



# Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Standort-Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V für das Berichtsjahr 2020 – erstellt am 15.11.2021



# **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 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.

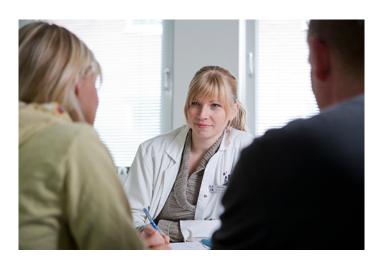
Nach der Diagnostik folgt die Entwicklung eines Behandlungsplans. Das Behandlungskonzept ist multimodal aufgebaut und wird für jeden Patienten individuell zusammengestellt. Kennzeichnend für ein multimodales Behandlungskonzept ist, dass neben den Ärzten und Psychologen weitere qualifizierte Berufsgruppen 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, Musik-



therapie, 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 kinderund 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 Kinderund 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 eingegangen Meldungen bereits verändert werden.

Als erstes Kölner Krankenhaus wurde das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße im Jahr 2004 erfolgreich erstmalig durch die KTQ $^{\otimes}$  - 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 und verschiedener Sportgeräte oder Projektwochen mit dem Kölner Spielezirkus.



# 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 / Arbeitsschwer- Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement

punkt:

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 / Arbeitsschwer- Geschäftsführer

punkt:

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
Δ	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhaus-	
^		0
۸.1	standorts	
	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	
	Name und Art des Krankenhausträgers	
	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	
	Organisationsstruktur des Krankenhauses	
	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	
	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	
	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	
	Aspekte der Barrierefreiheit	
	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	
	Forschung und Lehre des Krankenhauses	
	Forschung und akademische Lehre	
	Ausbildung in anderen Heilberufen	
	Forschungsschwerpunkte	
	Anzahl der Betten	
	Gesamtfallzahlen	
	Personal des Krankenhauses	
	Ärztinnen und Ärzte	
	Pflegepersonal	1/
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und	10
	Psychosomatik	
	Spezielles therapeutisches Personal	
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
	Qualitätsmanagement	
	Verantwortliche Person	
	Lenkungsgremium	
	Klinisches Risikomanagement	
	Verantwortliche Person	
	Lenkungsgremium	
	Instrumente und Maßnahmen	
	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	
	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	
	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	
	Hygienepersonal	
	Weitere Informationen zur Hygiene	
	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	
	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	
	Umgang mit WundenHändedesinfektion	
		22
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern	22
A 12 2 2 6	(MRE)	22
	Hygienebezogenes Risikomanagement	
	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	
	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) Verantwortliches Gremium	
	Verantwortliche Person	
	Instrumente und Maßnahmen	
	Besondere apparative Ausstattung	
	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß	۷/
A-14	§ 136c Absatz 4 SGB V	20
Δ-14 1		20 28
σ-ι ι	TABLICATION OF CHIEF INCHORDANCE CONTRACTOR	Z ( )



	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	
	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der	
ь.	Regelungen zu den Notfallstrukturen)	29
В	Struktur- und Leistungsdaten der Organisations- einheiten / Fachabteilungen	۲N
R-1	Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie	
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations	;-
B-1.3	einheit / Fachabteilung	
B-1 4	[unbesetzt]	
	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	
	Hauptdiagnosen nach ICD	
	Durchgeführte Prozeduren nach OPSAmbulante Behandlungsmöglichkeiten	
B-1.0	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-1.11	Personelle Ausstattung	35
	Ärztinnen und Ärzte	
	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie un	
	Psychosomatik	
C	Qualitätssicherung3	
	<b>Qualitätssicherung</b>	88
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38
C-1.1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38
C-1.1 C-1.2	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38
C-1.1 C-1.2 C-2	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 48 49
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 -
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 -
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 - 49
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 - 49 50
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 - 49 50 50
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 - 49 50 50
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 - 49 50 50 50 50
C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7 C-8 <b>D</b>	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 50 50 50 51
C-1.1 C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7 C-8 <b>D</b>	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 38 48 49 50 50 50 51 51 52
C-1.1 C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7 C-8 <b>D</b> D-1 D-2 D-3	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 38 48 49 50 50 50 51 51 52 56
C-1.1 C-1.1 C-1.2 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7 C-8 D-1 D-2 D-3 D-4 D-5	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	38 38 38 38 48 49 50 50 50 51 51 52 56 56 58



# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### **Krankenhaus**

Name: Kliniken der Stadt Köln gGmbH – Kinderkrankenhaus

Amsterdamer Straße

Institutionskennzeichen: 260531741

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 / Arbeitsschwer- Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder – und Jugendmedizin

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5201

E-Mail: ToennesB@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Suzanne Matthiä Funktion / Arbeitsschwer- Pflegedienstleitung

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5563

E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann

Funktion / Arbeitsschwer- Geschäftsführer (kfm.)

punkt:

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: 773534000

Standortnummer (alt): 02

Straße: Florentine-Eichler-Straße 1

PLZ / Ort: 51067 Köln

**Ärztliche Leitung** 

Name: Prof. Dr. Christoph Wewetzer

Funktion / Arbeitsschwer- Ärztlicher Leiter

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 2021 E-Mail: KrayJ@kliniken-koeln.de

**Pflegedienstleitung** 

Name: Suzanne Matthiä Funktion / Arbeitsschwer- Pflegedienstleitung

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5563

E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann Funktion / Arbeitsschwer- Geschäftsführer

punkt:

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 Lehr- ja

krankenhaus:

Universität: Universität zu Köln

#### A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Unsere aktuelle Organisationsstruktur ist unter <a href="https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm\_Internet\_17411.pdf">https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm\_Internet\_17411.pdf</a> 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



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
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/KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811]]	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
	Frühsport, Kraftraum, Außengelände mit Fußball- und Basketballfeld, Bouleplatz und eigener Bauern-Garten	
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	
	Ausschließlich Bezugspflege, Fallarbeit in der Tagesklinik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrations-training	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
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/Psychosozialdien	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie	
	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie,	
	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie	
MP63	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/	
MP63	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/ KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811	
MP63	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/ KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811  Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  [z. B. Schulungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen (u.a. z.B. in der Elternwerkstatt des studio dumont	
MP63	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/ KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811  Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  [z. B. Schulungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen (u.a. z.B. in der Elternwerkstatt des studio dumont Herr Prof. Wewetzer)]  Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten	
MP64 MP39	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/ KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811  Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  [z. B. Schulungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen (u.a. z.B. in der Elternwerkstatt des studio dumont Herr Prof. Wewetzer)]  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  Spezielle Entspannungstherapie	
MP64 MP39	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie  Sozialdienst  Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/ KJPPSozialdienst.htm?ActiveID=3811  Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  [z. B. Schulungen, Vorträge, Informationsveranstaltungen (u.a. z.B. in der Elternwerkstatt des studio dumont Herr Prof. Wewetzer)]  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	



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
	[z. B. Erziehungsberatung] https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntraining_Familien-therapie.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	
MP51	Wundmanagement	
	bei Bedarf in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus und dem Krankenhaus Holweide	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
	Kontakte vermitteln Ihnen gern die behandelnde Fachabteilung oder der Sozialdienst https://www.kliniken-koeln.de/KJPPSozialdienst.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 Krankenhau	ises
NM69	Information zu weiteren nicht- medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthalts- raum)	
	TV und WLAN	
	Angebote für schulpflichtige Patientinne	en und Patienten
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 is Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandl	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
	Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten is Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandl	



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.kliniken-koeln.de/KJPP Sozialdienst.htm?ActiveID=3811	
	und Eltern, Sorgeberechtigen oder anderen Angehörigen		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- organisationen	https://www.kliniken-koeln.de/- Kinderkrankenhaus FamilienorientiertSozialdienst 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/Seel- sorge_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 / Arbeitsschwer- Technischer Leiter

punkt:

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		



Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	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/Inter- national_OfficeService_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	https://www.kliniken-koeln.de/Inter- national_OfficeService_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
	https://www.kliniken-koeln.de/Inter- national_OfficeService_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite
	https://www.kliniken-koeln.de/Inter- national_OfficeService_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
	[z.B. Raum der Stille] am Standort Holweide im Krankenhaus Holweide
	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	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
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.

Er erstellt federführend die S3-Leitlinie für die Behandlung von Zwangserkrankeungen bei Kindern und Jugendlichen.

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: <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP\_Forschung.htm?ActiveID=2402">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP\_Forschung.htm?ActiveID=2402</a>

## 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.
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
	Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflege¬fach¬frau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres. Die Kliniken Köln führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
	Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflege¬fach¬frau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres. Die Kliniken Köln führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
	Seit dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflege¬fach¬frau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
	In Kooperation mit dem Klinikum Oberberg entsenden die Kliniken Köln bis zu fünf eigene Auszubildenden an das dortige Bildungszentrum. Dort besuchen die Auszubildenden den theroetischen Unterricht. An den Kliniken Köln wird der praktische Teil der Ausbildung absolviert.
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: 639 Teilstationäre Fälle: 96

Ambulante Fälle:

- Fallzählweise: 2.857

## **A-11** Personal des Krankenhauses

#### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,73
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,73
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,73
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Fachärztinnen und Fachärzte	6,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,83
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25

 $<sup>^{\</sup>mathtt{1}}$  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

	Anzahl¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	16,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	31,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	31,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,41	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,41	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,41	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	



<sup>1</sup> 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	Anzahl¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	
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	8,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,25
- davon ambulante Versorgungsformen	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,43
- davon ambulante Versorgungsformen	0,5
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,29
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,29
- davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### **A-11.4** Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	2,93
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,43
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	2,29
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,29
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	8,25
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,25
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	6,25
	– davon ambulante Versorgungsformen	2

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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 / Arbeitsschwer-

punkt:

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 / Krankenhausübergreifende Betriebsleitung:

Funktionsbereiche: 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 / Arbeitsschwer-

punkt:

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 / Krankenhausübergreifende Betriebsleitung:

Funktionsbereiche: 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



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
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: 25.05.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name: Verfahrensanweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung
21122	Letzte Aktualisierung: 06.03.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name: Verfahrensanweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV Letzte Aktualisierung: 27.07.2021
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 Fehlermelde- system liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 20.07.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehler- meldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Frequenz: halbjährlich

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

	Anzahl¹	
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5	
Die Krankenhaushygieniker/innen des Instituts für Hygiene sind für die Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	drei	
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 gGmb zuständig.	Н	
Hygienebeauftragte in der Pflege 2		
Die Hygienebeauftragten sind für die KJP zuständig.		

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

#### **Vorsitzende / Vorsitzender**

Name: Dr. Jan-Hednrik Rühl

Funktion / Arbeitsschwer- Geschäftsführender OA Pädiatrie

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 15029

E-Mail: RuehlJH@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 nein eingesetzt:

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie ja liegt vor:

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene ja

Resistenzlage angepasst:

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder ja

die Arzneimittelkommission oder die Hygiene-

kommission autorisiert:



Standortspezifischer Standard zur perioperativen ja Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder ja die Arzneimittelkommission oder die Hygiene-kommission autorisiert:

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

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung ja und Verbandwechsel liegt vor:

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 ja die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivnein stationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinnein stationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:

# 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 <sup>1</sup>	ja



Der Standard thematisiert insbesondere	
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA- besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standort- spezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung 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
НМ03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienefachkräftenetzwerk der Region 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 erfolg einen externen Dienstleister. Es erfolgt eine	
НМ09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt jährliche Onlineschulung aller Mitarbeiter.	verpflichtend eine mindestens

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
	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.	



Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung		
ВМ02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)			
	Der Umgang mit Wünschen und Besch Verfahrensanweisung "Umgang mit Wü	werden ist in einer intern veröffentlichten inschen 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"		
ВМ05	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.			
ВМ06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Dipl./M.A. Franziska Jacob Qualitäts- und Beschwerdemanagement Telefon: 0221 / 8907 – 2813 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de		
	Weiterer Ansprechpartner ist der Patientenfürsprecher des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße. https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkranken-haus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm			
ВМ07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Patientenfürsprecherin		
	Die KJPP ist auf dem Gelände des Kran fürsprecherin ist einmal wöchentlich im persönlich oder schriftlich die eingehen ebenfalls Termine vor Ort vereinbart. S Aushängen / Flyern. Ein Kontaktformul [[https://www.kliniken-koeln.de/Kinde haus_Patientenfuersprecher_Kontaktfo	Haus und bearbeitet die telefonisch, den Rückmeldungen. Auf Wunsch werden Sprechzeiten entnehmen Sie bitte den ar steht im Internet zur Verfügung: rkranken-		
ВМ08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: https://www.kliniken-koeln.de/KinderkrankenhausPatientenfuersprecher_Kontaktformularhtm		
	Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden, ebenso steht der Patienten fürsprecher auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen).			



Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement Kommentar / Erläuterung	
ВМ09	Es werden regelmäßig Patienten- befragungen durchgeführt	
	Regelmäßige Patientenbefragungen we Eine kontinuierliche Patientenbefragung Ein Jahresbericht wird jährlich intern vo	g wurde 2017 eingeführt.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiser- befragungen durchgeführt	
	Einweiserbefragungen werden regelmä aktuellste Einweiserbefragung statt.	ßig durchgeführt.; im Jahr 2017 fand die

#### 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 multiprofessionellen 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 / Arbeitsschwer- Klinischer Direktor

punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 2015

E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl¹
Apothekerinnen und Apotheker	15
Weiteres pharmazeutisches Personal	19

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Anzahl der Personen

Die Zuständigkeit der Apotheke erstreckt sich über alle Krankenhäuser der Kliniken der Stadt Köln gGmbH und der Reha Nova 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 Informations- materialien 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 Arznei- mittelwissensdatenbank, 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 fehler- freien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infra- struktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungs- übergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)		
	Teilnahme der Apotheke am antibiotic stewardship.			
	Entlassung			
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten		



# A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	r. Vorhandene Geräte Umgangssprachliche Bezeichnung 2		24h¹		
AA01	Angiographiegerät/DSA Gerät zur Gefäßdarstellung		Ø		
	in Kooperation mit dem Kinderkrank	kenhaus Amsterdamer Straße			
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgen- strahlen	Ø		
	in Kooperation mit dem Krankenhau	is Merheim			
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung			
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nerven- system, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden			
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße				
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung			
	in Kooperation mit den Krankenhäusern Holweide, Merheim				
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro- magnetischer Wechselfelder			
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße				
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Uro- dynamischer Messplatz	Harnflussmessung			
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße				

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt



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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

#### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezial- ja versorgung (siehe A-14.3):

#### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



#### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

# A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, nein die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde:

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß nein § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine

Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen

Vereinigung eingebunden:



# 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 Chefärzte

Name: Prof. Dr.med. Christoph Wewetzer

Funktion / Chefarzt

Arbeitsschwerpunkt:

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 gemeindenahe 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
VP00	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch nicht stoffgebundene Verhaltenssüchte (z.B. Medienabhängigkeit)

#### B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer 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: 639 Teilstationäre Fallzahl: 96

#### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	204
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	71
3	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	66
4	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	55
5	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess- Brech-Sucht (Bulimie)	41
6	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	32



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	28
8	F42	Zwangsstörung	23
9	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	15
10	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	12
11	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	11
12 - 1	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	10
12 – 2	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	10
14	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	9
15 – 1	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	6
15 - 2	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	6
17 - 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körper- wahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	4
17 - 2	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	4
17 – 3	F64	Störung der Geschlechtsidentität	4
17 - 4	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	4
17 – 5	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	4
22 – 1	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	< 4
22 – 2	R56	Krämpfe	< 4
22 – 3	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
22 – 4	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
22 – 5	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphium verwandt sind (Opioide)	< 4
22 – 6	F31	Psychische Störung mit Phasen der Nieder- geschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	< 4
22 – 7	F20	Schizophrenie	< 4
22 – 8	F72	Schwere Intelligenzminderung	< 4
22 – 9	F41	Sonstige Angststörung	< 4



## **B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	5.326
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	4.241
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	870
4	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	494
5	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psycho- somatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	460
6	9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	139
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	47
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	22
9 – 1	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	8
9 – 2	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	8
11	8-015	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung	5
12 - 1	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
12 - 2	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	< 4
12 - 3	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
12 – 4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	< 4

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

7 Te del 7 Tilbularizi i Sycillati i Sale i Tibulati Sale i Ti
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



#### Angebotene 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

#### 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

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

#### 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

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

Spezialsprechstunde

#### 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

	Anzahl¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,73
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,73
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,73
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,83
- davon ambulante Versorgungsformen	1,25

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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



	Anzahl¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	16,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	31,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	31,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,41	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,41	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,41	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

#### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP06	Ernährungsmanagement

# 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	Anzahl¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	8,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,25
- davon ambulante Versorgungsformen	2
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,93
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,43
- davon ambulante Versorgungsformen	0,5
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,29
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,29
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,29
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte



#### C Qualitätssicherung

# C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich	Fallzahl	DokRate	Anz. SO <sup>1</sup>
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	< 4		0
Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.			
Perinatalmedizin – Neonatologie 697 100,00% 0			
Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.			

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze).

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts /			Ergebnis <sup>4</sup>	Bewertung <sup>5</sup>
Bezug zum Verfahren	Ergebnis	Bereich <sup>3</sup>	Vertrauens-	Beob. / Ges.
,	Vertrauens-		bereich	(Erw.) <sup>6</sup>
Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	bereich			

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Qualitätsindikator / QSKH 0.93% Sentinel entf. 0.93% N01 0.84 - 1.02 Event entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Qualitätsindikator / QSKH 88,56%  $\geq 74,11\%$  entf.  $\bigcirc$  N01  $\bigcirc$  nein / Hinweis 1 (S. 43) 88,23 - 88,88 Perzentil) entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.



Art des Werts / Bezug zum Verfahren		D . 13	 Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges.
Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Vertrauens- bereich		(Erw.) <sup>6</sup>

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Qualitätsindikator / QSKH	20,12 %	≤ 44,70 %	entf. O	N01 O
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 43)	19,41 - 20.84	(95. Perzentil)	entf.	entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

EKez / QSKH	11,36 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 44)	10,1 -		entf.	entf.
	12 <i>.</i> 76			İ

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

<u>,                                      </u>				
EKez / QSKH	13,12 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 2 (S. 44)	12,06 - 14,27		entf.	entf.
	,		i .	

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Qualitätsindikator / QSKH,	7,78 %	≤ 20,00 %	entf. O	N01 O
QS-Planung	7,35 - 8,24		entf.	entf.
nein / Hinweis 1 (S. 43)				

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Qualitätsindikator / QSKH,	0,98 %	≤ 5,00 %	entf. O	N01 O
QS-Planung	0,88 - 1,09		entf.	entf.
nein / Hinweis 1 (S. 43)				

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.



Art des Werts / Bezug zum Verfahren  Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG²  Bund Ergebnis Vertrauens bereich	Bereich <sup>3</sup>	Vertrauens-	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	----------------------	-------------	---

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung  $1,12 \le 4,18 = 1,05 - 1,19$  entf. 0 = 0 entf. 0 = 0 entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Ein Hörtest wurde durchgeführt

Qualitätsindikator / QSKH 98,06%  $\geq 95,00\%$  entf.  $\bigcirc$  N01  $\bigcirc$  nein / Hinweis 1 (S. 43) 97,97- 98,14  $\bigcirc$  entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist

Qualitätsindikator / QSKH 0.88  $\le 2.28$  entf.  $\bigcirc$  N01  $\bigcirc$  nein / Hinweis 4 (S. 45) 0.83 - 0.94 95. Perzentil) entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten

Qualitätsindikator / QSKH 1,05  $\leq$  2,23 entf.  $\circ$  N01  $\circ$  nein / Hinweis 5 (S. 46) 1 - 1,11 entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.



	Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> /		Bereich <sup>3</sup>	Vertrauens-	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
IVε	ersorauna von Früh- und Neuae	borenen:			

Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Qualitätsindikator / QSKH 0,38 % Sentinel entf. O N01 O nein / Hinweis 1 (S. 43) entf. entf.

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / QSKH 3,28 % entf. nein / Hinweis 6 (S. 46) entf. 2,95 - 3,66entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / QSKH 6,68 % entf. nein / Hinweis 6 (S. 46) 6,12 - 7,28entf. entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / QSKH 3,23 % entf. 2,82 - 3,71nein / Hinweis 6 (S. 46) entf. entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / QSKH |1,96 % entf. nein / Hinweis 6 (S. 46) 1,71 - 2,23entf. entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / QSKH |4,26 % entf. nein / Hinweis 6 (S. 46) entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Qualitätsindikator / QSKH 0,95 ≤ 2,47 entf. O N01 O (95. 0.87 - 1.03nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 47) entf. entf. Perzentil)

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.



Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	Ref Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens-	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges.
Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Vertrauens- bereich		bereich	(Erw.) <sup>6</sup>
Versorgung von Früh- und Neug				
Verhältnis der tatsächlichen Anza Infektion, die sie im Krankenhau keiner anderen Kinderklinik beha Risiken der Kinder)	ahl zur vorher s erworben h	aben (bezog	en auf Kinder	, die zuvor in
Qualitätsindikator / QSKH	0,91	≤ 2,34	entf. O	N01 O
ja / <u>Hinweis 7</u> (S. 47)	0,86 - 0,97		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Das Krankenhaus hat in diese Krankenhaus nicht aufgetrete	m Qualitätsin	dikator kein	Ergebnis, da	solche Fälle im
pei denen bei der Aufnahme in destgestellt wurde (bezogen auf inndestens 1.500 Gramm oder eschwangerschaftswochen; berücklichen	Lebendgebore einer Schwang ksichtigt wurd	ene mit einei gerschaftsda den individue	m Geburtsgev uer von mehr elle Risiken de	vicht von als 31+0 er Kinder)
Qualitätsindikator / QSKH	1	≤ 2,00	entf. O	N01 O
nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 47)	0,96 - 1,03	Perzentil)	entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Das Krankenhaus hat in diese Krankenhaus nicht aufgetrete Versorgung von Früh- und Neuge Verhältnis der tatsächlichen Anza Hirnblutungen bei sehr kleinen F	m Qualitätsin n sind. eborenen: ahl zur vorher	erwarteten	Anzahl an sc	hwerwiegenden
pehandelt wurden (berücksichtig				
Transparenzkennzahl / QSKH		1	entf.	- <sup>^</sup>
nein / Hinweis 8 (S. 47)	0,88 - 1,09		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neuge Verhältnis der tatsächlichen Anza Netzhautschädigungen bei sehr I Kinderklinik behandelt wurden (b Transparenzkennzahl / QSKH	ahl zur vorher kleinen Frühg perücksichtigt	eborenen, di	e zuvor in ke	iner anderen
nein / Hinweis 8 (S. 47)	0,81 - 1,07		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neug Verhältnis der tatsächlichen Anza Schädigungen der Lunge bei seh Individuelle Risiken der Kinder)	ahl zur vorher			
Transparenzkennzahl / QSKH	1,16	-	entf.	-
nein / Hinweis 9 (S. 48)	1,06 - 1,27		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neug Verhältnis der tatsächlichen Anza Schädigungen des Darms bei sel individuelle Risiken der Kinder)	ahl zur vorher			•
i interior del mindel			i.	1

Transparenzkennzahl / QSKH | 0,91

0,8 - 1,04

nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 47)

entf.

entf.

entf.



Art des Werts / Bezug zum Verfahren		D . 13		Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges.
Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Vertrauens- bereich		bereich	(Erw.) <sup>6</sup>

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH	1,08	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 47)	0,98 - 1,18		entf.	entf.

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Wachstum des Kopfes

Qualitätsindikator / QSKH	10,12 %	≤ 26,76 %	entf. O	N01 O
nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 48)	<b>5,</b> 04		entf.	entf.
	10,63	Perzentil)		

Kommentar der beauftragten Stelle:

Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

- <sup>1</sup> Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.
- <sup>2</sup> Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.
- <sup>3</sup> Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.
- <sup>4</sup> Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.
- $\mathbf{O} = \text{verbessert}$ ;  $\mathbf{O} = \text{unverändert}$ ;  $\mathbf{O} = \text{verschlechtert}$ ;  $\mathbf{O} = \text{eingeschränkt/nicht}$  vergleichbar.
- <sup>5</sup> Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.
- N01 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.
- $\mathbf{O}$  = verbessert;  $\mathbf{O}$  = unverändert;  $\mathbf{O}$  = verschlechtert;  $\mathbf{O}$  = eingeschränkt/nicht vergleichbar.
- <sup>6</sup> Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

#### **Fachliche Hinweise des IQTIG**

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 1	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



#### Hinweis 2

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht iedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/ berichte/2018/2018-03-22\_IQTIG\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Oualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Einbzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/gs-verfahren/

#### Hinweis 3

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtiq.org/dateien/dasiqtiq/ grundlagen/IQTIG Methodische-Grundlagen-V1.1 barrierefrei 2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https:// iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qsverfahren/



#### Hinweis 4

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Oualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Oualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/dasigtig/ grundlagen/IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsgualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https:// igtig.org/dateien/dasigtig/grundlagen/IOTIG Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Der QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.



#### Hinweis 5

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Oualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Oualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/dasigtig/ grundlagen/IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https:// igtig.org/dateien/dasigtig/grundlagen/IQTIG Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgebo-rene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnis-qualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

#### Hinweis 6

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\_IQTIG\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".



#### Hinweis 7

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Oualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Oualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/dasigtig/ grundlagen/IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https:// igtig.org/dateien/dasigtig/grundlagen/IOTIG Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf

#### Hinweis 8

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/ berichte/2018/2018-03-22 IQTIG Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/ IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1\_barrierefrei\_2019-04-15.pdf Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".



#### Hinweis 9

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht iedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/ berichte/2018/2018-03-22\_IQTIG\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://igtig.org/dateien/dasigtig/grundlagen/ IQTIG Methodische-Grundlagen-V1.1 barrierefrei 2019-04-15.pdf

#### Hinweis 10

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https:// igtig.org/dateien/dasigtig/grundlagen/IQTIG\_Methodische-Grundlagen-V1.1 barrierefrei 2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qsverfahren/

## 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
	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 Weiter- bildung)		
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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

# C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

		Anzahl <sup>2</sup>
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	9
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	6
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	6

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 <a href="https://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a>)

#### C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Anzahl der Personen



#### 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 dem jeweiligen Team. Gemeinsam werden Ziele konkretisiert und die notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart. Übergreifende Qualitätsziele sind die Patientenzufriedenheit und –sicherheit sowie die Mitarbeiterzufriedenheit. Die übergreifenden und fachspezifische Qualitätsziele sind unter D-2 zuammengefasst.

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

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 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 allen Patienten\*innen 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
- •initiieren 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 Mitarbeitergespräch die für das jeweilige Jahr wichtigsten Ziele.

#### D-2 Qualitätsziele

#### Qualitätsziele 2021

Qualitätsziele sind zwischen den jeweiligen Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Sie werden im Rahmen der Mitarbeitergespräche 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
  - o zu den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung,
  - o zum Berichtswesen der Qualitätsindikatoren,
  - o zum Screening / Audit mit der Haftpflichtversicherung,
  - o zu den durchgeführten Risikoaudits sowie
  - o 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

#### jeuienst

- 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
- 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

#### Zentrum für Interdisziplinäre Viszeralmedizin (ZIV):

- Etablierung eines standortübergreifenden Viszeralmedizinischen Zentrums mit entsprechenden Schwerpunktsektionen und interdisziplinären, ambulanten und stationären Therapieeinheiten
- Etablierung neuer, endoskopischer Verfahren, z.B. POEM des Ösophagus
- Ausbau der Akademie für endoskopisch tätiges Assistenzpersonal und Ärzte (Endoakademie: Spyglass, LAMS, RX, enterale Sondensysteme)
- Etablierung weiterer klinischer Studien in der Gastroenterologie und Onkologie
- Prospektive Erfassung aller eingriffsbezogenen Komplikationen und Auswertung
- Aufbau eines standortübergreifenden Zentrums für minimalinvasive Chirurgie mit Zertifizierung
- Aufbau eines Telemedizin basierten Netzwerks im Kölner Großraum für komplizierte chirurgische Behandlungsfälle
- Ausbau der Internet-Präsenz mit interaktiven Elementen, insbesondere auch Darstellung der standortübergreifenden Kliniken mit Ausbau von Schwerpunkten
- Expansion des Behandlungsschwerpunkts für peritoneale metastasierte Tumorerkrankungen
- Aufbau von Robotik-Chirurgie
- Aufbau des gemeinsamen interdisziplinären Zentrums für Viszeralmedizin



zusammen mit der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie Holweide und Merheim

- Verbesserung der Patienten- und Einweiserinformationen durch regelmäßige Fortbildungen für Zuweiser und Patienten analog der Behandlungsschwerpunkte in der Klinik
- Optimierung der Koordination zwischen Ärzten und Pflegenden zum Abbau der Wartezeiten im Rahmen der Sprechstunden
  - Verbesserung des Patientenservices in den Sprechstunden und in der Zentralen Notaufnahme
  - Aufbau einer chirurgischen Ambulanz im Zusammenhang mit dem Zentrum für Viszeralmedizin
- Neue Planung der Zertifizierung als Viszeral-/Onkologisches Zentrum an beiden Standorten (Merheim und Holweide)
- Organisation der Klinik vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie

#### Institut für Aus- und Weiterbildung:

- Implementierung und Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung
- Entwicklung und Etablierung neuer Weiterbildungsprodukte (u. a. Fachweiterbildung Praxisanleiter\*innen, Stroke Unit)
- Entwicklung eines Konzeptes zum Aufbau eines Fördermittelmanagements für den Bereich Bildung für die systematische Recherche und Akquise von relevanten Förderprogrammen
- Weiterentwicklung von Kooperation und Netzwerken, insbesondere mit Kliniken, Hochschulen und Bildungseinrichtungen (Akademisierung der Pflege, Stationsleitungskurse, Pflegefachassistenz, Hebammen, OTA)
- Engagement in der Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung in der Region Köln (u.a. Qualitätstestierung durch Certqua)
- Weiterentwicklung des Bereichs Integration internationaler Pflegekräfte:
   u. a. Entwicklung eines Projektes gemeinsam mit der Stadt Köln
- Etablierung als Netzwerkpartner/Schulungszentrum im Deutschen Netzwerk Ersteinschätzung (MTS)
- Digitization (Veränderungsprozess von analoger zu digitaler Form) und Digitalisierung der Aus- und Weiterbildung (mit Mitteln aus dem Digitalpakt Schule)
- Weiterentwicklung des AFW Internet- und Intranetauftritts

#### Personalentwicklung / innerbetriebliche Fortbildung

- Systematische Dokumentation der Pflichtschulungen in der neuen Digitalen Personalakte, sobald diese verfügbar ist
- Weiterentwicklung von easySoft und Schnittstellenerweiterung zu relevanten Systemen (Time Office, digitale Personalakte)
- Aufbau einer Bildungshistorie, systematische Erfassung von Fortbildungen und Qualifikationen in der neuen Digitalen Personalakte, sobald diese verfügbar ist
- Förderung der Nachwuchsführungskräfte, insbesondere durch die Implementierung eines Nachwuchsförderkreises

#### 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
- Ausbau der Dienstleistung "Apotheker auf Station"
- Aufbau der Schrankversorgung mit Arzneimitteln
- Etablierung eines Anamnesemanagements für Arzneimittel im elektiven Bereich des Zentrums für interdisziplinäre Viszeralmedizin
- 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 P\u00e4diatern 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 sechs Mitarbeiter\*nnen (insgesamt 5,25 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 Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen, 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 Patienten\*innen 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 elektronischen QM-Handbuch u.a. mit Volltextsuche, im Intranet, in Besprechungen, auf Informationsveranstaltungen und in der schriftlichen Mitarbeiterinformation "KLINIK AKTUELL" veröffentlicht. Zweimal im Jahr findet das "QM-Netzwerktreffen" mit Ansprechpartnern\*nnen 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: <a href="http://?/www.kliniken-koeln.de/?ueber\_uns\_Qualitaetsmanagement\_Startseite.htm?ActiveID=1650">http://?/www.kliniken-koeln.de/?ueber\_uns\_Qualitaetsmanagement\_Startseite.htm?ActiveID=1650</a>

#### 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 krankenhausübergreifenden 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 mit unseren Werten und Führungsgrundsätzen zur Weiterentwicklung der Unternehmens- und Sicherheitskultur
- Durchführung von berufsgruppenübergreifenden Führungskräfteschulungen 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 mit Volltextsuche; 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, zum 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-Rundmails
- 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:

- KTQ Rezertifizierung; Bearbeitung der Visitationsberichte in der Form eines Aktionsplans
- Rezertifizierung der Akutschmerztherapie
- Optimierung der Patientensicherheit durch klinisches Risikomanagement, u.a. mit externen Risikoaudits, Risikokoordinationsteams, Crititcal Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie durch die Analyse der rmedizinischen Qualitätsindikatoren und ggf. Ableitung von gezielen Verbesserungen
- Klinische Prozessoptimierung, z.B. Koordination der Behandlungspfade und der 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

#### 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, <a href="https://www.KTQ.de">www.KTQ.de</a>) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Die umfangreiche



Zertifizierung, die alle Anforderungen der QM-Richtlinie des GBA und die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beinhaltet, wird alle 3 Jahre durch umfassende Selbstbewertungen und eine neuntägige Fremdbewertung mit Dialogen und Begehungen in allen Fachabteilungen durch unabhängige, externe Visitoren wiederholt. Alle Standorte sind seit 2004/2005 nach KTQ 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. jährliche externe Risikoaudits 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 sowie unserer Mitarbeiter+innen 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. Außerdem führen wir alle drei Jahre eine Befragung unserer Einweiserinnen und Einweiser durch.

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 100 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 149 Vergleichskrankenhäusern) wurde zuletzt 2020 durchgeführt, der Rücklauf betrug 49%. Die Umsetzung von Verbesserungen erfolgt sowohl durch den krankenhausübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne. Die Mitarbeiterbefargung beinhaltet alle wsentlichen Aspekte zur Mitarbeiterzufriedenheit incl. des wesentlichen Faktors Führung.

#### 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 werden unsere Pflegefachkräfte und die Ärzte als freundlich und kompetent beschrieben. Konstruktive Vorschläge von den Patienten\*innen werden umgesetzt; die Beschwerden werden patientenorientiert intern und extern bearbeitet.



Kankenhausübergreifend trifft sich eine Rückmeldekommission, um alle eingegangenen Bögen zu sichten und strukturelle Probleme zu bearbeiten. Diese Rückmeldekommission besteht aus den Patientenfürsprechern\*innen, einer Vertretung der Abteilung Patientenservice (zuständig u.a. für Speiseversorgung und Reinigung), und dem Qualitätsmanagement sowie nach Bedarf aus Vertretungen der 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.

Die nächste Befragung ist für 2021 geplant.