



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Standort-Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V
für das Berichtsjahr 2022 – erstellt am 15.11.2023

Einleitung

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 Station für jüngere Schulkinder, eine Station für ältere Schulkinder, über eine Tagesklinik mit je einer Gruppe für Kinder und Jugendliche 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-, Sport- und Bewegungsmöglichkeiten.

Der stationäre Rahmen der Klinik bietet eine 24-Stunden-Versorgung für kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle. Es besteht eine Pflichtversorgung für die rechtsrheinischen Stadtteile Kölns, die linksrheinischen Bereiche Innenstadt, Nippes und Chorweiler, für den Rheinisch-Bergischen Kreis und die Stadtgebiete von Bergisch Gladbach, Leverkusen und Leichlingen.

Behandelt werden Kinder und Jugendliche mit allen psychiatrischen Erkrankungen wie z.B. Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen, Depressionen, Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebunden wie nicht stoffgebunden).

Die Klinik verfügt über ein großes interdisziplinäres Behandlungsteam mit Ärztinnen und Ärzten, Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagoginnen und Diplom-Sozialpädagogen, Bewegungs-, Ergo- und Musiktherapeutinnen und -therapeuten, einer Logopädin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflege- und Erziehungsdienst sowie den Fachkräften in unserer Institutsambulanz.

Therapieflankierend bestehen Angebote mit tiergestützten Aktivitäten mit speziell ausgebildeten Hunden und im Rahmen externer pferdegestützter Therapie.



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, mit den Gegebenheiten 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, Betreuende der Jugendhilfe) in die diagnostischen und therapeutischen Prozesse einbezogen sind. Die Behandlungsangebote umfassen Psychotherapie, Gruppentherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie und logopädische Therapie. Der Sozialdienst ist zuständig für die Planung und Koordination der begleitenden und nachfolgenden Betreuung der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, oft im Kontakte mit den Institutionen der Jugendhilfe wie dem Jugendamt.



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 besonders geschützten Intensivstation betreut.

Für Kinder und Jugendliche, die körperliche oder sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Krankheit oder den Verlust naher Angehöriger erlebt haben, wird eine Traumaambulanz angeboten. Dort soll durch eine frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und 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.

Angrenzend an die 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, auch während eines mehrwöchigen Krankenhausaufenthaltes jahrgangsspezifische Lerninhalte zu vermitteln und den Anschluss an den Lernstand der Heimschule zu ermöglichen. Das individualisierte Lernangebot muss einen Ausgleich finden zwischen angemessener Herausforderung der Schüler und Rücksichtnahme auf die tatsächlichen Leistungsmöglichkeiten und -fähigkeiten unter der Bedingung der Krankheit. Besonders wichtig ist die Beschulung in der Klinikschule, wenn zuvor Schulabsentismus zum Gesamtproblembild gehörte.

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

Die Klinik arbeitet im Kölner Raum wie auch den angrenzenden Gebieten in enger Kooperation mit den niedergelassenen Fachpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Weitere netzwerkbildende enge Kooperationen bestehen mit allen Jugendämtern, zahlreichen Jugendhilfeträgern wie

auch mit allen Familiengerichten des Versorgungsgebietes und auch mit allen gesundheitsrelevanten Ämtern und Behördenteilen der Stadt Köln einschließlich der Suchtkrankenhilfe. Die Teilnahmen der Mitarbeitenden an zahlreichen regionalen wie überregionalen Qualitätszirkeln bieten dabei die Möglichkeit zum Austausch zu aktuell wichtigen Themen. 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 Patientenführer 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. Für die Alltags- und Freizeitgestaltung erfolgen auf den Stationen zahlreiche Beschäftigungs- und Kreativangebote, wie z. B. gemeinsames Kochen oder gemeinsame Ausflüge. Auch in der Klinik für KJPP ist ein Critical Incident Reporting System – Meldesystem (CIRS) zur Erfassung potenziell kritischer Ereignisse etabliert. Die beste Methode, Fehler zu vermeiden, besteht darin, aus Fehlern anderer zu lernen oder Fehler bereits im Vorfeld abzuwenden. Eine bewährte Möglichkeit der Fehlerprophylaxe sind Meldesysteme wie das CIRS, die in der Fliegerei schon lange mit Erfolg angewendet werden. Im Kinderkrankenhaus wurde ein Meldesystem eingeführt, in dem Fehler, Beinahefehler oder andere kritische Situationen schriftlich oder mündlich gemeldet werden können und sollen. Die Meldung kann mit Namen, aber auch anonym erfolgen. Einige Dinge konnten aufgrund der eingegangenen Meldungen bereits verändert werden.

Als erstes Kölner Krankenhaus wurde mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße auch die Klinik für KJPP im Jahr 2004 erfolgreich erstmalig durch die KTQ® - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH – zertifiziert. Die Auszeichnung, die jeweils für drei Jahre gilt, wurde im Jahr 2020 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, eines Kraftraums oder Projektwochen mit dem Kölner Spelezkirkus.

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 flächen-deckenden und woh-nortnahen 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 sozi-alem 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 Behandlungs-möglichkeiten 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,
- Rheinland-Klinikum mit den Standorten Neuss, Dormagen und Greven-broich
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
- sowie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

kooperieren, um den Wissensaustausch in den Themenfeldern Qualität, Patienten-sicherheit, 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. Dazu haben wir ein profes-sionelles Qualitätsmanagement fest verankert.

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

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

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

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. med. Axel Goßmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 - 2015
E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

Weiterführende Links

Homepage: www.kliniken-koeln.de
Weitere Informationen: https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Startseite.htm?ActiveID=1631

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts.....	10
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	11
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	12
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	12
A-4 [unbesetzt].....	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	12
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	15
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	15
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit.....	16
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	16
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	16
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	17
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	18
A-9 Anzahl der Betten.....	18
A-10 Gesamtfallzahlen.....	18
A-11 Personal des Krankenhauses.....	19
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	19
A-11.2 Pflegepersonal.....	19
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	20
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	21
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	22
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	22
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	22
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	22
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	22
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	22
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	22
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	22
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	23
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	24
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	24
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	24
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	25
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	25
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie.....	25
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	25
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	25
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	26
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	26
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	27
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	28
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	28
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	28
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	29
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	29
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	30
A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen....	30
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	31

A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	32
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe.....	32
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	32
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	33
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	33
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisations-		
einheiten / Fachabteilungen.....		34
B-1 Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie.....		34
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	34
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	34
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-1.4	[unbesetzt].....	35
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	35
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	35
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	37
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	37
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	38
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	39
B-1.11	Personelle Ausstattung.....	39
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	39
B-1.11.2	Pflegepersonal.....	39
B-1.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	40
C Qualitätssicherung.....		42
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	42
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	42
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	42
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	42
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	42
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	42
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	43
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	43
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	43
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr.....	44
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).....	44
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	44
D Qualitätsmanagement.....		45
D-1	Qualitätspolitik.....	45
D-2	Qualitätsziele.....	46
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	48
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	49
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	50
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	51

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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 / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder - und Jugendmedizin
Telefon: 0221 / 8907 - 5201
E-Mail: ToennesB@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Silvia Cohnen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektion
Telefon: 0221 / 8907 - 12457
E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

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

Verwaltungsleitung

Name: Prof. Dr. med. Axel Goßmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 - 2015
E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

Name: Sylvia Langer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung
Telefon: 0221 / 8907 - 12303
E-Mail: FischermannH@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: Dr. Dr. med. Armin Claus
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kommissarischer Ärztlicher Leiter
Telefon: 0221 / 8907 - 2021
E-Mail: ChefsekretariatKJPP@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Silvia Cohnen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektion
Telefon: 0221 / 8907 - 3433
E-Mail: Pflegedirektion@kliniken-koeln.de

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

Verwaltungsleitung

Name: Prof. Dr. med. Axel Goßmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 - 2015
E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

Name: Sylvia Langer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung
Telefon: 0221 / 8907 - 12303
E-Mail: FischermannH@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 https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Gesamt_17711.pdf veröffentlicht.

A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

- Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken mit der jeweils im Pflegeplan vorgesehenen Intensität; tageweise Einzelbetreuung in Krisensituationen; Krisenintervention in Gefährdungssituationen
- Entlastende und orientierungsgebende Gespräche: Gespräche mit Eltern, Sorgeberechtigten, Lehrerinnen und Lehrern; Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere, einschließlich Telefonkontakte
- Verhaltensbeobachtung und Erstellung von Verhaltensbeschreibungen
- Trainingsmaßnahmen im Rahmen von Pflegeprozess und Erziehung (u. a. Durchführung von Programmen zur Verhaltensänderung)
- Gestaltung und Mithilfe bei der Tagesstrukturierung; Hilfestellung, Anleitung und Überwachung von Hausaufgaben
- Mitwirkung bei Einzel- und Familientherapien, Durchführung von Einzeltherapiemaßnahmen
- Begleitung bei Hausbesuchen, Vorstellungsterminen in anderen Einrichtungen (Jugend- und Sozialhilfe, Kindergarten, Schule, Heim, Hort, Pflegestelle)
- Begleitung zu Schule und Anlernwerkstatt
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufnahme, Verlegung und Entlassung
- Durchführung von heilpädagogischen und sprachtherapeutischen Übungen
- Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum (u. a. Taschengeld)

Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stations-/Gruppenversammlungen, themenzentrierte Gespräche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Gesundheitserziehung und Selbständigkeitstraining; gruppenpädagogische Aktivitäten inner- und außerhalb der Station, Projektarbeit, Belastbarkeitstraining
- Anleitung, Mitwirkung und Aufsicht bei kreativen Freizeitaktivitäten; Beobachtung gruppenspezifischer Prozesse

- Mitwirkung in speziellen Therapiegruppen (z. B. Rollenspiele, Sicherheitstraining, Problemlösegruppen, Bewegungs- und Ergotherapie)
- Mitwirkung bei Elterngruppen

Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

Therapie- und Arbeitsbesprechungen

- Dienstübergaben, Teilnahme an Therapiekonferenzen, Konzeptbesprechung im Team
- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
- Teilnahme an stationsbezogener Supervision, Balintgruppen
- Hausinterne Fort- und Weiterbildung

Stationsorganisation

- Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der pflegerischen Mitarbeiterinnen und pflegerischen Mitarbeiter, Dienstplanung; Anlaufstelle für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Externe und interne Terminplanung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen
- Interne Disposition, Bevorratung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien und andere Verwaltungsaufgaben, Statistiken, etc.
- Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben; z. B. von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschülern, Praktikantinnen und Praktikanten und Zivildienstleistenden, Reinigungsdienst)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP04	Atemgymnastik/-therapie Bei Bedarf durch Physiotherapeut (in Kooperation mit Krankenhaus Holweide, bei Bedarf)
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (altersentsprechende Beschulung und Heimat-Versuche im Rahmen der Möglichkeiten)
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung Weitere Informationen dazu finden Sie unter [[https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811]]
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie Frühsport, Kraftraum, Außengelände mit Fußball- und Basketballfeld, Bouleplatz und eigener Bauern-Garten
MP14	Diät- und Ernährungsberatung KJPP in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße und Krankenhaus Holweide)
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
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/Psychosozialdienst z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elternttraining und Familientherapie
MP63	Sozialdienst Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen siehe unter https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elternttraining_Familientherapie.htm?ActiveID=2406
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker in Kooperation mit Kinderkrankenhaus
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien [z. B. Erziehungsberatung] https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elternttraining_Familientherapie.htm
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie über das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
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/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
	Patientenzimmer	
NM02	Ein-Bett-Zimmer	
	auf allen Stationen möglich	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	
Besondere Ausstattung des Krankenhauses		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	
	TV, Aufenthaltsräume vorhanden	
Angebote für schulpflichtige Patientinnen 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 ist möglich für einen begrenzten Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandlungsplätzen.	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
	Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten ist möglich für einen begrenzten Zeitraum auf speziellen Eltern-Kind-Behandlungsplätzen.	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-_Sozialdienst.htm?ActiveID=3811
	und Eltern, Sorgeberechtigten oder anderen Angehörigen	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientiert__Sozialdienst.-htm?ActiveID=3754
	Informationen zu Selbsthilfegruppen erhalten Sie über die Sozialberatung / Familienorientierte Betreuung und Beratung	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Kinderkrankenhaus.htm
	Die SeelsorgerInnen des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße betreuen ebenfalls die PatientInnen der KJPP.	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Markus Coutellier
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Abteilungsleiter Bauabteilung
 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 Sehbehinderungen oder Blindheit
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher z.B. in der Tagesklinik
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien
BF24	Diätische Angebote
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071
BF30	Mehrsprachige Internetseite https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071
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
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

Lehrtätigkeit

Herr Dr. Dr. 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:

- 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.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Interne Weiterbildungen im AFW:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Qualifizierung zum/zur Praxisanleiter/in

Externe Weiterbildungen:

- Externe Weiterbildungen reichern das Portfolio an. Thema und Ausbildungsstätte werden nach tatsächlich benötigtem Bedarf ausgewählt.

Über die Personalentwicklung werden verschiedene Qualifizierungen angeboten:

- Qualifizierung zum/zur Schmerzmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Hygienementor/in

- Qualifizierung zum/zur Ethikmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Stillmentor/in (alle 2 Jahre)
- Qualifizierung zum/zur Mentor/in für das klinische Risikomanagement
- Qualifizierung zum/zur Diabetesmentor*in

Das Portfolio wird durch ein internes Fortbildungsprogramm ergänzt (Fachfortbildungen, Soft Skills und Führungskräfte-seminare), sowie die Möglichkeit an externen Seminaren teilzunehmen. Coachings und Supervisionen werden angeboten.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA) Planung für 2024 in Kooperation mit der Uniklinik Köln
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger In Kooperation mit der Uniklinik Köln stellen die Kliniken Köln für die praktische Ausbildung Ausbildungsplätze in unseren Fachabteilungen zur Verfügung.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Generalistische Pflegeausbildung (GPA) der Ausbildungsstart ist jedes Jahr zum 1. August und 1. November. Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH führen Vorbereitungskurse zur Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege durch.
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. Im Rahmen eines dualen Studiengangs für Interessierte während der GPA möglich.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Generalistische Pflegeausbildung (GPA) der Ausbildungsstart ist jedes Jahr zum 1. August und 1. November.
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 theoretischen Unterricht. An den Kliniken Köln wird der praktische Teil der Ausbildung absolviert.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) Ausbildungsstart asymmetrisch 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:	720
Teilstationäre Fälle:	160
Ambulante Fälle:	
– Fallzählweise:	2.804
Fälle in StäB ¹ :	0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,14
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,89
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25
Fachärztinnen und Fachärzte	4,37
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,37
– davon ambulante Versorgungsformen	1

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	15,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	15,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	26,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	26,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,13	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,13	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	1,98	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,98	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	6,89
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	6,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,89
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,96
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,57
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,57
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	2,96
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,46
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,5
SP06	Erzieherin und Erzieher	17,76
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,76
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	17,76
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	4,86
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,86
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,86
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	6,09
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,09
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	6,09
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	0,46
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,46
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,88
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,88
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	1,46
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,46
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,46
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	6,89
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,89
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,89
	- davon ambulante Versorgungsformen	2
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	6,89
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,89
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,89
	- davon ambulante Versorgungsformen	2

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	4,57
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,57
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,07
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,5

¹ Angabe in Vollkräften

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Geschäftsleitung: Geschäftsführung
 Ärztliche Direktoren
 Pflegedirektion
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Geschäftsleitung: Geschäftsführung
 Ärztliche Direktoren
 Pflegedirektion
 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: Nexus Curator/ QM-Handbuch kontinuierliche Aktualisierung Letzte Aktualisierung: 01.07.2022

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement
	Name: Verfahrensweisungen Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 23.09.2019
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
	Name: WH02 Dekubitusprophylaxe (Pflegestandard) Letzte Aktualisierung: 05.05.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name: Verfahrensweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung Letzte Aktualisierung: 25.10.2018
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name: Verfahrensweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV Letzte Aktualisierung: 29.07.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/ -konferenzen
	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM18	Entlassungsmanagement
	Name: Verfahrensweisung Entlassung Letzte Aktualisierung: 24.01.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermelde- system liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 29.07.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Frequenz: quartalsweise
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, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

Alle CIRS-Meldungen werden kontinuierlich durch geschulte CIRS-Vertrauenspersonen ggf. mit Unterstützung des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements bearbeitet. In einem krankenhausübergreifenden Treffen besprechen die CIRS-Vertrauenspersonen halbjährlich die aktuellen Themen des internen Fehlermeldesystems. Jährlich wird eine

modulare Mentorenausbildung zum klinischen Risikomanagement im Krankenhaus angeboten.

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)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

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

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5
Die fünf Krankenhaushygieniker/innen des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig. Vier weitere Ärztinnen/Ärzte sind derzeit in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Eine Hygienebeauftragte-Ärztin ist für die KJP zuständig.	
Hygienefachkräfte (HFK)	10
Die HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	2
Die Hygienebeauftragten sind für die KJP zuständig.	

¹ Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. Jan-Hendrik Rühl
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführender OA Pädiatrie
 Telefon: 0221 / 8907 - 15029
 E-Mail: RuehJH@kliniken-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

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 die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemein- 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 ¹	ja
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
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	MRSA-KISS
HM03	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 erfolgt je nach Produkt intern, oder durch einen externen Dienstleister. Es erfolgt eine jährlich Leistungsüberprüfung.	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt verpflichtend eine mindestens jährliche Onlineschulung aller Mitarbeiter.	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
	Konstruktive Vorschläge und kritische Anmerkungen werden zur Verbesserung genutzt. Lob, Wünsche und Beschwerden inklusive sicherheitsrelevante Beschwerden werden strukturiert analysiert und Verbesserungen abgeleitet.	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
	Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden ist in einer intern veröffentlichten Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden" geregelt.	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
	In einer Verfahrensanweisung zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden sind Zeitziele von max. sieben Bearbeitungstagen bis zur Erstantwort von schriftlich eingehenden Beschwerden definiert.	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Dipl. Pflegewirtin / M.A. Pflegemanagement 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/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm oder die PatientenfürsprecherInnen des Standortes Holweide https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Frau Christiana Dornbusch Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 / 8907 - 2559 E-Mail: Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de Herr Klaus Wiedemann Patientenfürsprecher Telefon: 0221 / 8907 - 15081 E-Mail: Patientenfuersprecher-Riehl@kliniken-koeln.de
		Die KJPP ist auf dem Gelände des Krankenhauses Holweide, deshalb unterstützt die Patientenfürsprecherin aus Holweide einmal wöchentlich die telefonisch, persönlich oder schriftlich eingehenden Rückmeldungen. Auf Wunsch werden ggf. Termine vor Ort vereinbart. Sprechzeiten entnehmen Sie bitte den Aushängen / Flyern. [[https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm]] [[https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktfomular.html]]
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm
		Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden, ebenso stehen die PatientenfürsprecherInnen auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der KJPP Ambulanz oder in der Tagesklinik).
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
		Es findet eine kontinuierliche Patienten-/ Elternbefragung statt. Ein Bericht wird halbjährlich intern veröffentlicht.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	
		Einweiserbefragungen definierter Fachabteilungen werden regelmäßig durchgeführt.

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. Axel Goßmann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Direktor
 Telefon: 0221 / 8907 - 2015

E-Mail: GossmannA@kliniken-koeln.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	17
Weiteres pharmazeutisches Personal	20

¹ Angabe in 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 Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
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 einrichtungsübergreifenden 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-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

ja

Das komplette Schutzkonzept wurde von der Gleichstellungsbeauftragten erstellt und wird zurzeit mit der Geschäftsleitung abgestimmt.

Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes:

Nr.	Instrumente und Maßnahme	Zusatzangaben
SK01	Prävention: Informationsgewinnung zur Thematik	
SK04	Prävention: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung: 22.08.2023
SK05	Prävention: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	Wird von der Besuchskommission nach PsychKG NRW geprüft. Anonyme Beschwerden sind möglich.
SK08	Intervention: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Letzte Überprüfung: 23.03.2022

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt

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

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 Spezialversorgung (siehe A-14.3): ja

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, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

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

Name: Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Dr. med. Armin Claus

Funktion / Kommissarischer Ärztlicher Leiter

Arbeits-
schwer-
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 2021

E-Mail: ChefsekretariatKJPP@kliniken-koeln.de

Straße: Florentine-Eichler-Straße 1

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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 gemeindenahere 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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
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: 720

Teilstationäre Fallzahl: 160

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	211
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	105
3	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	69
4	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	61
5	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	47
6	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	45
7	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	35

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	21
9	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	20
10	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	17
11	F42	Zwangsstörung	16
12	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	11
13	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	10
14	F20	Schizophrenie	9
15	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	7
16 - 1	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	5
16 - 2	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	5
16 - 3	F41	Sonstige Angststörung	5
16 - 4	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	5
20 - 1	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	4
20 - 2	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	4
22 - 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
22 - 2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
22 - 3	F64	Störung der Geschlechtsidentität	< 4
22 - 4	F29	Vom Arzt nicht näher bezeichnete, nicht körperlich bedingte psychische Krankheit, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen einhergehen	< 4

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	5.723
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	5.671
3	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	611
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	456
5	9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	105
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	48
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	27
8	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	21
9	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	13
10 – 1	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	9
10 – 2	8-015	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung	9

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
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
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung

Traumaambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
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
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
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
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	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

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,14
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,89
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,37
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,37
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,37
– davon ambulante Versorgungsformen	1

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

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

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

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

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	15,72	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	15,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	26,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	26,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,13	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,13	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,98	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,98	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP24	Deeskalationstraining

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	6,89
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,89
– davon ambulante Versorgungsformen	2

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,46
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,96
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,57
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,57
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5

¹ Angabe in Vollkräften

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Gynäkologische Operationen	6	100,00%	0
Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.			
Neonatologie	579	100,00%	0
Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.			

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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.

Zulassung nach Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung - AZAV. CERTQUA - Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung Region Köln e.V.	
Leistungsbereich	AFW-Siegel (Institut für Aus- Fort- und Weiterbildung)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zulassung nach Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung - AZAV. CERTQUA - Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung Region Köln e.V.
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog 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 (Mm-R) 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 ¹
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	8
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.

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 fachspezifischen Qualitätsziele sind unter D-2 zusammengefasst.

Die Ziele sind auf unser Leitbild und die strategischen Ziele mit den Dimensionen 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 sie jeder und jedem offen, unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Religion, Weltanschauung und sozialer Stellung. Die stete Achtung der Menschenwürde ist grundlegend.

Wir respektieren das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und bieten 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 **Unternehmenskultur** beantwortet die Frage, wie wir unsere strategischen Ziele erreichen 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 den strategischen Zielen vereinbaren die Chefarzte / 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 2023

Qualitätsziele werden 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 Leitlinien der Fachgesellschaften ergänzt oder aktualisiert sind.
- Unterstützung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Analyse besonderer Vorkommnisse, insbesondere Behandlungsfehlervorwürfe, Nutzung der OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
 - zu den halbjährlichen Auswertungen der kontinuierlichen Patientenbefragung
 - zu den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung,
 - zum Berichtswesen der medizinischen Qualitätsindikatoren,
 - zum Screening / Audit mit der Haftpflichtversicherung,
 - zu den durchgeführten Risikoaudits und internen Audits sowie
 - zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Zentren.

Die Zielsetzung ist jeweils das Erreichen der Benchmarkwerte, der Referenzwerte, die Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsverfahren sowie der Anforderungen der GBA-Richtlinie zum Qualitätsmanagement.

Krankenhausübergreifende Bereiche/Einrichtungen der Kliniken Köln:

Pflegedienst

1. Neuaufstellung der oberen Führungsebene
2. Mitwirkung bei der Wiedererlangung einer vertrauensbasierten Unternehmenskultur
3. konsequente Umsetzung einer abgestimmten Einsatzplanung
4. Implementierung eines weiterführenden Personalausfallkonzepts; Erweiterung des Mitarbeiter-Pools
5. Neuorganisation der Stationsabläufe (Service & Logistik)

6. Jährliche Durchführung von strukturierten Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen durch den/die Vorgesetzten
7. Umsetzung und Evaluierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege
8. 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
9. Weiterführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen
10. Konzeptentwicklung und Einführung der Pflegevisite
11. Weiterentwicklung des standardisierten Pflege-Assessment-Instruments zur Erfassung des Pflegebedarfs
12. Steigerung der pflegerischen Dokumentationsqualität in Bezug auf Erlössicherung, Rechtssicherheit und Informationsgehalt
13. Erfassung der Stürze und der Dekubiti (laut der entsprechenden DNQP-Expertenstandards); Umsetzungsevaluation von Aktionsplänen
14. Weiterer Ausbau des Wundmanagements (Ausbildung zum Wundexperten „ICW“)
15. Kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards hausübergreifend
16. Optimierung des Aufnahmeprozesses durch Ausbau des Zentralen Patientenmanagements
17. Optimierung des Entlassungsmanagements auch im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Anforderungen

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

- Ausbau der Vernetzung mit niedergelassenen Pädiatern und der Jugendhilfe
- Weiterer Ausbau der engen Kooperation mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und dem zuständigen Jugendamt, u. a. durch regelmäßige Treffen mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und anderen Kliniken
- Erarbeitung von standardisierten Einarbeitungskonzepten für die verschiedenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Berufsgruppen
- Gewährleistung einer strukturierten Einarbeitung und Ausbildung der PJ-Studenten, die inzwischen ein gesamtes Tertial in der Klinik für KJPP ableisten können.
- Koordination der Umsetzung jeweils aktuell geänderter Rechtsvorgaben mit den Amts- und Familiengerichten des Versorgungsgebietes sowie mit der Besuchscommission nach PsychKG NRW
- Standardisierung der Abläufe bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen in der Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Implementierung der Vorgaben des Entgeltermittlungssystems PEPP
- Einführung und Umstrukturierung der Klinik nach den Vorschriften der Personalausstattungsrichtlinie PPP-RL
- Ausbau der Personalausstattung des Pflege- und Erziehungsdienstes, insbesondere auf der besonders geschützten geschlossenen Station
- Etablierung einer Nachtdiensterweiterung auf der Station K2
- Ausweitung der Ausbildung und Supervision aller Berufsgruppen im Bereich des Umgangs mit PatientInnen mit Impulskontrollstörungen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitäts- und klinische Risikomanagement ist eine der Geschäftsleitung direkt unterstellte Abteilung mit einem Leiter und sechs Mitarbeiter*innen (insgesamt 5,75 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, weiterer Zertifizierungsverfahren (u.a. für unsere medizinischen Zentren), der externen Risikoaudits, der internen Audits, die Analyse von CIRS-Meldungen, Qualitätsindikatoren und der durchgeführten Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen, die Anregungen von Kollegen*innen, die Rückmeldungen der PatientInnen und deren Angehörigen sowie unserer Einweiser*innen 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.

Das Qualitätsmanagement kontrolliert anhand von Aktionsplänen 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. Hierzu gehört auch der QM-Jahresbericht mit einer Bewertung sämtlicher Aktivitäten und einem Ausblick auf das Folgejahr. Zweimal im Jahr findet das „QM-Netzwerktreffen“ mit Ansprechpartner*innen

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 wird auch genutzt, um die Instrumente und Tätigkeiten des Qualitätsmanagements kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Informationen zur Abteilung finden Sie auch im Internet unter: https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

1. Instrumente zur Analyse der Qualität

- Durchführung der systematischen KTQ-Selbstbewertung und
- der krankenhausesübergreifenden KTQ-Fremdbewertung und externer Audits zu den Organzentren sowie zur perioperativen Schmerztherapie durch unabhängige, externe Visitoren / Auditoren
- Durchführung von externen Risikoaudits
- Durchführung interner Audits
- Analyse von Rückmeldungen (einschl. Beschwerdemanagement)
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- unterjähriges Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 136ff 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
- Analyse von besonderen Vorkommnissen nach dem London-Protokoll entsprechend der APS-Empfehlungen

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 Führungskräftebildungen in der Form von Human Factor Trainings
- Berufsgruppenübergreifende Risikokoordinationsteams zur strukturierten Bearbeitung der Ergebnisse aus den externen Risikoaudits
- 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, Verfahrensweisungen 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 CIRS-Falls des Halbjahrs und der aus den CIRS-Meldungen abgeleiteten Verbesserungen
- 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 den regelmäßigen Newslettern der Unternehmenskommunikation
- 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:

- Unterstützung der Unternehmenskultur, u.a. auch durch die Weiterentwicklung des Leitbilds, Leitbildaktionen und Mitarbeiterbefragungen auch zur Umsetzung der Führungsgrundsätze
- 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, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie

durch die Analyse der medizinischen Qualitätsindikatoren und ggf. Ableitung von gezielten Verbesserungen

- Klinische Prozessoptimierung, z.B. Koordination der Behandlungspfade und der Standards zur Erstversorgung
- Beschwerdemanagement mit Rückmeldekommissionen inkl. Aktionsplänen (auch zu sicherheitsrelevanten Themen)
- Erstellung der gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 136b SGB V
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuchs; 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, www.KTQ.de) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Die umfangreiche Zertifizierung, die alle Anforderungen der QM-Richtlinie des G-BA 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 u.a. Bestandteil der Qualitätszirkelarbeit. Zur Bewertung und Verbesserung der Patientensicherheit wurden/werden u.a. jährliche externe Risikoaudits und interne Audits 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
- krankenhausesübergreifend (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 krankenhausesübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne. Die Mitarbeiterbefragung beinhaltet alle wesentlichen Aspekte zur Mitarbeitendenzufriedenheit 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 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.

Krankenhausübergreifend 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 Bereiche. Möglichkeiten zur Verbesserung werden in Aktionspläne umgesetzt, die von den Mitgliedern der Rückmeldekommission weiter bearbeitet oder an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet werden.

Einweiserbefragung

Fachabteilungsspezifische Einweiserbefragungen werden alle drei Jahre durchgeführt. 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.