



# Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

## Standort-Qualitätsbericht 2015

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4

SGB V für das Berichtsjahr 2015 – erstellt am 15.11.2016

## Einleitung

### Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde 2005 auf dem Gelände des Krankenhauses Holweide eröffnet und ist organisatorisch an das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße angebunden. Die Klinik verfügt über eine offene Jugendstation (8 Behandlungsplätze), eine Intensivstation (8 Behandlungsplätze), eine Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung (9 Behandlungsplätze), eine Kleinkinderstation (9 Behandlungsplätze, davon 3 Mutter-Kind-Einheiten), eine Schulkinder-Station (10 Behandlungsplätze) sowie eine Tagesklinik (16 Behandlungsplätze) und eine Institutsambulanz.

Bei Bau konnten die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden. Die Klinik entstand in einem Teil des Parkgeländes am Krankenhaus Holweide und bietet im Außengelände verschiedene Spiel- und Sportmöglichkeiten. Aktuell wird der Bau einer Bewegungshalle geplant.



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

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

Die Klinik ist zu nahezu 100 % ausgelastet. Jährlich werden etwa 1.000 Patientinnen und Patienten stationär oder teilstationär in der Klinik behandelt. Hinzu kommen noch xxx - Zahl wird noch ergänzt - ambulante Behandlungen.

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

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

Nach der Diagnostik folgt die Entwicklung eines Behandlungsplans. Das Behandlungskonzept ist multimodal aufgebaut und wird für jeden Patienten individuell zusammengestellt. Kennzeichnend für ein multimodales Behandlungskonzept ist, dass

neben den Ärzten und Psychologen weitere qualifizierte Berufsgruppen sowie immer auch die Familie und wichtige Bezugspersonen (z. B. Erzieher, Lehrer) in die diagnostischen und therapeutischen Prozesse einbezogen sind. Die Behandlungsangebote umfassen Psychotherapie, Gruppentherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie, Pflege- und Erziehungsdienst, Medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie oder Reittherapie. Der Sozialdienst ist zuständig für die Planung und Koordination der begleitenden und nachgehenden Betreuung der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

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



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

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

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

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

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

In der „Patientenrückmeldekommission“ werden mit Vertreterinnen der Krankenhausleitung, den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Kollegen/-innen,

der Seelsorge und dem 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. Als zusätzliche Sicherheitsmaßnahme erhalten alle Patientinnen und Patienten ein Identifikationsarmband. Ein Video stellt vielfältige Aspekte der Patientensicherheit vor und soll auf der Website, bei Veranstaltungen intern und extern eingesetzt werden.

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

Als erstes Kölner Krankenhaus wurde das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße im Jahr 2004 erfolgreich erstmalig durch die KTQ<sup>®</sup> - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH - zertifiziert. Die Auszeichnung, die jeweils für drei Jahre gilt, wurde im Jahr 2014 zum vierten Mal in Folge verliehen, in 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 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wird unterstützt vom Förderverein Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße Köln e.V., dem AXA Von Herz zu Herz e.V., der Stiftung RTL - Wir helfen Kindern e.V. und anderen Organisationen. Diese Unterstützung ermöglicht zusätzliche Angebote, wie z.B. den Aufbau eines therapeutischen Gartens oder die in Planung befindliche Bewegungshalle.*

## **Gemeinsame Einleitung der kommunalen Krankenhäuser der Region**

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

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

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

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

Die kommunalen Krankenhäuser,

Klinikum Oberberg GmbH; Klinikum Leverkusen gGmbH; Krankenhaus Wermelskirchen GmbH; Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH; Rhein-Kreis-Neuss-Kliniken mit den Kreiskrankenhäusern Dormagen und Grevenbroich - St-Elisabeth;

Kliniken der Stadt Köln gGmbH sowie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH kooperieren, um den Wissensaustausch in den Themenfeldern Qualität, Patientensicherheit, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Hygiene zu intensivieren. Wir tun dies im Dienst für unsere Patientinnen und Patienten.

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

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



## **Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

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

## **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name: Roman Lovenfosse-Gehrt  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer  
Telefon: 0221 / 8907 - 2822  
Telefax: 0221 / 8907 - 2132  
E-Mail: [postservice@kliniken-koeln.de](mailto:postservice@kliniken-koeln.de)

## **Weiterführende Links**

Homepage: [www.kliniken-koeln.de](http://www.kliniken-koeln.de)  
Weitere Informationen: [http://www.kliniken-koeln.de/KJPP\\_Startseite.htm](http://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Startseite.htm)

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts.....</b>	<b>9</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	10
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	14
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	14
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	15
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	15
A-10 Gesamtfallzahlen.....	15
A-11 Personal des Krankenhauses.....	15
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	15
A-11.2 Pflegepersonal.....	16
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	17
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	18
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	18
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	18
A-12.1.2 Lenkungsremium.....	18
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	18
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	18
A-12.2.2 Lenkungsremium.....	19
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	19
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	20
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	20
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	21
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	21
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	21
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	21
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie.....	22
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	22
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	23
A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	23
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	23
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	24
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	25
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....</b>	<b>26</b>
<b>B-1 Kinder- &amp; Jugendpsychiatrie / Psychotherapie.....</b>	<b>26</b>
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	26
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	26
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	26
B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	27

B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	28
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	28
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	29
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	29
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a. F.).....	30
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	30
B-1.11	Personelle Ausstattung.....	30
B-1.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	30
B-1.11.2	Pflegepersonal.....	31
B-1.11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	32
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>33</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	33
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a. F.).....	33
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a. F.).....	33
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	33
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	34
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (a. F.).....	34
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V (a. F.).....	34
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>36</b>
D-1	Qualitätspolitik.....	36
D-2	Qualitätsziele.....	37
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	38
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	39
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	40
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	41



## **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts**

### **A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses Krankenhaus**

Name: Kliniken Köln gGmbH - Kinderkrankenhaus  
Amsterdamerstraße  
Institutionskennzeichen: 260531741  
Standortnummer: 99  
Straße: Amsterdamer Strasse 59  
PLZ / Ort: 50735 Köln  
Telefon: 0221 / 8907 - 0  
Telefax: 0221 / 8907 - 2525  
E-Mail: [postservice@kliniken-koeln.de](mailto:postservice@kliniken-koeln.de)

#### **Ärztliche Leitung**

Name: Prof. Dr. Michael Weiß  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder - und Jugendmedizin  
Telefon: 0221 / 8907 - 5201  
Telefax: 0221 / 8907 - 5476  
E-Mail: [ToennesB@kliniken-koeln.de](mailto:ToennesB@kliniken-koeln.de)

#### **Pflegedienstleitung**

Name: Marcus Huppertz  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor, Mitglied des Direktoriums  
Telefon: 0221 / 8907 - 3433  
Telefax: 0221 / 8907 - 3520  
E-Mail: [pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

Name: Isabelle Gelhausen  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße  
Telefon: 0221 / 8907 - 5255  
Telefax: 0221 / 8907 - 5159  
E-Mail: [pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

#### **Verwaltungsleitung**

Name: Gudrun Quotschalla  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kaufmännische Leiterin  
Telefon: 0221 / 8907 - 5302  
Telefax: 0221 / 8907 - 5576  
E-Mail: [QuotschallaG@kliniken-koeln.de](mailto:QuotschallaG@kliniken-koeln.de)

## Im Bericht dargestellter Standort

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

### Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Christoph Wewetzer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Leiter  
Telefon: 0221 / 8907 - 2021  
Telefax: 0221 / 8907 - 2052  
E-Mail: [BerensI@kliniken-koeln.de](mailto:BerensI@kliniken-koeln.de)

### Pflegedienstleitung

Name: Isabelle Gelhausen  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung  
Telefon: 0221 / 8907 - 5255  
Telefax: 0221 / 8907 - 5159  
E-Mail: [pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

### Verwaltungsleitung

Name: Thomas Börner  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kaufmännischer Leiter  
Telefon: 0221 / 8907 - 2860  
Telefax: 0221 / 8907 - 2507  
E-Mail: [BoernerT@kliniken-koeln.de](mailto:BoernerT@kliniken-koeln.de)

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Stadt Köln  
Art: öffentlich  
Internet: [www.stadt-koeln.de](http://www.stadt-koeln.de)

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: ja  
Universität: Universität zu Köln

### A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Das aktuelle Organigramm der Kliniken der Stadt Köln gGmbH ist unter [http://cms.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm\\_Internet\\_10491.pdf](http://cms.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Internet_10491.pdf) veröffentlicht.

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare z.B. speziell in Neonatologie, Neuropädiatrie, päd. Onkologie
MP04	Atemgymnastik / -therapie Physiotherapie (bei Bedarf)
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung KJPP anteilig über das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege
MP20	Hippotherapie / Therapeutisches Reiten / Reittherapie
MP23	Kreativtherapie / Kunsttherapie / Theatertherapie / Bibliothek
MP27	Musiktherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder und „Spielewelt“, Krankenhausschule
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst
MP62	Snoezelen Neuropädiatrie, Neonatologie
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen z. B. bei Pouchoperationen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie Frühsport, Krafraum
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie über das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik in Kooperation mit einem Orthopädischem Sanitätshaus und der Uniklinik Köln
MP51	Wundmanagement in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide und dem Krankenhaus Merheim
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen
MP59	Gedächtnistraining / Hirnleistungstraining / Kognitives Training / Konzentrations-training

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer (in speziellen Fällen)	
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (in speziellen Fällen)	
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (in speziellen Fällen)	
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer	
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (in Kooperation mit dem Ronald Mc Donald Haus und in der Spielewelt)	
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Parkhaus - 14 Tage Ticket 30€	Kosten pro Tag: 9,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 1,13 Euro (maximal)
NM50	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Kinderbetreuung und Betreuung der Geschwisterkinder durch Erzieherinnen	
NM62	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schulteilnahme in externer Schule / Einrichtung Schule für Kranke „Hilde-Domin-Schule“ mit 80 Plätzen und Beschulungsmöglichkeit für alle Jahrgangsstufen und Schulformen.	
NM63	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schule im Krankenhaus	
NM64	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet (teilweise in der Onkologie ab 2015)	
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten ist möglich.	
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge	
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen und Eltern, Sorgeberechtigten oder anderen Angehörigen	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. jüdische, muslimische Ernährung, vegetarische oder vegane Küche
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum Kapelle und Verabschiedungsraum vorhanden	

Therapeutisches Angebot durch Klinik-Clowns einmal wöchentlich

## **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen</b>
BF02	Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen z.B. in der Tagesklinik
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE auf Anfrage
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</b>
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien</b>
BF24	Diätetische Angebote

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit</b>
BF25	Dolmetscherdienst [z. B. Türkisch] auf Anfrage
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal [z. B. Russisch, Englisch] oder weitere Sprachen auf Anfrage

## **A-8            Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### **A-8.1           Forschung und akademische Lehre**

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

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

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

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

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur / Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni- / multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale / Lehrbücher Prof. Wewetzer ist Mitherausgeber des mittlerweile in 3. Auflage in Vorbereitung befindlichen Standardwerks für „Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter“. Prof. Wewetzer und Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer sind Autoren des Buches „Ratgeber Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ 2014
FL09	Doktorandenbetreuung

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

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

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

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

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

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



## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
HB05	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

Des Weiteren stellen die Kliniken der Stadt Köln 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

Den Schwerpunkten der Abteilungen entsprechend bestehen zahlreiche klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte, in denen Spezialisten des Hauses auf nationaler und internationaler Ebene an pädiatrischer, klinischer und Grundlagen-orientierter Forschung, auch in Kooperation mit universitären Einrichtungen, teilnehmen.

### Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie:

- TDM-Studie: Multicenterstudie zur Erhebung von Daten zum Zusammenhang zwischen Wirkstoffspiegeln von Pharmaka im Blut und erwünschten Wirkungen und unerwünschten Wirkungen
- ANDI-Studie, Multicenter-Studie zum Vergleich verschiedener therapeutischer Settings in der Behandlung der Anorexia nervosa

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 60

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 668

Teilstationäre Fälle: 157

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 1.557

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,84
– davon ambulante Versorgungsformen	2,31
Fachärztinnen/ –ärzte	5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,18
– davon ambulante Versorgungsformen	0,82

	Anzahl <sup>1</sup>
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### A-11.2 Pflegepersonal

Folgende akademische Abschlüsse liegen vor:

- Diplom-Pflegemanager/-in (FH)
- Diplom-Pflegewirt/-in (FH)
- Diplom-Berufspädagoge/-in (FH)
- Master of Arts (M.A.), Management Gesundheits- und Sozialwesen
- Diplom-Sozialarbeiter/-in (FH)
- Diplom-Sozialpädagogen/-in (FH)

Zusätzlich sind noch 79 Vollkräfte in den Bereichen Zentralsterilisation, Patientenbegleitdienst und Pflegedirektion für alle drei Häuser der Kliniken der Stadt Köln eingesetzt.

Unsere Pflegekräfte werden unterstützt durch ArzthelferInnen, Medizinische Fachangestellte, Stationsgehilfen, StationssekretärInnen und ausgebildeten Rettungssanitätern, sowie KinderpflegerInnen.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen</b>	<b>14,29</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,28	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	11,96	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen</b>	<b>32,34</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,34	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	27,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,28	
<b>Krankenpflegehelfer/ –innen</b>	<b>1</b>	<b>1 Jahr</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,84	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,16	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>2,77</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,77	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,32	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,45	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	6,67
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,58
- davon ambulante Versorgungsformen	1,09
Ergotherapeuten	0,55
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,46
- davon ambulante Versorgungsformen	0,09
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	1,9
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1,6
- davon ambulante Versorgungsformen	0,3

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	6,67
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	5,58
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,09
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	0,55
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,46
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,09
SP06	Erzieher und Erzieherin	12,53
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,53
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	10,49
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,05
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,78
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,65
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,13
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,9
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,76
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,14

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,84
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,16

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thuesing  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement; Weiterentwicklung der QM - Methoden  
 Klinisches Risikomanagement  
 Unternehmenskultur & Leitbild  
 Klinisches Prozessmanagement  
 Zertifizierungen  
 Koordination der Geschäftsordnungen  
 Telefon: 0221 / 8907 - 2785  
 Telefax: 0221 / 8907 - 2863  
 E-Mail: [ThuesingC@kliniken-koeln.de](mailto:ThuesingC@kliniken-koeln.de)

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung:  
 Geschäftsführung  
 Klinischer Direktor  
 Kaufmännische Direktorin  
 Pflegedirektor  
 Ärztliche Direktoren der drei Standorte und deren Stellvertreter  
 Unternehmenskommunikation

Tagungsfrequenz: monatlich

### **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

#### **A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thuesing  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement; Weiterentwicklung der QM - Methoden  
 Klinisches Risikomanagement  
 Unternehmenskultur & Leitbild  
 Klinisches Prozessmanagement  
 Zertifizierungen  
 Koordination der Geschäftsordnungen  
 Telefon: 0221 / 8907 - 2785  
 Telefax: 0221 / 8907 - 2863  
 E-Mail: [ThuesingC@kliniken-koeln.de](mailto:ThuesingC@kliniken-koeln.de)

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung:  
 Geschäftsführung  
 Klinischer Direktor  
 Kaufmännische Direktorin  
 Pflegedirektor  
 Ärztliche Direktoren der drei Standorte und deren Stellvertreter  
 Unternehmenskommunikation

Tagungsfrequenz: monatlich

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement Name: Verfahrensweisungen Notfallmanagement (derzeit in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 31.08.2011
RM05	Schmerzmanagement Name: Manual Akutschmerz Letzte Aktualisierung: 01.06.2014
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name: Verfahrensweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung Letzte Aktualisierung: 01.11.2013
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name: Verfahrensweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV (derzeit in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 02.11.2009
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe Name: Verfahrensweisung Umgang mit BTM Umgang Multidosengebrauch Anwendung CRM Anwendung Letzte Aktualisierung: 01.01.2016
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust Name: Verfahrensweisung Umgang mit Sicherheitscheckliste Team Time Out (derzeit in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 01.11.2012

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name: Verfahrensweisung Patientenidentifikation, Vermeidung von Verwechslungen präoperative OP Checkliste der Station(derzeit in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 01.11.2012
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name: siehe 15. Letzte Aktualisierung: 01.11.2012
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name: Verfahrensweisung OP Kurz-Bericht Letzte Aktualisierung: 25.09.2012
RM18	Entlassungsmanagement Name: Verfahrensweisung Entlassung (derzeit in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 01.07.2010

### **A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 01.05.2012
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich

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

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

- über 120 umgesetzte Maßnahmen auch über die eingerichteten Risikokoordinationsteams der drei Häuser
- Einführung eines fachübergreifenden Konzepts zum Konsiliarwesen
- Weiterentwicklung der Patientendatendokumentation

### **A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

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

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

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

Interne Nutzung der externen Berichte (z.B. "Fehler des Monats" oder "paper of the month") der einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme



## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl <sup>1</sup>
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	2
Das Institut für Hygiene ist für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig und arbeitet mit folgenden Fachkräften: 1,85 VK Krankenhaushygieniker und 1,51 Ärzten in Weiterbildung	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen (für drei Standorte)	1
Hygienefachkräfte (HFK) und zwei HFK in Weiterbildung - für drei Standorte VK Hygienefachkräfte: 6,28 HFK in Weiterbildung 1,78	7
Hygienebeauftragte in der Pflege (geschulte Hygienementoren)	2

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

#### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Herr Dr. Reinhold Cremer  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ltd. OA Pädiatrie  
 Telefon: 0221 / 8907 - 5438  
 Telefax: 0221 / 8907 - 5330  
 E-Mail: [cremerR@kliniken-koeln.de](mailto:cremerR@kliniken-koeln.de)

#### Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK- ja  
 Anlage liegt vor:

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

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

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor: ja

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

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor: ja

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

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

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin 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 den Arzt oder die Ärztin 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 wurde für das nein Berichtsjahr erhoben:

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen 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 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://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	CDAD-KISS MRSA-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienefachkräftenetzwerk der Region
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort wird ebenfalls eine Onlineschulung verpflichtend angeboten.	

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja, eingeführt.
	Rückmeldungen werden innerhalb von max. 7 Tagen bearbeitet und wenn gewünscht persönlich beantwortet. Konstruktive Vorschläge und kritische Anmerkungen werden zur Verbesserung genutzt. In einer speziellen Rückmeldekommission werden Lob, Wünsche und Beschwerden regelmäßig strukturiert analysiert und Verbesserungen abgeleitet.	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja, existiert.
	Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden ist in einer intern veröffentlichten Verfahrensanweisung geregelt. Die Anregungen aus dem Meinungsmanagement werden regelmäßig in einer Rückmeldekommission bearbeitet und Verbesserungen zügig umgesetzt.	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja, geregelt.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja, geregelt.
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja, definiert.
	In einer Verfahrensanweisung zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden sind Zeitziele von max. 7 Bearbeitungstagen bis zur Erstantwort von schriftlich eingehenden Beschwerden definiert.	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	M.A. Franziska Jacob Qualitäts- und Beschwerdemanagement Telefon: 0221 / 8907 - 2813 Telefax: 0221 / 8907 - 2285 E-Mail: <a href="mailto:JacobF@kliniken-koeln.de">JacobF@kliniken-koeln.de</a>
	Weitere Ansprechpartnerin ist der Patientenfürsprecher, der einmal wöchentlich vor Ort ist.	
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Klaus Wiedemann Patientenfürsprecher Telefon: 0221 / 8907 - 15081 Telefax: 0221 / 8907 - 5159 E-Mail: <a href="mailto:WiedemannK@kliniken-koeln.de">WiedemannK@kliniken-koeln.de</a>
	Der Patientenfürsprecher ist einmal wöchentlich vor Ort (siehe Aushänge in der Eingangshalle und auf den Stationen).	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Nein, nicht vorhanden. Kontaktformular: <a href="http://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_-Patientenfuersprecher_Kontaktformular.-htm">http://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_-Patientenfuersprecher_Kontaktformular.-htm</a>
	Auch der Patientenfürsprecher steht für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen, oder über das Internetkontaktformular).	
BM09	Patientenbefragungen	Ja, durchgeführt.
BM10	Einweiserbefragungen	Ja, durchgeführt.

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA01	Angiographiegerät / DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>
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 Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	<input type="checkbox"/>
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem KH St. Augustin (ECMO-Kooperation)		
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	<input type="checkbox"/>
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	<input type="checkbox"/>
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	<input type="checkbox"/>

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

## **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  
Schlüssel: Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000)  
Art: Hauptabteilung

#### **Zugänge**

Straße: Amsterdamer Strasse 59  
PLZ / Ort: 50735 Köln

Straße: Florentine-Eichler-Str. 1  
PLZ / Ort: 51067 Köln

#### **Chefärzte**

Name: Prof. Dr.med. Christoph Wewetzer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 0221 / 8907 - 2021  
Telefax: 0221 / 8907 - 2052  
E-Mail: [Berensi@kliniken-koeln.de](mailto:Berensi@kliniken-koeln.de)

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a 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), legale und illegale Drogen.

Folgende Einrichtungen stehen zur Verfügung:

- eine offene Jugendstation
- eine Intensivstation/geschlossene Station
- eine Station für qualifizierten Entzug
- eine Kleinkinderstation mit 3 Eltern-Kind-Einheiten
- eine Schulkinderstation



- eine Tagesklinik mit einer Gruppe für Kinder und einer Gruppe für Jugendliche
- eine Institutsambulanz
- eine Traumaambulanz
- eine Privatambulanz

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

#### **B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Kinder- & Jugendpsychiatrie / Psychotherapie**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen</b>
BF02	Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung <sup>1</sup>
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. <sup>1</sup>
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette <sup>1</sup>
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen <sup>1</sup>
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <sup>1</sup>
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <sup>1</sup> z.B. in der Tagesklinik
BF11	Besondere personelle Unterstützung <sup>1</sup>
	<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin <sup>1</sup> auf Anfrage

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE <sup>1</sup> auf Anfrage
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</b>
BF14	Arbeit mit Piktogrammen <sup>1</sup>
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien</b>
BF24	Diätetische Angebote <sup>1</sup>
	<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit</b>
BF25	Dolmetscherdienst <sup>1</sup> [z. B. Türkisch] auf Anfrage
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <sup>1</sup> [z. B. Russisch, Englisch] oder weitere Sprachen auf Anfrage

<sup>1</sup> Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

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

Vollstationäre Fallzahl: 668  
 Teilstationäre Fallzahl: 157  
 Anzahl Betten: 60

### **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	169
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	106
3	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	61
4	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	56
5	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	51
6 - 1	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	38
6 - 2	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	38
8 - 1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	20
8 - 2	F42	Zwangsstörung	20
10	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	16

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-665	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	1.395
2	9-655	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	1.242
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.179
4	9-693	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.053
5	9-664	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	911
6	9-654	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	710
7	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	682
8	1-904	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	57
9	9-690	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	53
10	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	46

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (a.F.)

#### Traumaambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (a.F.)

#### Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

#### Angebotene Leistung

Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

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

### **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a. F.)**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

### **B-1.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,84
– davon ambulante Versorgungsformen	2,31
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,18
– davon ambulante Versorgungsformen	0,82

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Facharztbezeichnung
AQ37 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychotherapie
AQ51 Psychiatrie und Psychotherapie
AQ52 Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
AQ53 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Zusatz-Weiterbildung
Psychotherapie – fachgebunden –
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.

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	14,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,28	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	11,96	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	32,34	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,34	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	27,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,28	
Krankenpflegehelfer/ –innen	1	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,84	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,16	
Medizinische Fachangestellte	2,77	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,77	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,32	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,45	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ10	Psychiatrische Pflege

### Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP17	Case Management

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP12	Praxisanleitung

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

Die Psychologinnen und Psychologen der Klinik verfügen über die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder sind dabei diese zu erwerben. 3 Kollegen/innen verfügen zusätzlich über die Approbation als Erwachsenenpsychotherapeut/in.

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	6,67
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,58
– davon ambulante Versorgungsformen	1,09
Ergotherapeuten	0,55
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,46
– davon ambulante Versorgungsformen	0,09
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	1,9
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0,3

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung ermöglichen.

### C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a. F.)

Über § 137 SGB V (a. F.) hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

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

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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
KTQ- Verbundzertifizierung seit 2004/2005	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse
Bezeichnung des Qualitätsindikators	KTQ- Verbundzertifizierung seit 2004/2005
Ergebnis	Datenbank
Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.



MRSA-KISS	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse
Bezeichnung des Qualitätsindikators	MRSA-KISS
Ergebnis	Die hauseigenen Ergebnisse werden kontinuierlich mit den Referenzwerten abgeglichen.

HAND-KISS	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse
Bezeichnung des Qualitätsindikators	HAND-KISS
Ergebnis	Die hauseigenen Ergebnisse werden kontinuierlich mit den Referenzwerten abgeglichen.

Zertifikat zur Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz durch MRE-Netz	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse
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.

### **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

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

### **C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (a. F.)**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V (a. F.)**

		Anzahl <sup>2</sup>
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	13
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die 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

<sup>1</sup> 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](http://www.g-ba.de))  
<sup>2</sup> Anzahl der Personen

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

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

Die Ziele sind ausgerichtet auf unser Leitbild und die übergeordneten Unternehmensziele: Qualität, wirtschaftliche Stabilisierung, Investitionsfähigkeit, Kooperation und Kommunikation.

Unser Leitsatz im Leitbild heißt "Der Mensch im Zentrum unseres Handelns". Wir haben 11 Bausteine mit u.a. folgenden Inhalten ausgearbeitet:

**Ethisches Grundprinzip:** Ein klinisches Ethik Komitee wurde bereits 2005 eingerichtet. In ethischen Konfliktsituationen kann Unterstützung in Form einer qualifizierten ethischen Fallbesprechung zeitnah angefordert werden.

**Verbindliche Führungsgrundsätze:** Alle Führungskräfte unterschreiben die Führungsgrundsätze. Zur Umsetzung der Führungsgrundsätze gehört das jährliche Führen der Zielvereinbarungs- und Fördergespräche mit den direkt nachgeordneten MitarbeiterInnen. Die Umsetzung der Führungsgrundsätze wurde über die Mitarbeiterbefragung evaluiert.

**Patienten- und Kundenorientierung:** Im Zentrum aller Aktivitäten stehen der Patient und dessen ganzheitliche Versorgung unter Achtung der Menschenwürde und der Persönlichkeitsrechte. Diagnostik, Therapie, Pflege und Begleitung orientieren sich am Patienten. Dieser wird verständlich und einfühlsam über seine Erkrankung informiert und rechtzeitig auf seine geplante Entlassung vorbereitet. Unser Umgang mit Patienten und allen weiteren externen und auch internen Kunden (z.B. Eltern, einweisende Ärzte, Angehörige, Mitarbeiter) ist dienstleistungsorientiert.

**Unser Medizinisches Spektrum:** Das medizinische Spektrum entspricht in allen Fachbereichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Medizin, so dass alle Maßnahmen nach dem neuesten Wissensstand sorgfältig geplant und durchgeführt werden. Unsere Patienten werden auf hohem Niveau versorgt.

**Mitarbeiterorientierung:** Die Führungsgrundsätze sind verbindlich und gelten für das Miteinander aller Beschäftigten. Die Mitarbeiter/innen werden in die ihr Arbeitsfeld betreffende Veränderungsprozesse mit einbezogen. Außerdem werden die beruflichen Qualifikationen der Mitarbeiter/innen gefördert und motivationsfördernde Arbeitsbedingungen geschaffen.

**Kooperation und Kommunikation:** Wir sehen Kommunikation und Kooperation als wesentliche Pfeiler des Arbeitslebens. Daher kommunizieren wir offen und wertschätzend nach innen und außen, so dass Stimmungen, Sorgen und Ängste der Patienten und Mitarbeiter wahrgenommen werden und darauf in geeigneter Form reagiert werden kann.

**Aus-, Fort- und Weiterbildung:** Das innerbetriebliche Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) bietet qualifizierte Ausbildungen in der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie in der Operationstechnischen Assistenz. Eine MTRA Schule wurde 2013 am Aus- Fort- und Weiterbildungsinstitut eröffnet. Weiterhin ermöglicht das AFW die professionelle Begleitung betrieblicher Veränderungsprozesse, die Unterstützung von Teams und Einzelpersonen in der Weiterentwicklung ihrer Potentiale sowie die Nachwuchsförderung von Führungskräften über speziell angebotene Programme. Das umfangreiche berufsübergreifende Fort- und Weiterbildungsprogramm ist an den

strategischen Unternehmenszielen orientiert und wird jährlich angepasst. Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung ist nach dem bildungsspezifischen Qualitätsmodell Lernorientierte Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung (LQW) testiert.

**Innovation:** Ziel ist es, laufend einen möglichst hohen Innovationsgrad in allen Betriebsteilen und Mitarbeitergruppen zu erreichen und Marktpositionen auch innovativ auszubauen. Wir berücksichtigen bei Handlungen und Entscheidungen neue Erkenntnisse und hinterfragen die Effizienz bestehender Verfahren, Strukturen und Traditionen. Ziele, Strukturen, Abläufe, Behandlungspfade, Leitlinien und Standards sollen gemeinsam weiterentwickelt oder neu geschaffen werden. Die Möglichkeiten, die neue Methoden und Verfahren mitbringen, berücksichtigen wir angemessen.

**Qualitätsmanagement:** Alle Abteilungen haben konkrete Qualitätsziele, die an unserem Leitbild ausgerichtet sind. Diese werden regelmäßig bewertet und fortgeschrieben. Ausgehend von unseren Stärken und Schwächen gestalten wir einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der zu effektiven und effizienten Arbeitsabläufen führt. Hierdurch wird die Sicherheit und die Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter erhöht und die Wirtschaftlichkeit gesichert.

**Der Umwelt verpflichtet:** Wir sind nicht nur der Gesundheit der Menschen verpflichtet, sondern auch dem Schutz der Umwelt. Der effiziente und umweltbewusste Einsatz aller Mittel (z.B. Wasser, Abwasser, Energie) und Materialien (z.B. medizinischer Sachbedarf) ist eine Verpflichtung für jeden Mitarbeiter.

**Wirtschaftlichkeit:** Ziel ist, die langfristige Existenzsicherung unserer Kliniken zur dauerhaften Erfüllung ihres erteilten Versorgungsauftrages durch eine höchstmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Betriebsstätten. Wir verstehen unter wirtschaftlichem Handeln, den Bedürfnissen der Patienten, Mitarbeiter und Kunden mit den uns zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und einer möglichst hohen Qualität zu entsprechen.

Ausgehend von diesen langfristigen Zielen im Leitbild und den o.g. Unternehmenszielen 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 Zielvereinbarungs-/Fördergespräch die für das jeweilige Jahr wichtigsten Ziele.

## **D-2 Qualitätsziele**

### **Qualitätsziele**

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

#### **Gemeinsame Ziele der Fachabteilungen sind:**

- Implementierung mindestens zwei neuer Behandlungspfade pro Jahr sowie Evaluierung und Aktualisierung der bestehenden Behandlungspfade
- Unterstützung der Umsetzung und Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
  - zur Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung,
  - zum Berichtswesen der Qualitätsindikatoren,
  - zu den durchgeführten Risikoaudits sowie

- sowie zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Organzentren.

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

### **Spezifische Ziele der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP):**

1. Ausbau der Vernetzung mit niedergelassenen Pädiatern und der Jugendhilfe
2. 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
3. Aufbau einer eigenen Vortragsreihe an der Klinik
4. Abschluss der Kooperationsvereinbarung mit der Jugendhilfe
5. Umsetzung der OPS-Richtlinien
6. Erarbeitung von standardisierten Einarbeitungskonzepten für die verschiedenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Berufsgruppen
7. Gewährleistung einer strukturierten Einarbeitung und Ausbildung der PJ-Studenten, die inzwischen ein gesamtes Tertial in der Klinik für KJPP ableisten können.
8. Koordination der Umsetzung des neuen Patientenrechtegesetzes mit den Amts- und Familiengerichten des Versorgungsgebietes
9. Standardisierung der Abläufe bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen in der Kooperation mit den Rettungsdiensten
10. Optimierung der Zugangsmöglichkeiten zum Freiluftbereich für Patienten/innen der besonders geschützten Station
11. Planerische Vorbereitungen für die Neugestaltung freiwerdender Klinikräume nach Neubau der Klinikschule
12. Planung und Durchführung der Klinikerverweiterung
13. Organisation und Moderation der "Elternwerkstatt" im Studio DuMont, Köln, eines regelmäßigen öffentlichen Forums zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen für alle interessierten Eltern

### **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

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

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

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

Verbesserungen werden durch die Geschäftsleitung bzw. die Betriebsleitung, u.a. in Form

von Aufträgen für Qualitätszirkel-, Projektgruppen oder an die zuständigen Leitungen bzw. benannten Funktionsträger initiiert.

Das Qualitätsmanagement kontrolliert gemeinsam mit den Auftraggebern den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen. Die Ergebnisse werden u.a. im Intranet, in Besprechungen, auf Informationsveranstaltungen und in der schriftlichen Mitarbeiterinformation „KLINIK AKTUELL“ veröffentlicht. Zweimal im Jahr findet das „QM-Netzwerktreffen“ mit Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Qualitätsmanagements aus den einzelnen Abteilungen statt. Dabei werden aktuelle Aktivitäten des Qualitätsmanagements, z.B. Ergebnisse von Analysen und Projekten sowie abteilungsspezifische Aktivitäten vorgestellt. Das Netzwerktreffen ist auch ein Forum, in dem die Instrumente und Tätigkeiten des Qualitätsmanagements kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Informationen zur Abteilung finden Sie auch im Internet unter: [http://www.kliniken-koeln.de/ueber\\_uns\\_Qualitaetsmanagement\\_Startseite.htm?ActiveID=1650](http://www.kliniken-koeln.de/ueber_uns_Qualitaetsmanagement_Startseite.htm?ActiveID=1650)

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

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

### **1. Instrumente zur Analyse der Qualität**

- Durchführung der systematischen KTQ-Selbstbewertung in berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen
- Durchführung der krankenhausesübergreifenden KTQ-Fremdbewertung und externer Audits zu den Organzentren und zur perioperativen Schmerztherapie durch unabhängige, externe Visitoren / Auditoren
- Durchführung von externen Risikoaudits
- Durchführung interner Audits
- Analyse von Rückmeldungen (einschl. Beschwerdemanagement)
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- unterjähriges Berichtswesens zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und den (mit dem Charlson-Index) 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

### **2. Instrumente zur Verbesserung der Qualität**

- Umsetzung von Aktionsplänen zu allen o.g. Analyse-Instrumenten
- Kommunikation und Evaluation des Leitbildes zur Weiterentwicklung der Unternehmens- und Sicherheitskultur
- Projektgruppenarbeit zur Ausarbeitung und Umsetzung konkreter, zeitlich befristeter Projektaufträge
- Qualitätszirkelarbeit zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe
- Implementierung von Behandlungspfaden, Standards zur Erstversorgung, Verfahrensanweisungen und Checklisten,

- Aufträge an einzelne Abteilungen oder an Kolleginnen und Kollegen in ihren Funktionen, z.B. an die Hygienebeauftragte oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Koordination des Ideenmanagements

### 3. Instrumente zur Dokumentation der Qualität

- Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet; das Handbuch ist nach den KTQ-Kriterien gegliedert
- Erstellung von QM-Jahresberichten
- Darstellung der Qualität, einschließlich der Qualitätsziele (siehe D-2) im Qualitätsbericht; Veröffentlichung der KTQ-Qualitätsberichte
- 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. zu den Themen Umgang mit Beschwerden, Durchführung einer KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, Erstellung, Implementierung und Auswertung von Behandlungspfaden, zur Aufbereitung und Analyse der Qualitätsindikatoren und für die CIRS Vertrauenspersonen
- Veröffentlichung aktueller Themen in der 2x monatlich erscheinenden KLINIK AKTUELL
- QM-Intranet-Seite und Nutzung der Kliniken-Rundmail
- Veröffentlichungen in der Fachpresse
- Vorträge in Fachgremien und auf Kongressen / Tagungen
- Unterrichtseinheiten in den Managementkursen für Ärzte und für Pflegekräfte, für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege, der operationstechnischen Assistenten und der Medizinisch Radiologischen Assistenten zu den wesentlichen Zielen und Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

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

Koordination der Aktivitäten in der krankenhausübergreifenden Betriebsleitung

- Rezertifizierung der Akutschmerztherapie
- KTQ Rezertifizierung; Bearbeitung der Visitationsberichte in der Form eines Aktionsplans
- Optimierung der Patientensicherheit durch klinisches Risikomanagement u.a. mit externen Risikoaudits, Risikokoordinationsteams, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie durch risikoadjustierte (Charlson-Index) medizinische Qualitätsindikatoren
- Klinische Prozessoptimierung (z.B. Koordination der Behandlungspfade, Standards zur Erstversorgung, Implementierung einer EDV-gestützten Triage und Patientendatendokumentation in den Notaufnahmen)



- Beschwerdemanagement mit Rückmeldekommissionen mit Aktionsplänen (auch zu sicherheitsrelevanten Themen)
- Unterstützung der Unternehmenskultur, u.a. auch durch die Weiterentwicklung des Leitbilds, Leitbildaktionen und Mitarbeiterbefragungen auch zur Umsetzung der Führungsgrundsätze
- Durchführung regelmäßiger Befragungen (Patientenbefragung, Einweiserbefragungen, Mitarbeiterbefragungen)
- Erstellung der gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 137 SGB V
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuchs
- Betreuung des Ideen- und Beschwerdemanagements
- Durchführung und Moderation von internen QM-Netzwerktreffen
- Moderation des Klinischen Ethik Komitees
- Einführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement unter Berücksichtigung der Patientensicherheit
- Durchführung einer klinikübergreifenden Einweiserbefragung auf der Grundlage der erfolgreichen Einweiserbefragung in den onkologischen Zentren

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

**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](http://www.KTQ.de)) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Die 12 Monate dauernde Zertifizierungsprozess wird alle 3 Jahre durch umfassende Selbstbewertungen mit berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen und durch mehrtägige (je nach Größe des Krankenhauses: 3-5 Tage) Fremdbewertungen durch unabhängige, externe Visatoren wiederholt.

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

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

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

Die medizinische Prozess- und Ergebnisqualität wird im unterjährigen Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und zu den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten im Vergleich zu den jeweiligen Referenzdaten bewertet.

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

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

### **Patientenbefragung**

Ab Ende 2016 wird eine kontinuierliche Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Benchmarkings mit den Ergebnissen von ca. 107 Krankenhäusern verglichen. Verbesserungsmaßnahmen werden aus den Ergebnissen abgeleitet, z. B. wird das Manchester-Triage-System umgesetzt, welches eine bessere Priorisierung der Behandlung der Notfallpatienten ermöglicht.

### **Mitarbeiterbefragung**

Eine Vollbefragung der Mitarbeiter mit externem Benchmark (mit 163 Vergleichskrankenhäusern) wurde 2013/2014 durchgeführt, der Rücklauf betrug 62%. Folgeprozesse und Aktionspläne werden erstellt und seitdem die Umsetzung unterstützt. Die Umsetzung von Verbesserungen erfolgt sowohl durch den krankenhausübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne.

### **Auswertung der Meinungsbögen/Lob und Beschwerden**

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

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

Pro Krankenhaus trifft sich eine Rückmeldekommission, um alle eingegangenen Bögen zu sichten und strukturelle Probleme zu bearbeiten. Diese Rückmeldekommission besteht aus der kaufmännischen Leitung, der Pflegedirektion, der PatientenführerIn, dem Leiter des Patientenservice, der Küche, der Reinigung und dem Qualitätsmanagement sowie nach Bedarf aus einem ärztlichen Vertreter. Möglichkeiten zur Verbesserung werden in Aktionspläne umgesetzt, die von den Mitgliedern der Rückmeldekommission weiter bearbeitet oder an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet werden.

### **Einweiserbefragung**

Nach erfolgreich durchgeführten Pilotprojekten zur Einweiserbefragung ist bis Ende 2016 die Durchführung einer Einweiserbefragung für alle bettenführenden Fachabteilungen geplant. Bei besonders guten Bewertungen werden die bewährten Lösungen ausgeweitet; bei identifizierten verbesserungspotentialen werden Maßnahmen mit Hilfe von Aktionsplänen abgeleitet.