgens von 7.00 – 10.00 Stunden im Foyer zur Verfügung, um Patienten und Angehörigen den Weg zu weisen, resp. auf Station zu bringen.
- Traumazentrum  
Um unseren schwerverletzten Patienten im Raum Stormarn eine lückenlose und vernetzte Unfallversorgung zu gewährleisten, wurde das St. Adolf-Stift im Oktober 2011 offiziell als Traumazentrum zertifiziert.

**Krankenhaus  
Reinbek St. Adolf-Stift**

- Seit Mai 2011 sind unsere Stationen komplett mit neuen elektronischen Betten ausgestattet.
- Mit der Einführung unseres Faltblattes „Herzlich willkommen im Krankenhaus Reinbek“ wollen wir unsere Patienten mit allen wichtigen Informationen für den Krankenhausaufenthalt versorgen. Wir möchten damit zu einer besseren Orientierung und Information während des KH-Aufenthaltes beitragen. Das Faltblatt wird bei der Anmeldung mit ausgegeben. Es enthält auf der 1. Seite den Hinweis auf die Beschwerdemöglichkeit.
- Die Anzahl der Sprechstunden der chirurgischen Klinik haben sich in den vergangenen drei Jahren mehr als verdoppelt. Um eine höhere Effizienz sowie einen verbesserten Service für unsere Patienten zu schaffen, wurde hier eine Umstrukturierung getestet, abgeschlossen und in den Regelbetrieb übernommen.

### Ziele für das nächste Jahr

- **Parkpalette**  
Im November 2011 wurde der Bauantrag für eine Parkpalette bewilligt. Der Bau sieht 123 neue Parkplätze für Besucher und Mitarbeiter auf drei Ebenen vor und wird im Mai 2012 fertiggestellt. So wirken wir dem knappen Angebot von Parkplätzen entgegen, welche häufig Anlass zu Beschwerden gegeben haben.
- **Fertigstellung einer modernen Produktions- und Verteilküche in den Räumen der ehemaligen Küche unseres Hauses nach dem sogenannten „Cook-and-chill-Verfahren“**  
Wir möchten mit unserer neuen Produktionsküche einen weiteren Beitrag zu einer patientengerechten Versorgung leisten. Die Küche wird von einem externen Unternehmen betrieben und weitere Krankenhäuser in der Umgebung beliefern. Die dabei aufgetretenen organisatorischen Mängel werden gebündelt mit Hilfe unseres Küchenausschusses bearbeitet.
- **Anfang 2012 wird das neue Zentrum für ambulantes Operieren eröffnet, um so ambulante Patienten noch effizienter behandeln zu können bei gleichzeitig hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards.**
- **Bis Herbst 2012 werden die Untersuchungs- und Behandlungsräume der Chir. Ambulanz im Erdgeschoss neben dem Foyer für die Unfallpatienten komplett modernisiert und sollen so zu einer besseren Patientenversorgung beitragen.**
- **In diesem Zusammenhang wird der Eingangsbereich des Krankenhauses (Foyer) offener und kundenfreundlicher neu gestaltet.**

Wo viele Menschen zusammen kommen, kann es zu Missverständnissen, Fehlern und zu enttäuschten Erwartungen kommen.

Darum hoffen wir weiterhin verstärkt auf Rückmeldungen unserer Patienten, die uns helfen unsere Qualität zu überprüfen und zu verbessern.

Den vollständigen Beschwerdebericht 2011 finden Sie auf unserer Homepage unter **[www.krankenhaus-reinbek.de](http://www.krankenhaus-reinbek.de)**.

**Krankenhaus  
Reinbek St. Adolf-Stift**

# Krankenhaus Tabea

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

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

### 1. Zugänglichkeit

Jeder Patient erhält bei der Aufnahme eine Mappe, in der sich u. a. ein Meinungsbogen befindet. Der Patient wird auf die Möglichkeit der persönlichen 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, die Durchwahl dem Patienten 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 Inhalte aller abgegebenen Meinungsbögen werden in einer Datenbank erfasst. Anhand der monatlichen Auswertungen werden die Mitarbeiter informiert und ggf. Korrekturmaßnahmen eingeleitet:

- welche Arten von Beschwerden, Anregungen und Lob mit welcher Häufung genannt wurden,
- wie sich diese auf die einzelnen Bereiche verteilen und
- welche Änderungen / Verbesserungen eingeleitet sich daraus ableiten lassen.

### 5. Verantwortung

Pflichten und Befugnisse von im Beschwerdemanagement tätigen Perso-



T a b e a  
Im Artemed-Klinikverbund

## Kontakt

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

nen sind klar definiert und geregelt.

### **6. Unternehmenskultur**

Das Bewusstsein für fortlaufende Verbesserungsprozesse ist Teil unserer Unternehmenskultur. Ziel des Krankenhauses ist es, eine nachhaltige Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Dazu gehört u. a. Beschwerdekultur im Hause ständig zu verbessern sowie die Sensibilisierung aller Mitarbeiter für Beschwerden von Patienten und Angehörigen.

### **Patientenrückmeldungen**

Bedingt durch die Größe des Hauses sind die überwiegenden Beschwerden von Patienten persönlich erfolgt und wurden im Gespräch geklärt. Insgesamt gab es in 2011 vier schriftliche Beschwerden, die ebenfalls schriftlich beantwortet worden sind.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen**

Das Krankenhaus Tabea hat einen sehr hohen Rücklauf der Meinungsbögen. Anhand der monatlichen Auswertung der Bögen konnten im letzten Jahr Verbesserungswünsche der Patienten für die Bereiche Sauberkeit, Verpflegung und Wartezeiten umgesetzt werden.

Zudem hat das Krankenhaus Tabea seit 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 2. Halbjahr desselben Jahres.

Da die Praxis-Klinik Bergedorf mit ihren zwei OP-Einheiten und ihrer 24-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 kann.

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 ggfls. 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.

### 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.



## Kontakt

Tanja Hewelt  
Beschwerdebeauftragte  
Praxis-Klinik Bergedorf  
Alte Holstenstraße 2 + 16  
21031 Hamburg  
Tel: 040 / 725 75 - 390  
beschwerdemanagement@praxis-  
klinik-bergedorf.de



## 5. Verantwortung

Die Verantwortung 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 2011 behandelte die Praxis-Klinik Bergedorf 1392 stationäre Patienten. Von diesen Patienten gab es folgende Rückmeldungen:

|  |     |
|--|-----|
| Gesamt   | 119 |
| davon...   |     |
| per E-Mail (Angebotenes Formular auf der Homepage) | 0   |
| Lob & Tadel Vordruck                               | 118 |
| durch Telefonanruf                                 | 0   |
| durch Aufsuchen der Beschwerdebeauftragten         | 0   |
| per Post   | 1   |

## Kategorisierung der Rückmeldungen

Unsere Lob & Tadel Vordrucke sind in 6 Kategorien eingeteilt. Aus den **118** eingegangenen Vordrucken sowie des einen Briefes ergeben sich insgesamt **592** Rückmeldungen in den einzelnen Kategorien. Diese setzen sich aus 563 positiven sowie 29 negativen Rückmeldungen zusammen. Bezogen auf unsere sechs Kategorien ergibt sich folgendes Bild:

563 positive Rückmeldungen in den folgenden Kategorien:

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Betreuung durch den Belegarzt        | 110 |
| Anästhesie- und OP-Bereich Betreuung | 110 |
| Betreuung durch das Pflegepersonal   | 115 |
| Qualität des Essens                  | 113 |
| Ausstattung der Räumlichkeiten       | 103 |
| Sonstiges                            | 12  |

**Praxis-Klinik Bergedorf**

**29 negative Rückmeldungen in den folgenden Kategorien:**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Betreuung durch den Belegarzt       | 1  |
| Anästhesie und OP-Bereich Betreuung | 1  |
| Betreuung durch das Pflegepersonal  | 0  |
| Qualität des Essens                 | 2  |
| Ausstattung der Räumlichkeiten      | 13 |
| Sonstiges                           | 12 |

Von den 119 Rückmeldungen wurden 75 anonym ausgefüllt.

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

**Korrekturmaßnahmen / Verbesserungsmaßnahmen**

Aufgrund der Rückmeldungen haben wir als Verbesserungsmaßnahmen in 2011 vorgenommen:

- Ergänzende Ausstattung der Räumlichkeiten sowie Austausch aller Fernseher bzw. Umstellung auf große Flachbildfernseher

**Ziele für das nächste Jahr**

- Kontinuierliche Prozessoptimierung

Der vollständige Beschwerdebericht 2011 der Praxis-Klinik Bergedorf kann auf der Homepage unter **[www.praxis-klinik-bergedorf.de](http://www.praxis-klinik-bergedorf.de)** eingesehen werden.

**Praxis-Klinik Bergedorf**

# Praxisklinik Mümmelmansberg

## 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.

Mündliche Beschwerden werden von jedem Mitarbeiter der Klinik auf einem Beschwerdeformular entgegengenommen und umgehend an den Beschwerdebeauftragten weitergeleitet; von ihm erfolgt die weitere Bearbeitung.

Über die Homepage der PRAXISKLINIK MÜMMELMANNSBERG ist es

### Kontakt

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

den Patienten möglich, auch nach dem stationären oder ambulanten Aufenthalt, ihre Beschwerden an den Beschwerdebeauftragten zu übersenden („Patientenfeedback“).

## **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.

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.

## **3. Unabhängigkeit**

Der Beschwerdebeauftragte der PRAXISKLINIK MÜMMELMANNENBERG 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.

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

## **4. Transparenz**

Durch die Umsetzung der in den Punkten 1 - 3 genannten Maßnahmen wird die Transparenz des Beschwerdemanagements in der PRAXISKLINIK MÜMMELMANNENBERG hergestellt.

Unsere Patienten werden anhand eines Informationsblattes zum Beschwerdemanagement sowie durch einen Aushang bereits bei der Aufnahme über die Person der 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 (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 Vereinba-

**PRAXISKLINIK  
MÜMMELMANNENBERG**

rung 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 wird unsere Beschwerdekultur durch interne und externe Besprechungen und Fortbildungen ständig optimiert. Im Hinblick auf das Beschwerdemanagement steht die Konfliktlösung im Vordergrund.

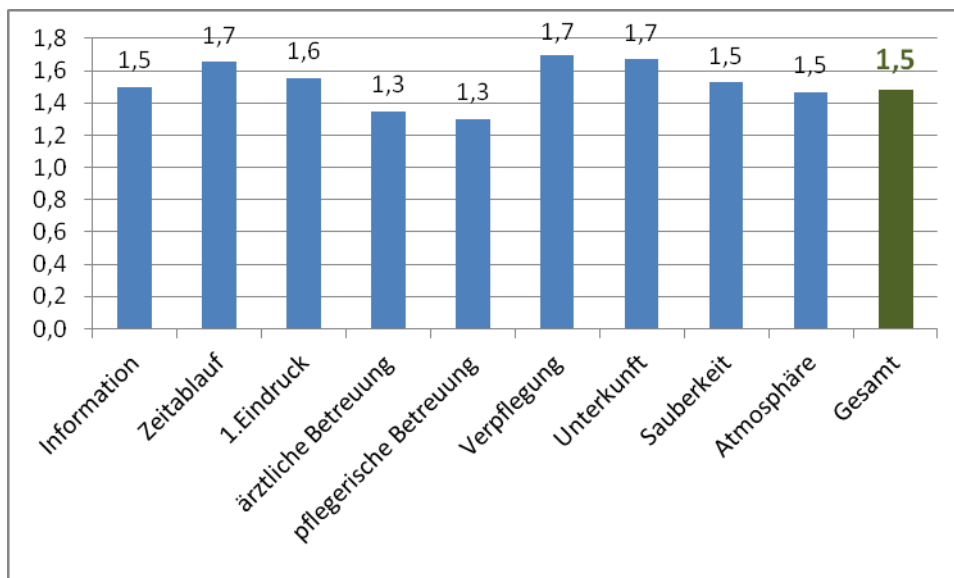
## 7. Zertifizierung

Wir streben eine Zertifizierung unseres Beschwerdemanagements an.

### Anzahl der Patientenrückmeldungen

Im Jahr 2011 erhielten wir insgesamt 137 Rückmeldungen unserer Patienten und Angehörigen über die beschriebene Vorgehensweise. Davon waren 81 % ausschließlich Lob, insbesondere für unsere qualifizierten und freundlichen Mitarbeiter. In 19 % wurden zudem interessante Verbesserungsvorschläge unterbreitet und Beschwerden geäußert.

Die Patienten empfehlen die PRAXISKLINIK MÜMMELMANNENBERG gerne weiter und bewerten die Leistungen mit folgenden Schulnoten:



### Schwerpunkte / Besonderheiten / Verbesserungsmaßnahmen

Alle Verbesserungsvorschläge und Beschwerden dienen dazu, die PRAXISKLINIK MÜMMELMANNENBERG und ihre Abläufe stetig zu optimieren. Sie teilen sich wie folgt auf:

**PRAXISKLINIK  
MÜMMELMANNENBERG**

- Verpflegung 34 %
- Infrastruktur / Ausstattung 33 %
- Organisation 20 %
- Personal 13 %

Häufig bezogen sich die Verbesserungsvorschläge und Beschwerden auf kleinere Ausstattungsmängel, die in der Regel sofort umgesetzt werden konnten.

Alle anderen Verbesserungsvorschläge und Beschwerden wurden im Laufe des Jahres in diversen Projektgruppen bzw. in Einzel- und Teamgesprächen erörtert und bearbeitet.

Beispielhaft wurden in 2011 folgende Verbesserungen umgesetzt:

- Komplettaustausch der veralteten Telefonanlage
- Umstellung auf ein neues Cateringunternehmen zur Optimierung der Speiserversorgung
- Ausweitung der Serviceleistungen (z. B. Zeitungsbeschaffung)
- Erstellung eines Patientenleitfadens A-Z zur Information unserer Patienten bereits vor der Aufnahme zur Prozessoptimierung (auch im Internet verfügbar)
- Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation
- Projekt zur Erhöhung der Patientensicherheit im OP
- Erweiterung der Rückzugs- / Ruhemöglichkeiten für unsere tagesklinischen Patienten

#### **Fazit / Ziele für das nächste Jahr**

Wir sind unseren Patientinnen und Patienten für alle Verbesserungsvorschläge und Beschwerden dankbar, da wir diese als wertvolle Anreize zur stetigen Verbesserung ansehen. Durch strukturierte Gespräche und Schulungen der Mitarbeiter sind wir bestrebt, die Patientenzufriedenheit weiterhin zu erhöhen.

Für 2012 sind folgende Ziele zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit geplant:

- Weiterführung des Projektes zur Erhöhung der Patientensicherheit im OP
- Öffentlichkeitsarbeit
- Optimierung der Patienteninformation während des stationären Aufenthaltes

**PRAXISKLINIK  
MÜMMELMANNBERG**

# Schön Klinik Hamburg Eilbek



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Ein wichtiges Ziel der Schön Klinik Hamburg Eilbek ist eine kontinuierlich 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 Leistungen und möglicher Verbesserungspotenziale dar. Deshalb sind alle Rückmeldungen und Meinungsäußerungen unserer Patienten und ihrer Angehörigen eine wichtige Quelle für die Einleitung von konkreten Verbesserungsmaßnahmen im Krankenhausalltag.

### 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.

Die Sprechzeiten im Büro in Haus 14 Zimmer 05 der Qualitätsmanager 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 der schriftlichen Beschwerden erhält jeder Patient oder Angehörige unverzüglich eine Kurznachricht über den Eingang und die weiteren Bearbeitungsschritte. Alternativ kann auch stattdessen ein persönliches Gespräch mit einem der Beschwerdemanager oder verantwortlichen Mitarbeitern vereinbart werden.

Die Bearbeitungszeit soll kurz und selbst in komplexen Fällen spätestens in vier Wochen abgeschlossen sein. Über die Zufriedenheit werden die Beschwerdeführer im Zweifelsfall befragt und eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen dargestellt.

### 3. Unabhängigkeit

Die Beschwerdebearbeitung geschieht in Eigenverantwortung der Beschwerdemanager. 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

Namen und Erreichbarkeit der Beschwerdemanager werden über verschiedene Wege kommuniziert: über die Homepage des Unternehmens und der Klinik, über die Qualitätsmanagementfortbildungen, über die Empfangsmitarbeiterinnen, über die Privatpatientenbetreuerinnen und die „Meinungskarten“ für Patienten und die Einführungstage für neue Mitarbeiter. Auf allen Stationen haben unsere Patienten die Möglichkeit, über die

## Kontakt

Dr. Uwe Block  
Claus Schmiedefeld  
Beschwerdebeauftragte  
Qualitätsmanagement  
Schön Klinik Hamburg Eilbek  
Dehnhaide 120  
22081 Hamburg  
Tel: 040 / 20 92 – 3707  
2092 - 3910  
ublock@schoen-kliniken.de  
cschmiedefeld@schoen-kliniken.de

Briefkästen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ Meldungen ans Qualitätsmanagement zu geben.

Eine zunehmend häufig genutzte Alternative ist das elektronische Kontaktformular „Ihre Meinung“. Über ein vorstrukturiertes Formular gehen Beschwerdeangelegenheiten direkt per E-Mail ans Beschwerdemanagement.

Insgesamt steht dem Patienten eine Palette von Beschwerdewegen offen. Zusätzlich Beratungsangebote wie die der Verbraucher-Zentrale Hamburg und der Unabhängigen Patienteninitiative e.V. werden eher selten genutzt. Allen leitenden Mitarbeitern werden halbjährliche Auswertungen des Beschwerdemanagements und der Patientenzufriedenheitsbefragung zur Verfügung gestellt. Unser Qualitätszirkel „Service am Patienten“ dient uns dazu, Lösungen für häufig wiederkehrende Themen zu erarbeiten und Maßnahmen zu initiieren.

### **5. Verantwortung**

Grundsätzlich fühlen sich alle Klinikmitarbeiter für die direkte Annahme und Bearbeitung von Beschwerden verantwortlich. Ein kontinuierliches Fortbildungsangebot zum Thema „Umgang mit Beschwerden“ gewährleistet unsere Fortbildungsabteilung.

### **6. Unternehmenskultur**

Die Unternehmensphilosophie und die Qualitätspolitik der Schön Klinik hat „messbar, spürbar und bessere“ Qualität der Patientenbehandlung und -betreuung zum Ziel. Für die Patientenzufriedenheitsergebnisse gibt die Unternehmenszentrale Zielwerte vor, deren Erreichung halbjährlich in Quality Reviews überprüft werden.

### **7. Zertifizierung**

Seit 2007 ist die Schön Klinik Hamburg Eilbek nach DIN ISO EN 9001:2008 zertifiziert. Im Rahmen von Auditierungen werden nicht nur alle klinischen Fachabteilungen, sondern auch das Qualitätsmanagement-System selbst und das Beschwerdemanagement überprüft.

### **Patientenrückmeldungen**

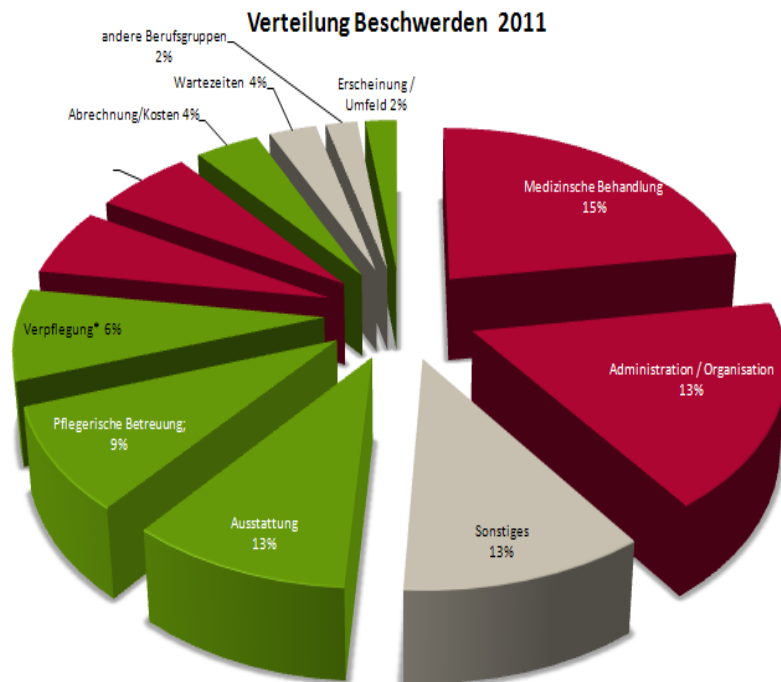
In 2011 wurden vom Qualitätsmanagement insgesamt 102 Beschwerden angenommen und bearbeitet. Dabei setzt sich die Nutzung der elektronischen Kontaktmöglichkeit über die Klinikhomepage per vorstrukturiertem Formular („Ihre Meinung“) zunehmend durch.

Diese Alternative verkürzt die Bearbeitungszeiten für Beschwerdeantworten durch Wegfall des internen und externen Postweges.

16 Briefe enthielten ausschließlich Lob für die erlebte medizinisch-pflegerische Behandlung und die Klinikatmosphäre.

**Schön Klinik Hamburg  
Eilbek**





**Schön Klinik Hamburg  
Eilbek**

### Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen

- Komplette Neugestaltung des Speisensversorgungskonzeptes
- Einrichtung eines Bistro-Cafés für Patienten und Besucher
- Komplette innenarchitektonische Neugestaltung bzw. Inbetriebnahme von vier Privatstationen nach höchsten PKV Standards
- Weitere Ausstattung der Stationen mit elektrisch-höhenverstellbaren Betten
- Inbetriebnahme zweier zusätzlicher Aufnahmebüros
- täglicher „Rollender Kiosk“ für die Stationsbereiche

### Fazit und Ziele für 2012

Zur effektiven Bearbeitung von Patientenwünschen und Kritiken setzen wir uns für 2012 folgende Ziele:

- Stärkung der Zusammensetzung des kontinuierlichen Qualitätszirkels „Service am Patienten“ durch Hotellerie- und Technik-Know-How.
- Etablierung einer „Hausdame“ aus dem Hotelleriebereich für alle Stationen zur kontinuierlichen Kontrolle der Zimmerausstattungen und Reparaturbedarfe.
- Regelmäßige Teilnahme an Workshops der HKG und den jährlichen Treffen der Beschwerdemanager beim Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Herrn Zöller .

# Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) blickt auf 18 Jahre erfolgreiches Qualitätsmanagement zurück. Es ist bereits seit 2009 als einzige deutsche Universitätsklinik unternehmensübergreifend nach DIN ISO 9001 zertifiziert. Diese Zertifizierung wurde in einem Überwachungsaudit im Mai 2011 durch den Germanischen Lloyd (GL) ohne Abweichungen erfolgreich bestätigt.

Das Qualitätsmanagementsystem lebt und somit auch der Prozess der ständigen Verbesserung. Dem Lob- und Beschwerdemanagement (LBM) kommt dabei neben verschiedenen anderen Meldesystemen eine besondere Rolle zu. Hier haben die Patienten die Möglichkeit, den Verbesserungsprozess direkt zu beeinflussen. Es spiegelt das Leitbild des Klinikums wider: „Die Patienten stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir bieten eine patientennahe, menschliche Krankenversorgung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau und überprüfen die Qualität unserer Arbeit regelmäßig. Wir verstehen unsere Patienten, deren Angehörige und Zuweiser als Partner und legen Wert auf eine zeitnahe und offene Kommunikation.“

## Umsetzung der Hamburger Erklärung

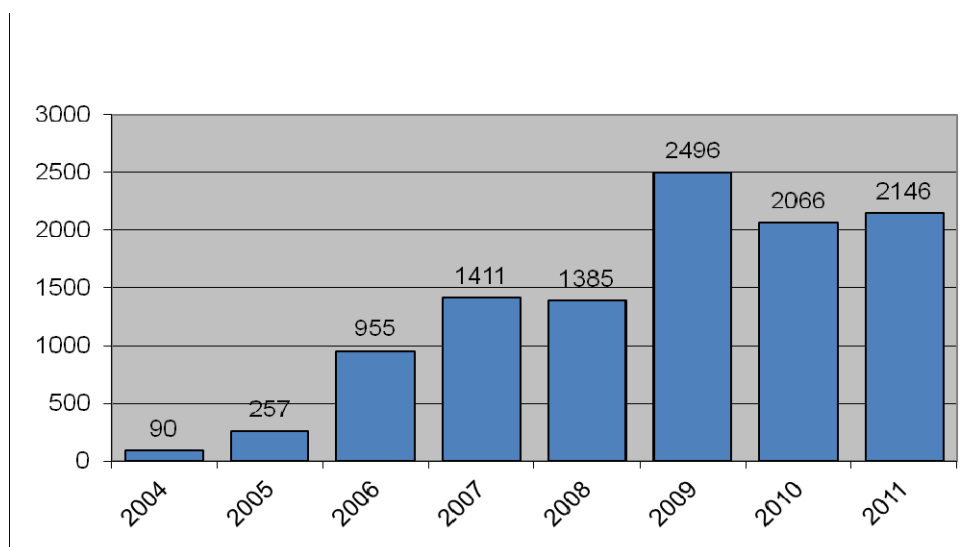
Das UKE gehört mit zu den Initiatoren der Hamburger Erklärung und ist eines der erstunterzeichnenden Krankenhäuser.

Das UKE verfügt über ein strukturiertes Beschwerdemanagement, welches die sieben Punkte der Hamburger Erklärung umfassend umsetzt.

## Kontakt

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  
beschwerdemanagement@uke.de  
s.blinn@uke.de

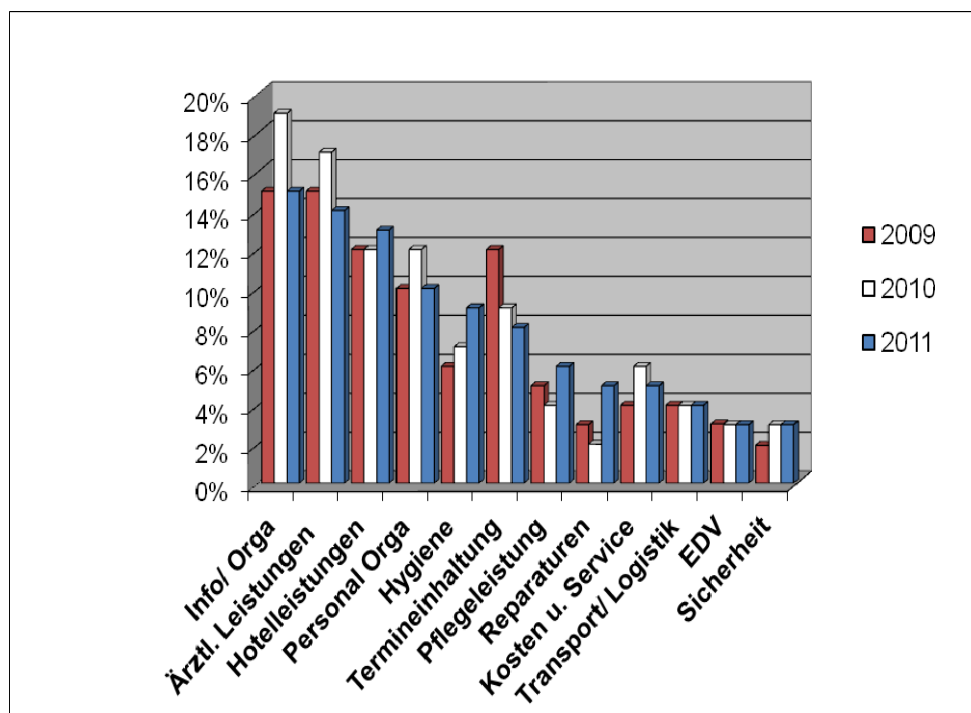
## Patientenrückmeldungen



Meldungen 2004 bis 2011, absolut

Das LBM erfasste im Berichtsjahr 2146 Meldungen (zum Vergleich 2496 in 2009, 2066 in 2010). Die höhere Eingangszahl in 2009 resultierte aus der verstärkten Stimulation von Patientenmeinungen nach dem Umzug ins neue Klinikum. Durch die wachsende Bekanntheit des LBM steigen die Eingänge der Meldungen mit Lob und Kritik langsam auf das gleiche Niveau an. Lob- und Tadelflyer liegen an Infopoints, auf den Stationen und in den Ambulanzen aus. Die Eingabemaske auf der Homepage des UKE wurde in 2011 im Vergleich zum Vorjahr vermehrt genutzt. Die Nutzung der Eingabemaske ist empfehlenswert, da diese Eingabe eine sehr schnelle Bearbeitung der Anliegen ermöglicht. Die Meldungen fließen direkt in die Bearbeitungssoftware ein.

### Kategorisierung der Rückmeldungen



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

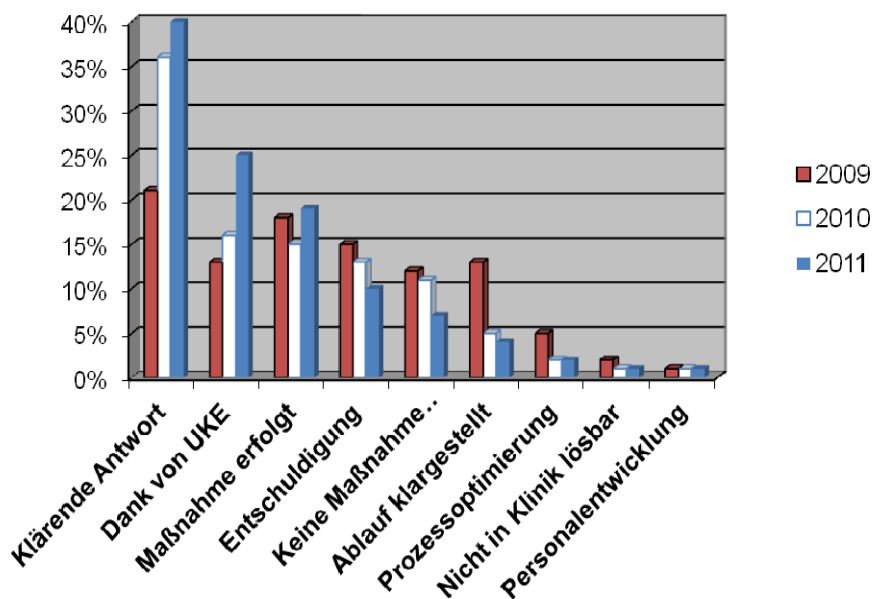
Meldungen nach Kategorien 2009 bis 2011, relativ

Die Häufungen der Beschwerden zeigten im Vergleich zum Vorjahr leichte Veränderungen. Die Kategorien **Information / Organisation**, **Ärztliche Leistungen** und **Personalorganisation** lagen prozentual niedriger als im Vorjahr.

Die Rangliste der Kategorien änderte sich jedoch nicht. In der Kategorie **Information / Organisation (15 %)** ging es neben allgemeinen Meldungen zusätzlich um das Thema Aufnahme und Entlassung. Bei den **ärztlichen Leistungen (14 % der Meldungen)** stand die **Kommunikation** im Vordergrund (z. B. bei der Visite). Darüber hinaus ging es um Therapie und Aufklärung. In 2010 betrafen 17 % der Meldungen die ärztlichen Leistungen. Trotz Klinikneubau und einer Ausstattung auf hohem Niveau, waren in 13 % die **Hotelleistungen (Einrichtung und Verpflegung)** Gegenstand von Beschwerden (zum Vergleich: 2009 und 2010 12 %). Thematisch geht es dabei nicht unbedingt um die Qualität des Essens. Oft sind nicht erfüllte Erwartungen oder Probleme bei den einzelnen Mahlzeiten Anlass für Kritik. 10 % der Beschwerden betrafen die **Personalorganisation**. Hier stand, genauso wie in den Feldern ärztliche Leistungen und

Pflegeleistung, die Kategorie Kommunikation im Vordergrund. Im Bereich Personalorganisation wurde nicht immer deutlich benannt, welche Berufsgruppen beteiligt waren und nicht ausreichend kommuniziert hatten. Für die Kategorie Termineinhaltung gingen in den letzten Jahren tendenziell weniger kritische Meldungen ein: Im Berichtsjahr waren es 8 %. Durch Umstrukturierungen wird weiter an der Verkürzung der Wartezeiten gearbeitet. Zur Pflegeleistung gingen 6 % der Beschwerden ein. 5 % und weniger Eingänge erfolgten in Bezug auf Reparaturen, Kosten und Service 5 %, Transport / Logistik 3 %, EDV 3 %, Sicherheit 3 %.

### Korrekturmaßnahmen



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

### Korrekturmaßnahmen 2009 bis 2011, relativ

Aus den Meldungen, Beschwerden und Anregungen wurden wieder zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Die Kategorien der Korrekturmaßnahmen haben wir in Abbildung 6 für die vergangenen drei Jahre dargestellt. Klärende Antworten an die Beschwerdeführer führten in 41 % der Fälle zum Abschluss der Beschwerdebearbeitung. Als Reaktion auf die zahlreichen positiven Meldungen und Anregungen bedankte sich das UKE in 25 % aller Eingänge bei den meldenden Personen.

Bei 10 % der Beschwerden baten wir die Absender um Entschuldigung. In 19 % der Reaktionen auf Beschwerden erfolgten Sofortmaßnahmen oder es wurden Maßnahmen geplant (415 Maßnahmen). Die Maßnahmen: Prozessoptimierung, nicht in der Klinik lösbare Probleme und Maßnahmen der Personalentwicklung kamen zu jeweils knapp 2 % zum Tragen.

An dieser Stelle möchten wir unserem Patientenombudsmann, Herrn Dr. Raimund Kniep für seine sehr wertvolle Arbeit danken. Wir haben zahlreiche Patienten an ihn verwiesen, damit sie ihre persönlichen Anliegen mit ihm besprechen oder Vermittlungsgespräche mit Klinikmitarbeitern führen konnten. Durch seine informelle Art der Arbeit konnte er viel Zeit für die individuelle Betreuung und Beratung von Patienten und deren Angehörigen aufbringen.

### Zu den Sofortmaßnahmen zählten beispielsweise:

- Zusätzliche Reinigungen
- Nachlieferungen von Speisen
- Reparatur von Fernsehterminalen und Telefonen
- Beseitigung von Sicherheitsmängeln
- Lieferung von Wäsche
- Suche nach Patienteneigentum
- Gespräche mit Ärzten
- Versendung von Arztbriefen

### Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten

| Monat     | Beispiele für konkrete Verbesserungen aufgrund von Beschwerden in 2011.   |
|-----------|---|
| Januar    | Es wurden neue Fahrpläne für den Shuttle Bus gedruckt   |
| Februar   | Es wurden einige Toilettensitzerhöhungen für die Station des Spine-Centers beschafft.   |
| März      | Im Kreißsaal wurden neue CD-Spieler beschafft, um für die werdenden Eltern das Abspielen der Lieblingsmusik zu ermöglichen.   |
| April     | In der KMT Ambulanz wurde eine Pflanze aus dem Wartezimmer entfernt, da sie Allergieauslösend zu sein schien.   |
| Mai       | Es wurden Trennwände im Patientenbereich der medizinischen Sonographie O10 EG aufgestellt, um mehr Privatsphäre für Patientinnen und Patienten zu schaffen.                         |
| Juni      | Durch einen Reparaturauftrag wurde Zugluft in einigen der Patientenzimmer der Station H1A beseitigt.  |
| Juli      | Cafe Dallucci (beim Restaurant „Mesa“) führt probeweise Biokaffee ein.  |
| August    | Auf der Station 3D wurde ein Wasserkocher ersetzt.  |
| September | Es wurden 5 Rollstühle für den Lotsendienst beschafft. Diese werden am Infopoint bereitgehalten.  |
| Oktober   | In der ZNA wurden Fortbildungen für 90 Mitarbeiter zum Ausbau der professionellen Kompetenz im Umgang mit Patienten eingeleitet.  |
| November  | Innerhalb der KSE (Reinigungsdienst: Klinik Service Eppendorf) wird eine genaue Arbeitsanweisung mit Fotos für die Reinigung von Isolationszimmern angefertigt (Anwendung ab 2012). |
| Dezember  | Es wurde ein neuer Flyer zum Thema „Stillen“ erarbeitet (Publikation 2012).   |

Zusätzlich wurden in 2011 aufgrund von Meldungen im LBM 37 so genannte Prozessoptimierungen geplant. Dabei wurde zunächst ein **Verbesserungsprojekt Schnittstelle Station / KSE** benannt. Eine Arbeitsgruppe nimmt im Februar 2012 die Tätigkeit auf. Beispiele dafür sind:

Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

| <b>Beispiele für Prozessoptimierung aufgrund von externen Meldungen in 2011</b>   | <b>Bereiche</b>           |
|---|---------------------------|
| Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Imbisses und des Blutspendebereiches, um die Spenderversorgung am Ende der „Spendetermine“ zu gewährleisten.        | Blutspende Dienst         |
| Eine Laktationsberaterin schult die Mitarbeiterinnen der Pflege zum Thema Stillen regelmäßig, um einen einheitlichen Tenor in der Klinik zu erreichen.  | Kreißsaal + Wochenstation |
| Es werden jetzt alle stationär zu bestrahlenden Patienten vor Bestrahlungsbeginn strukturiert dem Bettmanagement gemeldet, um die Übernahme sicherzustellen.  | Strahlentherapie          |
| Alle stationären Mitarbeiter der Radioonkologie wurden zum Thema „Umgang mit Patienteneigentum“ nachgeschult.   | Radioonkologie            |
| Die Kursvermittlung für die „Rückbildungskurse“ über die Ambulanz wurden optimiert. Es wird nun bei Teilnahmewunsch einer Entbindenden so früh wie möglich eine Notiz auf einem „Vormerkbogen“ eingetragen. | Geburtshilfe              |
| Die Dokumentation von Befunden die im „nachstationären Bereich“ erhoben werden, werden nun strukturiert in der EDV der Ambulanz dokumentiert.   | Kinderkardiologie         |
| Im Juni 2011 wurde ein zusätzlicher Platz für Herzechos, insbesondere Stressechos eingerichtet.   | UHZ, Kardiologie          |

| <b>Beispiele für Prozessoptimierungen aufgrund von internen Meldungen in 2011</b>   | <b>Bereich</b>                                  |
|---|---|
| Jeder aktuelle „Newsletter“ wird seit Juni 2011 wieder auf die Startseite des Intranets gesetzt und weiterhin per E-Mail an alle Mitarbeiter versendet. | Unternehmenskommunikation                       |
| Es wurde die SOP zur „Gefährdungsbeurteilung“ der zulässigen Tätigkeitsfelder für schwangere Mitarbeiter überarbeitet.                                  | Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation |

| <b>Verbesserungsprozess Schnittstelle Station / KSE</b>  | <b>Bereich</b> |
|--|----------------|
| Verbesserung der Pflege von Patienten und Patientinnen in der Isolation:<br>Themen: Hygiene, Reinigung, Pflege, Verpflegung, Transport, Diagnostik | UKE gesamt     |

Beispiel für ein Verbesserungsprojekt aufgrund einer einzelnen Beschwerde in 2011

Die Einleitung von interdisziplinären Verbesserungsprojekten ist eine der Aufgaben unseres Geschäftsbereichs. Das oben genannte Projekt wurde aufgrund einer einzigen Beschwerde geplant. Das Thema Hygienemaßnahmen bei Isolationspatienten hat für uns hohe Priorität. Deshalb überschreitet der Umfang der interdisziplinären Aufarbeitung den bisheriger

Projekte deutlich. Die Verantwortlichen aus den oben genannten Bereichen haben alle relevanten Punkte zum Thema in einem Protokoll zusammen getragen. Das Ergebnis wurde dann dem Vorstand vorgestellt. Daraufhin wurden Mitglieder für eine Arbeitsgruppe benannt. Sie nimmt ihre Tätigkeit Mitte Februar 2012 auf, um vor allem die Schnittstelle Pflege / KSE und das perioperative Management von Isolationspatienten anzugehen.

### **Ausblick**

Das LBM hat sich in den vergangenen acht Jahren mit einem breiten Themenspektrum befasst. Seit 2011 arbeitet das UKE an der Vision „Green Hospital“. Nachhaltigkeit und umweltverträgliches Handeln werden dadurch gefördert. Seit Dezember 2011 bereitet das UKE die Zertifizierung nach der Umweltnorm DIN ISO 14001 vor. Die Zertifizierung durch den Germanischen Lloyd ist für Mai 2012 geplant.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Patientinnen und Patienten sind aufgefordert, das Thema im UKE zu verfolgen und die Optimierung der Maßnahmen voranzutreiben. Aus diesem Grund möchten wir für das Jahr 2012 ausdrücklich um Hinweise zu Umweltthemen bitten. Diese können Themen wie Energieeinsparung, Entsorgung oder Arbeitssicherheit betreffen.

Die Patientensicherheit steht im UKE schon lange im Vordergrund. Seit März 2011 ist jedoch noch weiter in den Fokus gerückt. Dies resultiert aus dem Beitritt des UKE zum Internetportal „Qualitätskliniken.de“. Der Germanische Lloyd hat dem UKE im Januar 2012 in einem externen Audit „eine Sicherheitskultur auf sehr hohem Niveau“ bescheinigt.

Auch zu diesem Thema möchten wir für das kommende Jahr um Hinweise und Anregungen bitten, um das UKE noch sicherer zu machen.

Den ausführlichen Beschwerdebericht 2011 sowie die Berichte aus den vorherigen Jahren finden Sie auf unserer Homepage unter [www.uke.de/patienten-besucher/index\\_11325.php](http://www.uke.de/patienten-besucher/index_11325.php).

**Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf**

## Werner Otto Institut

werner otto institut

### Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Werner Otto Institut ist Teil der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Es besteht aus einer großen Ambulanz / Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) und einer Eltern-Kind-Klinik für die aber das Beschwerdemanagement der Stiftung zuständig ist.

Seit Juni 2007 wird die Hamburger Erklärung im Werner Otto Institut umgesetzt. Wir möchten, dass die Patienten mit unseren Leistungen zufrieden sind. Anlässe für Kritik und hilfreiche Anregungen nehmen wir als Chance kontinuierlich unsere Leistungen zu verbessern.

Die Eltern sind erfreut, dass in einer ambulanten Einrichtung wie unserer die Möglichkeit zur Beschwerde angeboten wird. Sie nehmen es aber kaum in Anspruch, weil sie überwiegend dankbar über unser Angebot sind. Unzufriedenheit wird häufig spontan geäußert und direkt durch persönliche Gespräche geklärt.

Die Punkte 1 bis 6 der Hamburger Erklärung werden seit 2007 im Werner Otto Institut umgesetzt und sind in den Berichten der Vorjahre ausführlich beschrieben.

### 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.

### Patientenrückmeldungen

Das Werner Otto Institut hatte 2011 einen Durchlauf von ca. 1450 ambulanten Patienten pro Quartal.

Wir erhielten insgesamt 31 Rückmeldungen,

davon 26 Feedback Karten:            Positiv = 12      negativ = 14

- bei den positiven Rückmeldungen betrafen 5 die Atmosphäre im Werner Otto Institut, 6 die Fachleute und 1 die Räumlichkeiten
- bei den negativen Rückmeldungen betrafen 8 die Räumlichkeiten nämlich die jetzt gebührenpflichtige Parkmöglichkeit für die Patienten, 1 die Fachleute und 4 die Flexibilität bei den Abläufen und Terminvergaben.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Beschwerde in Briefform: | 1 |
| Beschwerde telefonisch:  | 1 |
| Beschwerde per E-Mail:   | 2 |
| Beschwerde persönlich:   | 1 |

Diese Form der Beschwerden beinhalteten 3 negative Rückmeldungen über Fachpersonal, 1 negative Rückmeldung über Abläufe im WOI und 1 positive Rückmeldung über Fachpersonal.

### Kontakt

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



### **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.

An der Situation der gebührenpflichtigen Parkmöglichkeiten können wir derzeit nichts verändern. Wir sind hier an eine stiftungsübergreifende Regelung der Evangelischen Stiftung Alsterdorf gebunden.

### **Schwerpunkte der Verbesserungsmaßnahmen, Besonderheiten**

Im Rahmen der Hausversammlung und der Fachbereichsteamsitzungen werden die Beschwerden in Bezug auf Prozessoptimierungen erörtert und Verbesserungsmaßnahmen insbesondere die Abläufe der ambulanten Untersuchungen und Therapien für die Eltern transparenter zu gestalten.

### **Ziele für das nächste Jahr**

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

Von der Einführung einer Software für das Beschwerdemanagement haben wir bei bisher konstant geringer Beschwerdeanzahl Abstand genommen. Die Mitarbeiter werden ermutigt Eltern direkt auf ihre Zufriedenheit anzusprechen. Ziel ist es Beschwerden frühzeitig zu ermitteln.

**Werner Otto Institut**

# Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand



## Umsetzung der Hamburger Erklärung

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand war 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, über ein Internetformular 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. 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 bereit, die werktäglich geleert werden. Selbstverständlich können die Bögen auch per Fax oder Post versandt werden. Alle Mitarbeiter nehmen Lob & Beschwerden natürlich auch vor Ort jederzeit entgegen, versuchen Problemsituationen direkt zu klären und leiten Rückmeldungen an das Lob- &

## Kontakt

Friederike Schulz  
Beschwerdebeauftragte  
Wilhelmsburger Krankenhaus  
Groß-Sand  
Groß-Sand 3  
21107 Hamburg  
Tel: 040 / 75 20 5 - 0  
f.schulz@gross-sand.de



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 Werkzeuge 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 eigenständig 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.

## **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.

2011 haben wir uns nun selbst dem Zertifizierungsverfahren gestellt und wurden als „Kundenorientiertes Beschwerdemanagement“ ausgezeichnet. Dabei stand nicht nur die Arbeit im Lob- und Beschwerdemanagement auf dem Prüfstand, sondern auch und vor allem der Umgang mit Lob und Kritik im gesamten Haus. Wir freuen uns, eines der wenigen Hamburger Häuser zu sein, dass erfolgreich zertifiziert wurde.

## Patientenrückmeldungen

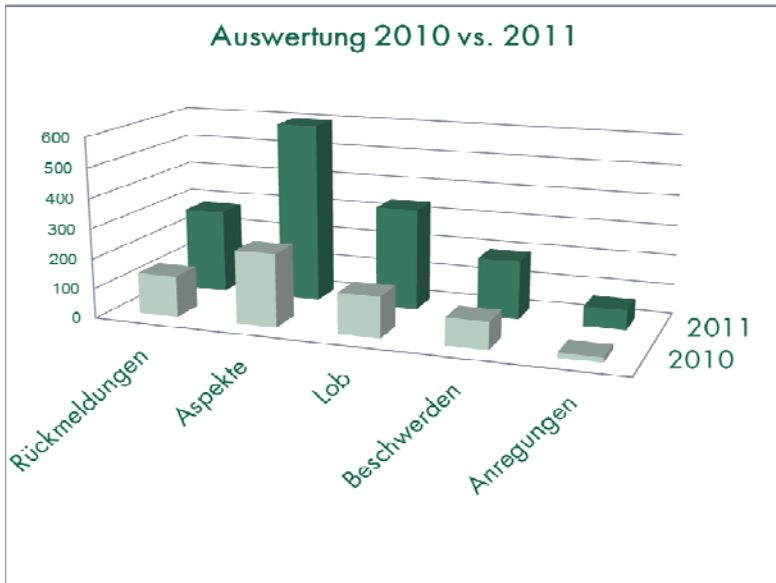
|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Anzahl der Rückmeldungen in 2011  | 281   |
| Behandelte Patienten in 2011      | 19377 |
| davon stationär und teilstationär | 6207  |
| davon ambulant                    | 13170 |

Die 281 Rückmeldungen unserer Patienten, Angehörigen und Besucher umfassen z. T. mehrere Aspekte, in Summe insgesamt 602.

Die Rückmeldequote beträgt somit 1,45 %. Hinzu kommen noch die Rückmeldungen aus unserer Patientenbefragung, die hier nicht eingerechnet wurden.

Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir die Anzahl der Rückmeldungen und der einzelnen Aspekte mehr als verdoppeln. (2010 bekamen wir 138 Rückmeldungen) Dabei blieb die prozentuale Verteilung von Lob, Kritik und Anregungen jedoch in etwa gleich, konnte sogar noch etwas verbessert werden.

| Aspekte                  | 2010       |              | 2011       |              |
|--------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                          | Anzahl     | Anteil %     | Anzahl     | Anteil %     |
| Lob                      | 137        | 56 %         | 340        | 56 %         |
| Beschwerden              | 91         | 37 %         | 196        | 33 %         |
| Anregungen               | 16         | 7 %          | 66         | 11 %         |
| <b>Summe der Aspekte</b> | <b>244</b> | <b>100 %</b> | <b>602</b> | <b>100 %</b> |



**Die Verdopplung der Rückmeldungen freut uns sehr!**

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 bedanken uns sehr für Ihr Vertrauen und Ihre Mühe!

Wir möchten an dieser Stelle noch darauf hinweisen, dass sich aus der absoluten Anzahl der Rückmeldungen nur bedingt 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 2011

Darstellung der Rückmeldungen nach der Eingangsform

| <b>Eingang der Aspekte</b> |            |
|----------------------------|------------|
| Lob- & Beschwerdebogen     | 468        |
| Brief                      | 42         |
| Gespräch                   | 16         |
| E-Mail                     | 13         |
| Telefonisch                | 59         |
| <b>Summe der Aspekte</b>   | <b>602</b> |

Rückmeldungen mit verschiedenen Aspekten

Im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand werden alle Rückmeldungen / Aspekte von Patienten, Angehörigen und Besuchern statistisch erfasst und ausgewertet. 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.

**Wilhelmsburger  
Krankenhaus  
Groß-Sand**

In den 281 Rückmeldungen wurden 602 Aspekte angesprochen.

| Aspekte                  |            |
|--------------------------|------------|
| Lob                      | 340        |
| Beschwerden              | 196        |
| Anregungen               | 66         |
| <b>Summe der Aspekte</b> | <b>602</b> |

### Kategorisierung der Rückmeldungen

Es ist uns wichtig, durch detaillierte Auswertung der Aspekte frühzeitig Tendenzen und Trends 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.

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

### Beschwerdeführer

|                          | Lob | Beschwerde | Anregung | Summe      |
|--------------------------|-----|------------|----------|------------|
| Angehörige               | 32  | 70         | 4        | <b>106</b> |
| Anonym                   | 2   | 6          | 1        | <b>9</b>   |
| Patienten                | 305 | 107        | 57       | <b>469</b> |
| Sonstige                 | 1   | 13         | 4        | <b>18</b>  |
| <b>Summe der Aspekte</b> |     |            |          | <b>602</b> |

Unsere Rückmeldungen bekommen wir überwiegend von Patienten. Aber auch Angehörige kontaktieren uns immer wieder mit ihren Anliegen. Da unser Haus über einen Schwerpunkt für Altersmedizin verfügt, beziehen wir gerade die Angehörigen mit besonderer Sorgfalt in den Beschwerdeprozess ein. Da unsere Patienten aufgrund ihres hohen Alters nicht immer in der Lage sind, ihre Anliegen selbstständig zu formulieren, ist es uns

**Wilhelmsburger  
Krankenhaus  
Groß-Sand**

besonders wichtig auch die Angehörigen einzubinden und auf das Lob- & Beschwerdemanagement aufmerksam zu machen.

### Strukturelle, personelle und prozessorientierte Rückmeldungen

Hier einige Beispiele zu strukturellen, personellen und prozessorientierten Rückmeldungen:

#### Strukturelle Rückmeldungen

Rückmeldungen zu baulichen Gegebenheiten, wie z. B.

- Zimmerausstattung
- technische Geräte wie Telefon und Fernseher
- Parkplatzangebot der Klinik

#### Prozessorientierte Rückmeldungen

- Wartezeiten (z. B. bei der Aufnahme, bei Untersuchungen oder Therapien)
- Patientenaufklärung vor geplanten Maßnahmen innerhalb der Behandlung
- Interaktion einzelner Berufsgruppen untereinander

#### Personelle Rückmeldungen

- z.B. Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Berufsgruppen

Rückmeldungen, die in keinen der genannten Bereiche passen, wurden separat erfasst, so dass hier nicht alle 602 Aspekte berücksichtigt sind.

| Kategorien    | Lob | Beschwerde | Anregung | Summe      |
|---------------|-----|------------|----------|------------|
| Personal      | 209 | 36         | 7        | <b>252</b> |
| Prozess       | 95  | 111        | 30       | <b>236</b> |
| Struktur      | 36  | 12         | 11       | <b>59</b>  |
| Summe Aspekte |     |            |          | <b>547</b> |

Diese Einordnung hilft uns besonders in Verbindung mit einer Auswertung der verschiedenen Stationen / Bereiche, um systematische Schwachstellen aufdecken zu können.

### Organisatorische Kategorien & Einheiten

|                               | Lob | Be-<br>schwerde | Anre-<br>gung | Sum-<br>me |
|-------------------------------|-----|-----------------|---------------|------------|
| Allgemeines Lob & Dank        | 47  | 1               | 1             | <b>49</b>  |
| Freundlichkeit                | 111 | 24              | 1             | <b>136</b> |
| Ärztliche Behandlungsqualität | 47  | 14              | 1             | <b>62</b>  |
| Pflegequalität                | 40  | 25              | 5             | <b>70</b>  |
| Therapie                      | 22  | 2               | 1             | <b>25</b>  |
| Information & Kommunikation   | 12  | 32              | 19            | <b>63</b>  |
| Aufnahme & Entlassung         | 3   | 5               | 0             | <b>8</b>   |
| Organisation & Wartezeiten    | 4   | 11              | 2             | <b>17</b>  |
| Sauberkeit & Hygiene          | 4   | 31              | 3             | <b>38</b>  |
| Verpflegung                   | 34  | 16              | 10            | <b>60</b>  |
| Räumliche Ausstattung         | 14  | 37              | 23            | <b>74</b>  |
| Summe der Aspekte             |     |                 |               | <b>602</b> |

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 positiven Rückmeldungen.

Kategorisierung in Berufsgruppen

| Berufsgruppen        | Lob | Beschwerde | Anregung | Summe      |
|----------------------|-----|------------|----------|------------|
| Ärztlicher Dienst    | 79  | 30         | 4        | <b>113</b> |
| Pflege               | 100 | 64         | 7        | <b>171</b> |
| Therapie             | 27  | 4          | 3        | <b>34</b>  |
| Service & Management | 61  | 56         | 31       | <b>148</b> |
| Allgemein            | 73  | 42         | 21       | <b>136</b> |
| Summe der Aspekte    |     |            |          | <b>602</b> |

**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

| Antworten des Beschwerdemanagements |     |
|-------------------------------------|-----|
| Brief                               | 145 |
| E-Mail                              | 32  |
| Telefonat                           | 35  |
| Gespräche                           | 25  |
| keine Rückmeldung möglich           | 44  |

Zumeist haben wir Dankeschreiben 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.

Reha-Shuttle-Service

Unsere Patienten der Tagesklinik werden morgens von einem Shuttle-



Service von Zuhause abgeholt und nachmittags wieder zurück gebracht. Dabei beschwerten sich unsere Patienten immer mal wieder über lange Wartezeiten beim Rücktransport am Nachmittag. Die Routen des Shuttle-Services haben wir daraufhin komplett überarbeitet und individualisiert, so dass Wartezeiten deutlich reduziert werden konnten.

#### Räumlichkeiten

Rückmeldungen unserer Patienten führten 2011 dazu, dass wir verschiedene Veränderungen unserer Räumlichkeiten vorgenommen haben. Zum Teil waren es kleine Anregungen und Verbesserungsvorschläge, die zeitnah umgesetzt werden konnten und dem Patienten so mehr Komfort bieten.

#### Reinigung und Hygiene

Wie schon 2010 konnten wir negative Rückmeldungen zur Reinigung und Hygiene zumeist sofort beheben. Aber natürlich haben wir uns auch die Reinigungszyklen kritisch geprüft und konnten z. T. über personelle Veränderungen deutliche Verbesserungen erreichen

#### Schulungen

Um unsere Mitarbeiter zu unterstützen, haben wir 2011 ein umfangreiches Schulungskonzept erarbeitet und verschiedene Themen in unseren Fortbildungen angeboten. (Umgang mit Unfreundlichkeit, Umgang mit Konflikten, Stressmanagement und Burnout-Prävention, Zeitmanagement) In kleineren Gesprächskreisen wurde darüber hinaus an ganz konkreten Lösungen für verschiedene Problemstellungen gearbeitet.

#### **Ziele für das nächste Jahr**

2012 werden wir weiter an der Optimierung unseres Lob & Beschwerdemanagements arbeiten und unsere Mitarbeiter im Umgang mit Lob & Kritik schulen.

Durch eine verbesserte Beschwerdestimulation ist es uns 2011 gelungen, die Rückmeldungen zu verdoppeln. Eine weitere Verdopplung ist sicher nicht zu erzielen, dennoch liegt uns die Verbesserung der Rückmeldequote auch 2012 sehr am Herzen.

Den Beschwerdebericht 2010 finden Sie auch auf unserer Homepage unter **[www.gross-sand.de](http://www.gross-sand.de)** → Service-Center → Lob & Kritik oder unter **[www.gross-sand.de/de/krankenhaus/beschwerdemanagement.html](http://www.gross-sand.de/de/krankenhaus/beschwerdemanagement.html)**.

**Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.**

Burchardstraße 19 | 20095 Hamburg

Telefon 040 / 25 17 36-0 | Telefax 040 / 25 17 36-40

E-Mail [hkgev@hkgev.de](mailto:hkgev@hkgev.de) | Internet [www.hkgev.de](http://www.hkgev.de)