



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Standort-Qualitätsbericht 2019

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V
für das Berichtsjahr 2019 – erstellt am 15.11.2020

Einleitung

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wurde 2005 auf dem Gelände des Krankenhauses Holweide eröffnet und ist organisatorisch an das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße angebunden. Die Klinik verfügt über eine offene Jugendstation, eine Intensivstation, eine Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung, eine Kleinkinderstation, eine Schulkinder-Station sowie eine Tagesklinik und eine Institutsambulanz.

Die Gebäudestruktur berücksichtigt die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen. Die Klinik entstand in einem Teil des Parkgeländes am Krankenhaus Holweide und bietet im Außengelände verschiedene Spiel- und Sportmöglichkeiten.



Der stationäre Rahmen der Klinik bietet eine 24-Stunden-Versorgung. Es besteht eine Pflichtversorgung für die rechtsrheinischen Stadtteile Kölns, der Innenstadt, Nippes und Chorweiler sowie des Rheinisch-Bergischen und der Stadt Leverkusen.

Behandelt werden Kinder und Jugendliche mit allen psychiatrischen Erkrankungen wie z.B. Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen.

Die Klinik ist zu fast 100 % ausgelastet. Jährlich werden etwa 1.000 Patientinnen und Patienten stationär oder teilstationär in der Klinik behandelt. Hinzu kommen noch 1.500 ambulante Behandlungen.

Die Klinik verfügt über ein großes interdisziplinäres Behandlungsteam unter anderem mit Ärztinnen und Ärzten, Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagoginnen und Diplom-Sozialpädagogen, Ko-Therapeutinnen und Fachtherapeuten, Pflegekräften, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst, Verwaltungsdienst.

Das Behandlungskonzept der Klinik berücksichtigt den aktuellen Stand der Forschung, der belegt, dass psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter meist multifaktoriell bedingt sind. Daher wird bei jedem Patienten eine ausführliche Diagnostik durchgeführt, um das einzelne Kind mit seinen Stärken und Schwächen, seiner Familie und seinem sozialen Umfeld gut kennen zu lernen.

Nach der Diagnostik folgt die Entwicklung eines Behandlungsplans. Das Behandlungskonzept ist multimodal aufgebaut und wird für jeden Patienten individuell zusammengestellt. Kennzeichnend für ein multimodales Behandlungskonzept ist, dass neben den Ärzten und Psychologen weitere qualifizierte Berufsgruppen sowie immer auch die Familie und wichtige Bezugspersonen (z. B. Erzieher, Lehrer) in die diagnostischen und therapeutischen Prozesse einbezogen sind. Die Behandlungsangebote umfassen

Psychotherapie, Gruppentherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie, Pflege- und Erziehungsdienst, Medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie oder Reittherapie. Der Sozialdienst ist zuständig für die Planung und Koordination der begleitenden und nachgehenden Betreuung der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.



Kinder und Jugendliche in Krisen und mit schweren kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen (z.B. akute schizophrene und affektive Psychosen, emotionale Erkrankungen mit Suizidalität) werden auf der Intensivstation betreut.

Für Kinder und Jugendliche, die körperliche oder sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Krankheit oder den Verlust naher Angehöriger erlebt haben, wird eine Traumaambulanz angeboten. Dort soll durch eine frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung verhindert werden, dass Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt bleiben. In der Traumaambulanz wird kurzfristig ein Gesprächstermin mit einer Ärztin/einem Arzt oder einer Psychologin/einem Psychologen angeboten.

Zudem gibt es eine Spezialsprechstunde für Zwangsstörungen, die der klinischen Diagnostik und der Beratung hinsichtlich geeigneter Behandlungsmöglichkeiten dient.

In unmittelbarer Nähe zur Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte 2016 die städtische Hilde-Domin-Schule einen Neubau beziehen. An der Schule werden alle schulpflichtigen Kinder und Jugendliche unterrichtet, die sich in stationärer und teilstationärer Behandlung befinden. Der Unterricht der Klinikschule trägt dazu bei, trotz Erkrankung ein Stück Normalität zu vermitteln, mit dem Ziel den Anschluss an den Leistungsstand zu ermöglichen. Das individualisierte Lernangebot muss einen Ausgleich finden zwischen angemessener Herausforderung der Schüler und Rücksichtnahme auf die tatsächlichen Leistungsmöglichkeiten bzw. auf die Leistungsbereitschaft unter der Bedingung der Krankheit.

Als Teil des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße gehört auch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln.

Die Klinik bietet regelmäßig Fortbildungen für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen an. Der Chefarzt der Klinik engagiert sich zudem in der „Elternwerkstatt“. Dies ist eine öffentliche Veranstaltungsreihe, in der Experten Krankheitsbilder, Therapien und aktuelle Themen allgemein verständlich für Eltern, Jugendliche und Interessierte erläutern.

Verschiedene Forschungsprojekte dienen der weiteren Verbesserung der Patientenversorgung, Themen sind z.B. Anorexia Nervosa im Kindes- und Jugendalter, Untersuchung zu peripheren Markern bei schizophrener Psychose oder Therapeutisches Drug Monitoring von Psychopharmaka.

In der „Patientenrückmeldekommission“ werden mit Vertreterinnen der Krankenhausleitung, den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Kollegen/-innen, der Seelsorge und dem Patientenfürsprecher Wünsche und Lob besprochen und Aktionen zur Verbesserung veranlasst und kontrolliert.

„Der Mensch im Zentrum unseres Handelns“ ist Leitsatz des Leitbilds der Kliniken. Hieran orientieren sich alle Aktivitäten und Projekte.

Zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gehört eine hohe Patientensicherheit. Eine hohe Qualität des Personals ist wichtig für eine gute Behandlung. Durchdachte Organisationsstrukturen bieten Unterstützung. Ein Video und eine Broschüren stellen vielfältige Aspekte der Patientensicherheit vor und geben den Patienten Hinweise, was sie zur Sicherheit beitragen können.

In der Klinik ist ein CIRS – Critical Incident Reporting System – Meldesystem zur Erfassung kritischer Ereignisse- etabliert. Die beste Methode, Fehler zu vermeiden, besteht darin, aus Fehlern anderer zu lernen oder Fehler bereits im Vorfeld abzuwenden. Eine bewährte Möglichkeit der Fehlerprophylaxe sind Meldesysteme wie das CIRS, die in der Fliegerei schon lange mit Erfolg angewendet werden. Im Kinderkrankenhaus wurde ein Meldesystem eingeführt, in dem Fehler, Beinahefehler oder andere kritische Situationen schriftlich oder mündlich gemeldet werden können und sollen. Die Meldung kann mit Namen, aber auch anonym erfolgen. Einige Dinge konnten aufgrund der eingegangenen Meldungen bereits verändert werden.

Als erstes Kölner Krankenhaus wurde das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße im Jahr 2004 erfolgreich erstmalig durch die KTQ® - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH – zertifiziert. Die Auszeichnung, die jeweils für drei Jahre gilt, wurde im Jahr 2017 zum fünften Mal in Folge verliehen. Sie wird seit 2014 in Form einer Verbundzertifizierung gemeinsam mit den Kliniken in Holweide und Merheim umgesetzt.

Alle drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln haben das Zertifikat "Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz" erhalten, mit dem bescheinigt wird, dass die Bedingungen des MRE-Netzwerkes regio rhein ahr für das Qualitätssiegel Akutkrankenhäuser <http://www.mre-rhein-ahr.net/index.php> erfüllt werden. Die "Aktion Saubere Hände" hat als eine grundlegende Maßnahme zur Vermeidung von Übertragungen und Infektionen die Verbesserung der Patientensicherheit zum Ziel. Die Kliniken Köln haben sich wiederholt an der "Aktion Saubere Hände" beteiligt; alle Betriebsteile sind derzeit mit Zertifikat ausgezeichnet.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wird unterstützt vom Förderverein Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße Köln e.v <http://www.foerderverein-kinderkrankenhaus.org/>, dem AXA Von Herz zu Herz e.V., der Stiftung RTL – Wir helfen Kindern e.V., der Kastanienhof-Stiftung und anderen Organisationen. Diese Unterstützung ermöglicht zusätzliche Angebote, wie z.B. den Aufbau eines therapeutischen Gartens oder Projektwochen mit dem Kölner Spelezzirkus.

Gemeinsame Einleitung der kommunalen Krankenhäuser der Region

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Qualität ist der entscheidende Faktor für den Erfolg von Krankenhäusern. Das besondere Ziel kommunaler Krankenhäuser ist es, die Balance zwischen dem Allgemeinwohl und der Wirtschaftlichkeit unter Wettbewerbsbedingungen zu halten.

Als kommunale Krankenhäuser tragen wir wesentlich zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von Patientinnen und Patienten bei. Einen hohen Stellenwert hat die hohe Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen für jeden Menschen unabhängig von Geschlecht, Hautfarbe, Weltanschauung, Religion, Herkunft und sozialem Status.

Tief verwurzelt in den lokalen und regionalen Strukturen übernehmen kommunale Krankenhäuser die Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Das umfangreiche Leistungsangebot richtet sich nach den Bedürfnissen der Menschen in der unmittelbaren Nähe. Dabei werden auch Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten, die nicht ständig ausgelastet sind und sich daher nicht immer wirtschaftlich betreiben lassen, im Notfall aber lebensrettend sind.

Die kommunalen Krankenhäuser,

- Klinikum Oberberg GmbH,
- Klinikum Leverkusen gGmbH,
- Krankenhaus Wermelskirchen GmbH,
- Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH,
- Rhein-Kreis-Neuss-Kliniken mit den Kreiskrankenhäusern Dormagen und Grevenbroich – St-Elisabeth,
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
- sowie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH und die
- Städtischen Kliniken Neuss – Lukaskrankenhaus – GmbH

kooperieren, um den Wissensaustausch in den Themenfeldern Qualität, Patientensicherheit, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Hygiene zu intensivieren. Wir tun dies im Dienst für unsere Patientinnen und Patienten.

Die nachhaltige Verbesserung der Qualität hat für uns höchste Priorität. In unseren Krankenhäusern werden erwirtschaftete Überschüsse konsequent in die Optimierung der Behandlung der Patientinnen und Patienten investiert. Dazu haben wir ein professionelles Qualitätsmanagement fest verankert.

Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht stellen wir Ihnen vielfältige und aufschlussreiche Informationen über unser Leistungsspektrum und unsere Struktur- und Ergebnisqualität zur Verfügung. Wir freuen uns über Ihr Interesse.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Ute Westphal
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Telefon: 0221 / 8907 – 2429
Telefax: 0221 / 8907 – 2863
E-Mail: WestphalU@kliniken-koeln.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Holger Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 – 2822
Telefax: 0221 / 8907 – 2132
E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Weiterführende Links

Homepage: www.kliniken-koeln.de
Weitere Informationen: http://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Startseite.htm

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts.....	9
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	10
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	13
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	14
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	14
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	15
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	16
A-9 Anzahl der Betten.....	16
A-10 Gesamtfallzahlen.....	16
A-11 Personal des Krankenhauses.....	16
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	16
A-11.2 Pflegepersonal.....	16
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	17
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	18
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	19
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	19
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	19
A-12.1.2 Lenkungsremium.....	19
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	19
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	19
A-12.2.2 Lenkungsremium.....	19
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	20
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	20
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	21
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	21
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	21
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	21
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	21
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie.....	22
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	22
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	22
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	23
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	23
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	24
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	25
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	25
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	25
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	25
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	26
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	27
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	28

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	29
B-1 Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie.....	29
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	29
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	29
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	29
B-1.4 [unbesetzt].....	30
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	30
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	30
B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	32
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	32
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	34
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	34
B-1.11 Personelle Ausstattung.....	34
B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	34
B-1.11.2 Pflegepersonal.....	34
B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	35
C Qualitätssicherung.....	37
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	37
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate.....	37
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	37
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	37
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	37
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	37
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	38
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr.....	38
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr.....	38
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	38
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	39
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	39
D Qualitätsmanagement.....	40
D-1 Qualitätspolitik.....	40
D-2 Qualitätsziele.....	41
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	44
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	45
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	46
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	47

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Name: Kliniken der Stadt Köln gGmbH – Kinderkrankenhaus
Amsterdamer Straße
Institutionskennzeichen: 260531741
Standortnummer: 99
Straße: Amsterdamer Straße 59
PLZ / Ort: 50735 Köln
Telefon: 0221 / 8907 – 0
E-Mail: Postservice@kliniken-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Michael Weiß
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder – und Jugendmedizin
Telefon: 0221 / 8907 – 5201
E-Mail: ToennesB@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Suzanne Matthiä
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 0221 / 8907 – 5563
E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer (kfm.)
Telefon: 0221 / 8907 – 2822
E-Mail: WallraffA@kliniken-koeln.de

Im Bericht dargestellter Standort

Name: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Institutionskennzeichen: 260531741
Standortnummer: 02
Straße: Florentine-Eichler-Straße 1
PLZ / Ort: 51067 Köln

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Christoph Wewetzer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Leiter
Telefon: 0221 / 8907 – 2021
E-Mail: KrayJ@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Suzanne Matthiä
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
 Telefon: 0221 / 8907 – 5563
 E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
 Telefon: 0221 / 8907 – 2822
 E-Mail: WallraffA@kliniken-koeln.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Stadt Köln
 Art: öffentlich
 Internet: www.stadt-koeln.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
 Universität: Universität zu Köln

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Unsere aktuelle Organisationsstruktur ist unter https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Internet_14843.pdf veröffentlicht.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie Bei Bedarf durch Physiotherapeut (in Kooperation mit Krankenhaus Holweide, bei Bedarf)
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (altersentsprechende Beschulung und Heimat-Versuche im Rahmen der Möglichkeiten)
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung Weitere Informationen dazu finden Sie unter [[https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Sozialdienst.htm?ActiveID=3811]]
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie Frühsport, Kraftraum, Außengelände mit Fußball- und Basketballfeld, Bouleplatz und eigener Bauern-Garten

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
	KJPP in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße und Krankenhaus Holweide)
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrations-training
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP27	Musiktherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
	Unterricht für schulpflichtige Kinder, Schule für Kranke www.kliniken-koeln.de/Schule_fuer_Kranke.htm
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie
MP63	Sozialdienst
	Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Sozialdienst.htm?ActiveID=3811
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	[z. B. Schulungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen (u.a. z.B. in der Elternwerkstatt des studio dumont Herr Prof. Wewetzer)]
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
	siehe unter https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntraining_Familientherapie.htm?ActiveID=2406
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker
	in Kooperation mit Kinderkrankenhaus
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
	[z. B. Erziehungsberatung] https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntraining_Familientherapie.htm
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	über das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	in Kooperation mit einem Orthopädischem Sanitätshaus und der Uniklinik Köln
MP51	Wundmanagement
	bei Bedarf in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus, dem Krankenhaus Holweide und dem Krankenhaus Merheim

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Kontakte vermitteln Ihnen gern die behandelnde Fachabteilung oder der Sozialdienst https://www.kliniken-koeln.de/KJPP___Sozialdienst.htm?ActiveID=3811

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
	Patientenzimmer	
NM02	Ein-Bett-Zimmer	
	(in speziellen Fällen)	
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	
	Besondere Ausstattung des Krankenhauses	
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	
	TV und WLAN	
	Angebote für schulpflichtige Patientinnen, Patienten und deren Kinder	
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung	https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-Schule_fuer_Kranke.htm
	Schule für Kranke „Hilde-Domin-Schule“ mit 80 Plätzen und Beschulungsmöglichkeit für alle Jahrgangsstufen und Schulformen	
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet	
	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote	
NM07	Rooming-in	
	Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten ist möglich für einen begrenzten Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandlungsplätzen.	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
	Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten ist möglich für einen begrenzten Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandlungsplätzen.	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-Sozialdienst.htm?ActiveID=3811
	und Eltern, Sorgeberechtigten oder anderen Angehörigen	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientiert___Sozialdienst.-htm?ActiveID=3754
	Informationen zu Selbsthilfegruppen erhalten Sie über die Sozialberatung / Familienorientierte Betreuung und Beratung	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Kinderkrankenhaus.htm
	Die SeelsorgerInnen des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße betreuen ebenfalls die PatientInnen der KJPP.	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Markus Coutellier
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Technischer Leiter
 Telefon: 0221 / 8907 – 2241
 E-Mail: CoutellierM@Kliniken-Koeln.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher z.B. in der Tagesklinik
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien
BF24	Diätische Angebote
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienste https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung [z.B. Raum der Stille] am Standort Holweide im Krankenhaus Holweide

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Das Kinderkrankenhaus ist Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Die Leiter der verschiedenen Abteilungen des Kinderkrankenhauses erfüllen Lehraufträge der Universität Köln im PJ Studentenunterricht.

PJ Studierende werden nach Einteilung durch das Dekanat und Zuweisung an die Kliniken im Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebildet.

Habilitierte Ärzte und Professoren des Kinderkrankenhauses führen Lehrveranstaltungen für Studierende der Universität zu Köln durch, die im Vorlesungsverzeichnis der Universität Köln regelmäßig angeboten werden.

Ebenso werden Doktoranden, z. B. zu klinisch pädiatrischen Fragestellungen oder kinderchirurgischen Themen, im Kinderkrankenhaus betreut.

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Prof. Wewetzer ist Mitherausgeber des mittlerweile in 3. Auflage erhältlichen Standardwerks „Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter“. Die vierte Auflage ist in Vorbereitung.
FL09	Doktorandenbetreuung

Lehrtätigkeit

Univ.-Prof. Dr. Ch. Wewetzer übt im Studiengang Medizin der Universität Köln eine Lehrtätigkeit für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie aus.

Er ist Dozent des Ausbildungsinstituts für die Erlangung des Zertifikats „Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung“.

Er ist Dozent für mehrere Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Dies gilt auch für die leitende Psychologin Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer.

Professor Wewetzer, Frau Wewetzer und alle Oberärztinnen und Oberärzte der Klinik sind Dozenten im Bereich der regelmäßigen Fortbildungscurricula für PädiaterInnen und für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Herr Dr. Dr. A. Claus ist Dozent an einem Ausbildungsinstitut für tiergestützte Aktivitäten und tiergestützte Therapie.

Folgende wissenschaftlichen Bücher wurden (mit)verfasst:

- Prof. Wewetzer und Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer sind Autoren des Buches „Ratgeber Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ 2014, des Buches „Therapie-Tools Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter“ 2017 und des Therapiemanuals „Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ 2. Aufl. 2019
- Prof. Wewetzer und Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer sind Autoren des Kapitels „Zwangsstörungen“ im Lehrbuch „Therapeutische Heimerziehung“ von N. Beck (Hrsg.), 2020
- Prof. Wewetzer ist Mitautor des Buches „Ratgeber Suizidalität. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. 2019“
- Prof. Wewetzer ist Mitautor des Lehrbuches „Leitfaden Suizidalität“, 2019.
- Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer ist Mitautorin des Buches „Borderline-Störung im Jugendalter“ 2016.
- Dr. Dr. Claus ist im Buch „Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (2015) Verfasser des Kapitels 7 „Rechtliche Grundlagen“.
- Dr. Dr. Claus ist im Buch „Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter“ (2015) im Kapitel 25 „Substanzbezogene Störungen“ Verfasser des Teils zu den illegalen Drogen und zu Nikotin.

Forschungsgebiet: Pharmakovigilanz bei Patienten im Kindes- und Jugendalter

Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Forschung.htm?ActiveID=2402

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Im Rahmen der Personalentwicklung für den Pflegedienst werden vom Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Kliniken der Stadt Köln gGmbH folgende Weiterbildungslehrgänge angeboten:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Qualifizierung zum/zur Praxisanleiter/in
- Qualifizierung zum/zur Schmerzmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Diabetesmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Hygienementor/in
- Qualifizierung zum/zur Ethikmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Ernährungsmentor/in
- Weiterbildung zur Leitung einer Pflegestation oder eines Funktionsbereiches (bei der Caritas Akademie Köln Hohenlind GmbH)
- Fachweiterbildung Onkologie und Psychiatrie (in Kooperation mit dem Uniklinikum Bonn)
- Weiterbildung Sterilisationstechnischer Assistent (bei der Caritas Akademie Hohenlind)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger
	In Kooperation mit der Uniklinik Köln stellen die Kliniken Köln für die praktische Ausbildung Ausbildungsplätze in unseren Fachabteilungen zur Verfügung.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) Ausbildungsstart auf Anfrage
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) Ausbildungsstart auf Anfrage
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre) Die Kliniken der Stadt Köln stellen für die praktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung zum "Notfallsanitäter/ Notfallsanitäterin" in Kooperation mit der Stadt Köln (Berufsfeuerwehr) Ausbildungsplätze zur Verfügung.

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 78

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 640

Teilstationäre Fälle: 143

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 2.360

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,38
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,38
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,38
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Fachärztinnen und Fachärzte	5,88
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,88
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,63
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	32,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	32,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,6	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	8,6
Eine Psychologin verfügt über die Approbation als Erwachsenenpsychotherapeutin und befindet sich aktuell in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Alle anderen Psychologen/innen befinden sich in der Weiterbildung zum Erwachsenen- /Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten.	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,6
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,58
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,08
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,07
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	2,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	2,58
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,08
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
SP06	Erzieherin und Erzieher	12,27
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,27
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	12,27
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	1,04
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,04
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,04
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,77
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,77
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	8,6
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,6
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	6,6
	– davon ambulante Versorgungsformen	2
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,75
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,75
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thuesing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement | Weiterentwicklung der QM – Methoden | Klinisches Risikomanagement | Unternehmenskultur & Leitbild | Zertifizierungen
 Telefon: 0221 / 8907 – 2785
 Telefax: 0221 / 8907 – 2863
 E-Mail: ThuesingC@kliniken-koeln.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung: Geschäftsführung
 Klinische Direktion, Ärztliche Direktoren
 Kaufmännische Direktion
 Pflegedirektion
 Leitung Unternehmenskommunikation
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thuesing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement | Weiterentwicklung der QM – Methoden | Klinisches Risikomanagement | Unternehmenskultur & Leitbild | Zertifizierungen
 Telefon: 0221 / 8907 – 2785
 Telefax: 0221 / 8907 – 2863
 E-Mail: ThuesingC@kliniken-koeln.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung: Geschäftsführung
 Klinische Direktion, Ärztliche Direktoren
 Kaufmännische Direktion
 Pflegedirektion
 Leitung Unternehmenskommunikation
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name: QM-Handbuch Letzte Aktualisierung: 27.07.2020
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement Name: Verfahrensanweisungen Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 23.09.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name: Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 19.02.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name: Verfahrensanweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung Letzte Aktualisierung: 06.03.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name: Verfahrensanweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV Letzte Aktualisierung: 07.03.2017
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM18	Entlassungsmanagement Name: Verfahrensanweisung Entlassung Letzte Aktualisierung: 24.01.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 20.01.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
 Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

- Jährliche Durchführung von externen Risikoaudits
- über 120 umgesetzte Maßnahmen auch über die Risikokoordinationsteams in den Kliniken Köln
- Regelmäßige Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Weiterentwicklung der Patientendatendokumentation

- Verfahrensanweisungen zu besonders sicherheitsrelevanten Abläufen
- Umgangs- und Verhaltenskodex zur Prävention sexueller Gewalt

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Die externen Berichte der einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme (z.B. "Fehler des Monats" oder "paper of the month") werden intern kommuniziert und genutzt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5
Die Krankenhaushygieniker/innen des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Eine Hygienebeauftragte-Ärztin ist für die KJP zuständig.	
Hygienefachkräfte (HFK)	13
Die HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	2
Die Hygienebeauftragten sind für die KJP zuständig.	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Herr Dr. Reinhold Cremer
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ltd. OA Pädiatrie
 Telefon: 0221 / 8907 – 5438
 Telefax: 0221 / 8907 – 5330
 E-Mail: CremerR@kliniken-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft: ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standort-spezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienefachkräftenetzwerk der Region Bundesweiten Neonatalerhebung (Aqua-Instituts) GNN-Studie des BMG MRE Netzwerk: Labor, regio rhein ahr HYGPFLEG-Netzwerk Arbeitsgemeinschaft Hygiene der DGHM Netzwerk Zukunft + Hygiene (NZH) European Committee on Infection Control (EUCIC)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
	Die Aufbereitung der Medizinprodukte erfolgt je nach Produkt intern, oder durch einen externen Dienstleister. Es erfolgt eine jährlich Leistungsüberprüfung.	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt verpflichtend eine mindestens jährliche Onlineschulung aller Mitarbeiter.	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
	Konstruktive Vorschläge und kritische Anmerkungen werden zur Verbesserung genutzt. In einer speziellen hausübergreifenden Rückmeldekommission werden Lob, Wünsche und Beschwerden strukturiert analysiert und Verbesserungen abgeleitet.	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
	Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden ist in einer intern veröffentlichten Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden" geregelt.	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
	In einer Verfahrensanweisung zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden sind Zeitziele von max. sieben Bearbeitungstagen bis zur Erstantwort von schriftlich eingehenden Beschwerden definiert.	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	M.A. Franziska Jacob Qualitäts- und Beschwerdemanagement Telefon: 0221 / 8907 – 2813 Telefax: 0221 / 8907 – 2285 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de MSc Ute Westphal Qualitätsmanagement Telefon: 0221 / 8907 – 2429 Telefax: 0221 / 8907 – 2863 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de
	Weiterer Ansprechpartner ist der Patientenfürsprecher des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße. https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfursprecher_Kontaktformular.htm	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Klaus Wiedemann Patientenfürsprecher Telefon: 0221 / 8907 – 15081 Telefax: 0221 / 8907 – 5159 E-Mail: WiedemannK@kliniken-koeln.de
	Der Patientenfürsprecher ist einmal wöchentlich im Haus und bearbeitet die telefonisch, persönlich oder schriftlich die eingehenden Rückmeldungen. Auf Wunsch werden ebenfalls Termine vor Ort vereinbart. Sprechzeiten entnehmen Sie bitte den Aushängen / Flyern. Ein Kontaktformular steht im Internet zur Verfügung: [[https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm]]	
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm
	Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden, ebenso steht der Patientenfürsprecher auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen).	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
	Regelmäßige Patientenbefragungen werden durchgeführt. Eine kontinuierliche Patientenbefragung wurde 2017 eingeführt. Ein Jahresbericht wird jährlich intern veröffentlicht.	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	
	Einweiserbefragungen werden regelmäßig durchgeführt.; im Jahr 2017 fand die aktuellste Einweiserbefragung statt.	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multi-professionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. Horst Kierdorf
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Direktor
 Telefon: 0221 / 8907 – 2015
 E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	12
Weiteres pharmazeutisches Personal	20

¹ Anzahl der Personen

Die Zuständigkeit der Apotheke erstreckt sich über alle Krankenhäuser der Kliniken der Stadt Köln gGmbH.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
Allgemeines		
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	
	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	
	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)	
	Entlassung	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	
	Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit den Krankenhäusern Holweide, Merheim		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Uro-dynamischer Messplatz	Harnflussmessung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt

**A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung
des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Name: Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr.med. Christoph Wewetzer

Funktion / Chefarzt

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 – 2021

Telefax: 0221 / 8907 – 2052

E-Mail: kraj@kliniken-koeln.de

Straße: Florentine-Eichler-Straße 1

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ermöglicht eine gemeindenahе Versorgung im Bereich der Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen, wie z.B. Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, Psychosen, Suchterkrankungen oder Aufmerksamkeits- und Lernstörungen.

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind Psychosen, Essstörungen, Zwangsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom), stoffgebundene und nicht stoffgebundene Suchterkrankungen

Folgende Einrichtungen stehen zur Verfügung:

- eine offene Jugendstation
- eine Intensivstation/geschlossene Station
- eine Station für qualifizierten Entzug
- eine Kinderstation für Kinder bis ca. 12 Jahren mit 3 Eltern-Kind-Einheiten
- eine Kinderstation für Kinder von ca. 12 bis 15 Jahren
- eine Tagesklinik mit einer Gruppe für Kinder und einer Gruppe für Jugendliche

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnitsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Vollstationäre Fallzahl: 640

Teilstationäre Fallzahl: 143

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	219
2	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	68
3	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	62
4	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	51
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	49
6 – 1	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	28
6 – 2	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	28
8 – 1	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	15

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8 – 2	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	15
10	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	12
11	F42	Zwangsstörung	11
12	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	8
13 – 1	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	7
13 – 2	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	7
15 – 1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	6
15 – 2	F20	Schizophrenie	6
15 – 3	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	6
18 – 1	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	5
18 – 2	F34	Anhaltende (chronische) Stimmungs- und Gefühlsstörung	5
18 – 3	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	5
18 – 4	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	5
22 – 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	4
22 – 2	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	4
24 – 1	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
24 – 2	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
24 – 3	F17	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Tabak	< 4
24 – 4	F41	Sonstige Angststörung	< 4
24 – 5	F68	Sonstige Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung	< 4
24 – 6	F64	Störung der Geschlechtsidentität	< 4
24 – 7	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln – Ticstörung	< 4

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	6.483
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	3.170
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	945
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	523
5	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	493
6	9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	135
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	38
8	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	29
9	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	25
10	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	20
11 – 1	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	< 4
11 – 2	9-510	Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern	< 4
11 – 3	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
11 – 4	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
11 – 5	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	< 4

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
Spezialsprechstunde
Psychosomatische Komplexbehandlung

Traumaambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
Spezialsprechstunde

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

Angebotene Leistung
Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
Spezialprechstunde

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,38
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,38
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,38
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,88
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,88
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,63
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

Herr Prof. Dr. Wewetzer und Herr Dr. Dr. Claus verfügen über das Zertifikat „Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung“ der drei Fachgesellschaften des Faches.

Herr Prof. Dr. Wewetzer und Herr Dr. Dr. Claus sind durch die Landesärztekammer NRW akkreditierte Supervisoren.

Herr Prof. Dr. Wewetzer und Herr Dr. Dr. Claus verfügen über das Zertifikat „Kinder- und Jugend-Suchtmedizin!“ der drei Fachgesellschaften des Faches.

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	32,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	32,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,6	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Alle Psychologinnen und Psychologen ohne diese Qualifikation befinden sich in der Weiterbildung zum Erwachsenen- oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Klinik bietet zusätzlich die fachtherapeutische Richtung "Musiktherapie" an. Die Stelle umfasst derzeit 34h/Woche.

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	8,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,6
– davon ambulante Versorgungsformen	2

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,58
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,58
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,08
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,07
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	2,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ermöglichen.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

KTQ- Verbundzertifizierung seit 2004/2005	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	KTQ- Verbundzertifizierung seit 2004/2005
Ergebnis	siehe: https://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.46.0.html

Bronze-Zertifikat Aktion Saubere Hände	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bronze-Zertifikat Aktion Saubere Hände
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifikat zur Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz durch MRE-Netz	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat zur Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz durch MRE-Netz
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifiziert nach der LQW (Lernorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung)	
Leistungsbereich	AFW (Institut für Aus- Fort- und Weiterbildung)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziert nach der LQW (Lernorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung)
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifizierte Webseite zum Thema Patientenfreundlichkeit durch Imedon	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifizierte Webseite zum Thema Patientenfreundlichkeit durch Imedon
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Jährliche Begehung und Überprüfung durch die Staatliche Besuchskommission gemäß § 23 PsychKG NRW	
Leistungsbereich	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Jährliche Begehung und Überprüfung durch die Staatliche Besuchskommission gemäß § 23 PsychKG NRW
Ergebnis	Positive Bewertung der Bezirksregierung erhalten

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Das Krankenhaus hat in den Bereichen, für die Mindestmengen festgelegt sind, keine Leistungen erbracht.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für das Krankenhaus sind keine Mindestmengenrelevanten Leistungen im Prognosejahr geplant.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	7
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	7
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	7

¹ nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

² Anzahl der Personen

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsziele werden zwischen den jeweiligen Chefärzten / Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Im Rahmen von Strategietagungen, in Zielvereinbarungsgesprächen und Monatsgesprächen wird die Übereinstimmung der Ziele mit den Unternehmenszielen überprüft und weiterentwickelt. Die jeweilige Abteilungsleitung bespricht die Qualitätsziele mit den nachgeordneten MitarbeiterInnen. Gemeinsam werden Ziele konkretisiert und die notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart. Übergreifende Qualitätsziele sind die Patientenzufriedenheit und -sicherheit sowie die Mitarbeiterzufriedenheit (Einzelheiten: siehe D-2).

Die Ziele sind ausgerichtet auf unser Leitbild und die Unternehmensstrategie mit den Zieldimensionen Mitarbeiterorientierung / Kultur, Patienten-/Kundenorientierung, Struktur, Prozesse und Wirtschaftlichkeit.

Unser Leitsatz im Leitbild heißt "Beste Medizin für alle – Der Mensch im Zentrum unseres Handelns". Die Kliniken Köln stellen einen wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung im Großraum Köln sicher. Als kommunale Kölner Krankenhäuser stehen sie jeder und jedem offen unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Religion, Weltanschauung und sozialer Stellung. Die stete Achtung der Menschenwürde ist grundlegend.

Wir respektieren das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und bieten ihnen Fürsorge und Hilfe an. Ist Heilung nicht möglich, begleiten und beraten wir mit unseren Konzepten bis hin zur palliativen Versorgung.

Patientinnen und Patienten begegnen wir respektvoll und berücksichtigen dabei individuelle Bedürfnisse sowie den „Umgangs- und Verhaltenscodex“.

Auch wenn Engpässe aufgrund der limitierten Ressourcen auftreten, ist die Würde des Menschen für uns unantastbar. Dies schließt auch die Fürsorge für Patienten ein, die ihre eigenen Bedürfnisse noch nicht oder nicht mehr eigenständig äußern können.

Unsere **Strategie** definiert mit einem Zeithorizont von vier bis fünf Jahren die Ziele der Kliniken Köln und die Projekte und Maßnahmen, um diese zu erreichen. Unsere **Unternehmenskultur** beantwortet die Frage, wie wir unsere Strategie und unser ethisches Grundverständnis umsetzen. Kern unserer Unternehmenskultur sind unsere **gemeinsamen Werte**, für deren Umsetzung alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich sind:

- Gemeinsamkeit
- Ehrlichkeit
- Verbindlichkeit
- Offenheit

Die Führungskräfte haben beim Vermitteln und Umsetzen dieser Werte die Vorbildrolle. Unser Führungsverständnis passend zu unseren Werten und zu unserer Strategie ist durch folgende Führungsgrundsätze definiert:

Wir als Führungskräfte in den Kliniken Köln

- setzen uns gemeinsam für das ganze Unternehmen ein,
- treffen Entscheidungen verbindlich und kommunizieren diese klar,
- schaffen Vertrauen und Glaubwürdigkeit durch Ehrlichkeit und Transparenz,
- sprechen Anerkennung und Kritik in einer angemessenen, wertschätzenden Weise an,
- sind in der Lage konstruktive Kritik anzunehmen, sich selbst zu reflektieren und eigene Fehler einzugestehen,

- *fördern das Miteinander und die Zusammenarbeit im Team und*
- *initiiieren und gestalten Veränderungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens.*

Ausgehend vom Leitbild und der Strategie vereinbaren die Chefärzte / Abteilungsleitungen mit der Geschäftsleitung die konkreten Jahresziele incl. der Qualitätsziele für die einzelnen Abteilungen (siehe D-2). Um diese umzusetzen, vereinbaren die Vorgesetzten mit ihren Mitarbeiter/-innen im jährlichen Zielvereinbarungs-/Fördergespräch die für das jeweilige Jahr wichtigsten Ziele.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele 2020

Qualitätsziele sind zwischen den jeweiligen Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Sie werden im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche überprüft und weiterentwickelt. Die jeweilige Abteilungsleitung bespricht die Qualitätsziele mit den nachgeordneten Mitarbeitern/innen. Gemeinsam werden Ziele, notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart.

Gemeinsame Ziele der Fachabteilungen sind:

- Implementierung mindestens zwei neuer Behandlungspfade pro Jahr (solange es hierfür geeignete Krankheitsbilder gibt) sowie Aktualisierung der bestehenden Behandlungspfade alle 3 Jahre und bei Bedarf, z.B. sobald die Leitlinien der Fachgesellschaften ergänzt oder aktualisiert sind.
- Unterstützung der Umsetzung und Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
 - zu den halbjährlichen Auswertungen der kontinuierlichen Patientenbefragung
 - zu den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung im Oktober 2020,
 - zum Berichtswesen der Qualitätsindikatoren,
 - zum Screening / Audit mit der Haftpflichtversicherung,
 - zu den durchgeführten Risikoaudits sowie
 - zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Zentren.

Die Zielsetzung ist jeweils das Erreichen der Benchmarkwerte, der Referenzwerte und die Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsverfahren.

Krankenhausübergreifende Bereiche/Einrichtungen der Kliniken Köln:

Pflegedienst

- Neuaufstellung der oberen Führungsebene
- Mitwirkung bei der Wiedererlangung einer vertrauensbasierten Unternehmenskultur
- konsequente Umsetzung einer abgestimmten Einsatzplanung
- Implementierung eines weiterführenden Personalausfallkonzepts; Erweiterung des Mitarbeiter-Pools
- Neuorganisation der Stationsabläufe (Service & Logistik)
- Jährliche Durchführung von strukturierten Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen durch den/die Vorgesetzten

- Umsetzung und Evaluierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege
- Durchführung und (Re-) Evaluation von Stationsanalysen (jährliche stationsinterne Audits) in allen Pflege- und Funktionsbereichen u.a. zur Überprüfung der Patientenpflege und der Umsetzung von Standards und Verfahrensanweisungen
- Weiterführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen
- Konzeptentwicklung und Einführung der Pflegevisite
- Weiterentwicklung des standardisierten Pflege-Assessment-Instruments zur Erfassung des Pflegebedarfs
- Steigerung der pflegerischen Dokumentationsqualität in Bezug auf Erlössicherung, Rechtssicherheit und Informationsgehalt
- Ausbau der Dokumentation nach PKMS (DRG relevant)
- Erfassung der Stürze und der Dekubiti (laut der entsprechenden DNQP-Expertenstandards); Umsetzungsevaluation von Aktionsplänen
- Weiterer Ausbau des Wundmanagements (Ausbildung zum Wundexperten „ICW“)
- Kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards hausübergreifend
- Optimierung des Aufnahmeprozesses durch Ausbau des Zentralen Patientenmanagements
- Optimierung des Entlassungsmanagements auch im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Anforderungen

Institut für Aus- und Weiterbildung:

- Erarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung der gesetzlichen Veränderungen im Kontext der Pflegeberufe (generalistische Ausbildung)
- Implementierung und Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung
- Entwicklung und Etablierung neuer Weiterbildungsprodukte (u. a. Fachweiterbildung pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie)
- Entwicklung und Anwendung eines Rekrutierungskonzepts zur Steigerung der Zahl an Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Weiterentwicklung von Kooperation und Netzwerken, insbesondere mit Hochschulen und Bildungseinrichtungen (Akademisierung der Pflege, Stationsleitungskursen, Krankenpflegehelfer, Hebammen)
- Aufnahme in die Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung in der Region Köln (u.a. Qualitätstestierung durch Certqua)
- Mitwirkung bei der Pflegestärkung durch
 - Ausbau der Ausbildungskapazitäten (Ausbildungsplätze, Raumkapazitäten)
 - Anerkennungsqualifizierungen ausländischer Pflegekräfte
- Etablierung als Netzwerkpartner im Deutschen Netzwerk Ersteinschätzung (MTS)
- Digitalisierung der Aus- und Weiterbildung (mit Mitteln aus dem Digitalpakt Schule)
- Weiterentwicklung des AFW Internet- und Intranetauftritts

Personalentwicklung / innerbetriebliche Fortbildung

- Bildungsbedarfserschließung durch den Einsatz von Personalentwicklungsinstrumenten (strukturierte Mitarbeitergespräche)
- Effektivere Kommunikations- und Informationsvorgänge mit allen Unternehmensbereichen
- Implementierung einer digitalen Lernplattform: Entwicklung und Erprobung von digitalen Lernformaten, insbesondere im Bereich der Pflichtfortbildungen
- Systematische Dokumentation der Pflichtschulungen
- Weiterentwicklung von easySoft und Schnittstellenerweiterung zu TimeOffice
- Aufbau einer Bildungshistorie, systematische Erfassung von Fortbildungen und Qualifikationen
- Einarbeiten des neuen Kompetenzmodells in die unterschiedlichen PE-Instrumente (Mitarbeitergespräche, Auswahl, etc.) zur gezielten Förderung der Unternehmenskultur und Personalentwicklung
- Förderung der Führungskräfteentwicklung, insbesondere durch Führungskräfte trainings
- Weiterentwicklung des Internet- und Intranetauftritts der Personalentwicklung

Institut für Transfusionsmedizin:

- Selbstversorgung der Patienten mit Blutkomponenten im Umfang von 98%
- Optimierung des Werbekonzepts zur Blutspender-Gewinnung
- Erfüllen des Akkreditierungsstandards nach DIN EN ISO 15189 der DAkkS für die medizinische Laboratoriumsdiagnostik des Instituts

Zentralapotheke:

- Abteilungsübergreifender Aufbau eines Gerinnungsdepots für Notfälle
- Weiterer Ausbau der Nutzungsoptionen des inzwischen etablierten Programmes „AiDKlinik“ und weitere Schulung dieser Arzneimittel-informationsssoftware
- Aufbau der Schrankversorgung mit Arzneimitteln
- Etablierung eines Anamnesemanagements für Arzneimittel im elektiven Bereich
- Beteiligung am interdisziplinären Antibiotikamanagement-Team in Form von Teilnahme an ABS-Visiten

Institut für Pathologie:

- Ausbau des Qualitätszirkels Histologie
- Ausbau eines Pathologie-spezifischem QM, evtl. mit Akkreditierung
- Weiterentwicklung des Rheinischen Tumorzentrums

Zentrales Institut für Hygiene:

- Schulung aller medizinischen Mitarbeitern in allen Bereichen sicherstellen (z.B. durch Präsentation am Einführungstag)
- Teilnahme am Hand-KISS
- Teilnahme an Surveillance Untersuchungen
- Durchführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP):

- Ausbau der Vernetzung mit niedergelassenen Pädiatern und der Jugendhilfe
- Weiterer Ausbau der engen Kooperation mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und dem zuständigen Jugendamt, u. a. durch regelmäßige Treffen mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und anderen Kliniken
- Erarbeitung von standardisierten Einarbeitungskonzepten für die verschiedenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Berufsgruppen
- Gewährleistung einer strukturierten Einarbeitung und Ausbildung der PJ-Studenten, die inzwischen ein gesamtes Tertial in der Klinik für KJPP ableisten können.
- Koordination der Umsetzung des neuen Patientenrechtegesetzes mit den Amts- und Familiengerichten des Versorgungsgebietes
- Standardisierung der Abläufe bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen in der Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Ausbau der Klinik um 8 stationäre Betten
- Planung und Durchführung einer Tagesklinik in Leverkusen
- Organisation und Moderation der "Elternwerkstatt" im Studio DuMont, Köln, eines regelmäßigen öffentlichen Forums zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen für alle interessierten Eltern

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement ist eine dem Klinischen Direktor / der Geschäftsleitung direkt unterstellte Abteilung mit einem Leiter und fünf MitarbeiterInnen (insgesamt 4,5 Vollzeitstellen), die gemeinsam die drei Krankenhäuser betreuen. Die Ziele, Kompetenzen und Aufgaben sind im Geschäftsverteilungsplan festgelegt.

Über die krankenhausübergreifende Betriebsleitung erfolgt die Koordination der Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements. Hierzu gehört die Abstimmung der jeweiligen Jahresplanung mit den wesentlichen Aktivitäten und Zielen.

Die Ergebnisse der KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, der externen Risikoaudits, die Analyse von CIRS-Meldungen, Qualitätsindikatoren und der durchgeführten Befragungen, die Anregungen von KollegenInnen, die Rückmeldungen der PatientenInnen und deren Angehörigen sowie unserer EinweiserInnen sind die Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Alle Ergebnisse und Rückmeldungen werden auch auf sicherheitsrelevante Inhalte hin ausgewertet und strukturiert bearbeitet, um die Sicherheit unserer PatientInnen weiter zu steigern.

Verbesserungen werden durch die Geschäftsleitung bzw. die Betriebsleitung, u.a. in Form von Aufträgen für Qualitätszirkel-, Projektgruppen oder an die zuständigen Leitungen bzw. benannten Funktionsträger initiiert.

Das Qualitätsmanagement kontrolliert gemeinsam mit den Auftraggebern den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen.

Die Ergebnisse werden u.a. im Intranet, in Besprechungen, auf Informationsveranstaltungen und in der schriftlichen Mitarbeiterinformation „KLINIK AKTUELL“ veröffentlicht. Zweimal im Jahr findet das „QM-Netzwerktreffen“ mit Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Qualitätsmanagements aus den einzelnen Abteilungen statt. Dabei werden aktuelle Aktivitäten des Qualitätsmanagements, z.B. Ergebnisse von Analysen und Projekten sowie abteilungsspezifische Aktivitäten vorgestellt.

Das Netzwerktreffen ist auch ein Forum, in dem die Instrumente und Tätigkeiten des Qualitätsmanagements kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Informationen zur Abteilung finden Sie auch im Internet unter: http://www.kliniken-koeln.de/?ueber_uns_Qualitaetsmanagement_Startseite.htm?ActiveID=1650

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

In unserem Krankenhaus sind die QM-Instrumente in vier Kategorien eingeteilt:

1. Instrumente zur Analyse der Qualität

- Durchführung der systematischen KTQ-Selbstbewertung und
- der krankenhausesübergreifenden KTQ-Fremdbewertung und externer Audits zu den Organzentren sowie zur perioperativen Schmerztherapie durch unabhängige, externe Visitoren / Auditoren
- Durchführung von externen Risikoaudits
- Durchführung interner Audits
- Analyse von Rückmeldungen (einschl. Beschwerdemanagement)
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- unterjähriges Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus Routinedaten
- Identifikation und Analyse kritischer Ereignisse über das Critical Incident Reporting System (CIRS) und über einrichtungsübergreifende Meldesysteme (u.a. CIRS Medical)
- Umsetzung einer offenen Fehlerkultur in Einzel- und Teambesprechungen sowie in Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

2. Instrumente zur Verbesserung der Qualität

- Umsetzung von Aktionsplänen zu allen o.g. Analyse-Instrumenten
- Kommunikation und Evaluation des Leitbildes zur Weiterentwicklung der Unternehmens- und Sicherheitskultur
- Durchführung von Führungskräftebildungen in der Form von Human Factor Trainings
- Projektgruppenarbeit zur Ausarbeitung und Umsetzung konkreter, zeitlich befristeter Projektaufträge
- Qualitätszirkelarbeit zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe
- Bearbeitung von Patienten-Rückmeldungen in der fachübergreifenden Rückmeldekommission, insbesondere zum Thema Patientenservice
- Implementierung von Behandlungspfaden, Standards zur Erstversorgung, Verfahrensanweisungen und Checklisten,
- Koordination des Ideenmanagements

3. Instrumente zur Dokumentation der Qualität

- Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet; das Handbuch ist nach den KTQ-Kriterien gegliedert
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung im Intranet

- Veröffentlichung des KTQ-Visitationsberichts und der Berichte externer Audits im Intranet
- Erstellung von QM-Jahresberichten
- Darstellung der Qualität, einschließlich der Qualitätsziele (siehe D-2) im Qualitätsbericht
- Berichte über die o.g. Analysen und die abgeleiteten Verbesserungen im Intranet

4. Instrumente zur Information über die Aktivitäten des Qualitätsmanagements

- Informationsveranstaltungen
- internes QM Netzwerktreffen
- Teilnahme des Qualitätsmanagements an Leitungs- und Teambesprechungen
- Schulungen, z.B. zum klinischen Risikomanagement, Umgang mit Beschwerden, zur Durchführung einer KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, zur Erstellung, Implementierung und Auswertung von Behandlungspfaden, zur Aufbereitung und Analyse der Qualitätsindikatoren und für die CIRS-Vertrauenspersonen
- Veröffentlichung aktueller Themen in der zweimal monatlich erscheinenden KLINIK AKTUELL
- QM-Intranet-Seite und Nutzung der Kliniken-Rundmail
- Veröffentlichungen in der Fachpresse
- Vorträge in Fachgremien und auf Kongressen / Tagungen
- Unterrichtseinheiten in Stationsleiterkursen, für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege, der operationstechnischen Assistenten und der Medizinisch Radiologischen Assistenten zu den wesentlichen Zielen und Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Krankenhausübergreifende Projekte, Aktivitäten und Qualitätsgruppen des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements:

Koordination der Aktivitäten in der krankenhausübergreifenden Betriebsleitung

- Rezertifizierung der Akutschmerztherapie
- KTQ Rezertifizierung; Bearbeitung der Visitationsberichte in der Form eines Aktionsplans
- Optimierung der Patientensicherheit durch klinisches Risikomanagement u.a. mit externen Risikoaudits, Risikokoordinationsteams, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie durch die Analyse der medizinischen Qualitätsindikatoren und ggf. Ableitung von gezielten Verbesserungen
- Klinische Prozessoptimierung (z.B. Koordination der Behandlungspfade, Standards zur Erstversorgung,
- Beschwerdemanagement mit Rückmeldekommissionen inkl. Aktionsplänen (auch zu sicherheitsrelevanten Themen)
- Unterstützung der Unternehmenskultur, u.a. auch durch die Weiterentwicklung des Leitbilds, Leitbildaktionen und Mitarbeiterbefragungen auch zur Umsetzung der Führungsgrundsätze

- Erstellung der gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 136b SGB V
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuches; Nutzung der Software Nexus-Curator
- Betreuung des Ideenmanagements
- Durchführung und Moderation von internen QM-Netzwerktreffen
- Moderation des Klinischen Ethik Komitees
- Durchführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement unter Berücksichtigung der Patientensicherheit
- Durchführung einer klinikübergreifenden Einweiserbefragung auf der Grundlage der erfolgreichen Einweiserbefragung in den onkologischen Zentren

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Grundlage unserer Qualitätsbewertungen ist der „PDCA-Zyklus“:

Plan: Liegt ein Konzept mit definierten Zielen und Verantwortlichkeiten vor?

Do: Ist das Konzept bekannt und wird es in allen Bereichen umgesetzt?

Check: Werden die formulierten Ziele durch die Umsetzung erreicht?

Act: Werden aus der Zielkontrolle die richtigen Schlussfolgerungen gezogen?

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH mit dem Krankenhaus Merheim, dem Krankenhaus Holweide und dem Kinderkrankenhaus sind nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, www.KTQ.de) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Der 12 Monate dauernde Zertifizierungsprozess wird alle 3 Jahre durch umfassende Selbstbewertungen und durch neuntägige Fremdbewertungen mit Dialogen und Begehungen in allen Fachabteilungendurch unabhängige, externe Visitoren wiederholt.

Alle Standorte sind seit 2004/2005 Q zertifiziert, seit 2014 im Rahmen einer Verbund-Rezertifizierung. Aus den Visitationsberichten werden Aktionspläne erstellt, deren Umsetzung das Qualitätsmanagement begleitet.

In Kooperation mit der Haftpflichtversicherung und der Gesellschaft für Risikoberatung mbH (GRB) wurde ein Screening-Modell zur Bewertung der Patientensicherheit / des klinischen Risikomanagements entwickelt. Dieses wird inzwischen deutschlandweit eingesetzt und in jährlichen gemeinsamen Treffen weiterentwickelt. Alle drei Jahre werden die Kliniken Köln anhand dieses Modells extern bewertet; auch hier wird anschließend ein Aktionsplan abgeleitet, dessen Umsetzung beim nächsten Screening bewertet wird.

Konkrete Qualitätsmessungen sind jeweils Bestandteil der Qualitätszirkel- und Projektgruppenarbeit. Zur Bewertung und Verbesserung der Patientensicherheit wurden/ werden u.a. regelmäßige externe Risikoaudits (mindestens zwei pro Jahr) durchgeführt.

Die medizinische Prozess- und Ergebnisqualität wird im Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 136ff SGB V und zu den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten im Vergleich zu den jeweiligen Referenzdaten bewertet.

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, unserer Einweiserinnen und Einweiser sowie unserer Mitarbeiter erheben wir unter Nutzung wissenschaftlicher Methoden durch den Einsatz von Fragebögen mit einer externen Forschungsgruppe. Durch die Kooperation mit diesem externen Institut ist zusätzlich der Vergleich mit anderen Krankenhäusern (Benchmarking) gewährleistet.

Die komplette Übersicht der eingesetzten Methoden zur Bewertung und Analyse ist in diesem Bericht unter „D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements“ abgebildet.

Patientenbefragung

Seit Ende 2016 wird eine kontinuierliche Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Benchmarkings mit den Ergebnissen von über 107 Krankenhäusern verglichen. Verbesserungsmaßnahmen werden aus den Ergebnissen auf zwei Ebenen abgeleitet:

- klinik-/stationsspezifisch (z.B. Optimierung der Patienteninformationen, z.B. zu den Nebenwirkungen von Medikamenten) und
- krankenhausübergreifend (z.B. Neukonzeption der Speisenversorgung).

Mitarbeiterbefragung

Eine Vollbefragung der Mitarbeiter mit externem Benchmark (mit 163 Vergleichskrankenhäusern) wurde zuletzt 2013/2014 durchgeführt, der Rücklauf betrug 62%. Die nächste Mitarbeiterbefragung findet im Oktober 2020 statt. Die Umsetzung von Verbesserungen erfolgt sowohl durch den krankenhausübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne.

Auswertung der Meinungsbögen/Lob und Beschwerden

Das Qualitätsmanagement nimmt Lob, Kritik und Anregungen aller Patienten/-innen telefonisch oder schriftlich entgegen. Die Rückmeldungen werden halbjährlich ausgewertet.

In über 80% der Rückmeldungen wurden unsere Pflegefachkräfte und die Ärzte als freundlich und kompetent beschrieben. Konstruktive Vorschläge von den Patienten konnten umgesetzt werden; die Beschwerden wurden patientenorientiert intern und extern bearbeitet.

Krankenhausübergreifend trifft sich eine Rückmeldekommission, um alle eingegangenen Bögen zu sichten und strukturelle Probleme zu bearbeiten. Diese Rückmeldekommission besteht aus der Patientenführerin, dem Leiter des Patientenservice (zuständig u.a. für Speiseversorgung und Reinigung), und dem Qualitätsmanagement sowie nach Bedarf aus einem ärztlichen Vertreter oder ggf. Mitarbeiter von anderen betroffenen Bereichen. Möglichkeiten zur Verbesserung werden in Aktionspläne umgesetzt, die von den Mitgliedern der Rückmeldekommission weiter bearbeitet oder an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet werden.

Einweiserbefragung

Die Einweiserbefragung wurde 2017/2018 erfolgreich für alle bettenführenden Fachabteilungen durchgeführt: Das Ziel einer Rücklaufquote von 15% zu erreichen, wurde in 16 der 18 Kliniken überschritten (Rücklaufquoten einzelner Kliniken: 12,30% bis 47,10%; Durchschnitt über alle Kliniken: 22,98%). Es gibt eine hohe Zufriedenheit der Einweiser/ Zuweiser zu den abgefragten Themen. Auf einer fünfstufigen Skala zur Einschätzung der Gesamtzufriedenheit wählten 85,32% die höchste bzw. zweithöchste Kategorie, 4% wählten „eher unzufrieden“ bzw. „unzufrieden“. Der Mittelwert über alle Kliniken ist 87,77 von 100 Punkten. (zufrieden = 100 ; eher zufrieden = 75; teils/ teils = 50; eher unzufrieden = 25; unzufrieden = 0).

Bei besonders guten Bewertungen werden die bewährten Lösungen ausgeweitet; bei identifizierten Verbesserungspotentialen werden Maßnahmen mit Hilfe von Aktionsplänen abgeleitet, z.B. Verbesserung der Kontaktaufnahme mit den Einweisern bei besonderen Ereignissen.