



# Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

## Standort-Qualitätsbericht 2024

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V  
für das Berichtsjahr 2024 – erstellt am 15.11.2025

## 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 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.

### Unsere Stationen

- offene Jugendstation
- Intensivstation
- Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung
- Station für jüngere Schulkinder
- Station für ältere Schulkinder
- Tagesklinik mit je einer Gruppe für Kinder und Jugendliche
- Institutsambulanz

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 Ärzt\*innen, Diplom-Psycholog\*innen, Diplom-Sozialpädagog\*innen, Bewegungs-, Ergo- und Musiktherapeut\*innen, einer Logopädin, Mitarbeitenden 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 jeder/m Patient\*in 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 individuell zusammengestellt. Kennzeichnend für ein multimodales Behandlungskonzept ist, dass neben den Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Pflege- und Erziehungsdienst weitere qualifizierte Berufsgruppen sowie immer auch die Familie und wichtige Bezugspersonen (z. B. Erziehende, Lehrer\*innen, Betreuende der Jugendhilfe) in die diagnostischen und therapeutischen Prozesse einbezogen sind. Die Behandlungsangebote umfassen Psycho-therapie, Gruppentherapie, Elternberatung, Elterntraining und Familientherapie, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie und logopädische Therapie.

Das Belegungsmanagement koordiniert und steuert effizient die Bettenbelegung (Elektivaufnahmen, Notaufnahmen, interne Verlegungen) der jeweiligen Abteilungen.

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.

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 Heimatschule zu ermöglichen. 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.

## **Kooperationen**

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 Patient\*innenversorgung, Themen sind z. B. Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter, Untersuchung zu peripheren Markern bei schizophrener Psychose oder Therapeutisches Drug Monitoring von Psychopharmaka.





## Patient\*innensicherheit

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.

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.



## Zertifizierung

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 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.

## **Förderverein und Unterstützung**

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., der Kastanienhof-Stiftung und anderen Organisationen. Diese Unterstützung ermöglicht zusätzliche Angebote, wie z. B. den Aufbau eines therapeutischen Gartens und verschiedener Sportgeräte, eines Krafraums oder Projektwochen mit dem Kölner Spielezirkus

## **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](mailto: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](mailto:PauseB@kliniken-koeln.de)

## **Weiterführende Links**

Homepage: [www.kliniken-koeln.de](http://www.kliniken-koeln.de)  
Weitere Informationen: [https://www.kliniken-koeln.de/KJPP\\_Startseite.htm?ActiveID=1631](https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Startseite.htm?ActiveID=1631)

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts.....</b>	<b>11</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	11
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	12
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	12
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	13
A-4 [unbesetzt].....	13
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-6 Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	15
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	16
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	16
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit.....	17
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	17
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	17
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	18
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	19
A-9 Anzahl der Betten.....	19
A-10 Gesamtfallzahlen.....	19
A-11 Personal des Krankenhauses.....	20
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	20
A-11.2 Pflegepersonal.....	20
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	21
A-11.3.1 Therapeutisches Personal.....	21
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	22
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	22
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	23
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	23
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	23
A-12.1.2 Lenkungsremium.....	23
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	23
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	23
A-12.2.2 Lenkungsremium.....	24
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	24
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	24
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	25
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	25
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	25
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	26
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	26
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie.....	26
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	26
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	27
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	27
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	28
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	30
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	30
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	30
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	30
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	30
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	31
A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen....	32

A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	32
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	34
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe.....	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	34
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	35
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	35
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisations-</b>		
<b>einheiten / Fachabteilungen.....</b>		<b>36</b>
<b>B-1 Kinder- &amp; Jugendpsychiatrie / Psychotherapie.....</b>		<b>36</b>
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	36
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	36
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36
B-1.4	[unbesetzt].....	37
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	37
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	37
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	39
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	39
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	41
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	41
B-1.11	Personelle Ausstattung.....	41
B-1.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	41
B-1.11.2	Pflegepersonal.....	41
B-1.11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	42
<b>C Qualitätssicherung.....</b>		<b>44</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	44
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	44
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	44
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	44
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	44
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	44
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	44
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	45
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL).....	45
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL).....	45
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	45
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr.....	45
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).....	46
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	46
<b>D Qualitätsmanagement.....</b>		<b>47</b>
D-1	Qualitätspolitik.....	47
D-2	Qualitätsziele.....	48
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	50
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	51
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	52

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements..... 52

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

## **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](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  
E-Mail: [ToennesB@kliniken-koeln.de](mailto:ToennesB@kliniken-koeln.de)

### **Pflegedienstleitung**

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

Name: Fabian Witt  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung  
Telefon: 0221 / 8907 - 3433  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

### **Verwaltungsleitung**

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

Name: Daniel Dellmann  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung  
Telefon: 0221 / 8907 - 2822  
E-Mail: [FischermannH@kliniken-koeln.de](mailto:FischermannH@kliniken-koeln.de)

### **Im Bericht dargestellter Standort**

Name: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Institutionskennzeichen: 260531741  
Standortnummer: 773534000  
Straße: Florentine-Eichler-Straße 1  
PLZ / Ort: 51067 Köln

### **Ärztliche Leitung**

Name: Prof. Dr. med. Andries Korebrits  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 0221 / 8907 - 2021  
E-Mail: [ChefsekretariatKJPP@kliniken-koeln.de](mailto:ChefsekretariatKJPP@kliniken-koeln.de)

### **Pflegedienstleitung**

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

Name: Suzanne Matthä  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung  
Telefon: 0221 / 8907 - 5563  
E-Mail: [Pflegedirektion@kliniken-koeln.de](mailto:Pflegedirektion@kliniken-koeln.de)

### **Verwaltungsleitung**

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

Name: Sylvia Langer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführung  
Telefon: 0221 / 8907 - 12303  
E-Mail: [FischermannH@kliniken-koeln.de](mailto:FischermannH@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**

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja  
Universität: Universität zu Köln

### **A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses**

Unsere aktuelle Organisationsstruktur ist unter [https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm\\_Gesamt\\_17711.pdf](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 [[ <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP___Sozialdienst.htm?ActiveID=3811">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP___Sozialdienst.htm?ActiveID=3811</a> ]]
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie Frühspport, Kraftraum, Außengelände mit Fußball- und Basketballfeld, Kletterwand, Bogenschießplatz, Bouleplatz und eigener Bauern-Garten
MP14	Diät- und Ernährungsberatung KJPP in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße und Krankenhaus Holweide)
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege Ausschließlich Bezugspflege, Fallarbeit in der Tagesklinik
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrations-training
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot Unterricht für schulpflichtige Kinder, Schule für Kranke <a href="http://www.kliniken-koeln.de/Schule_fuer_Kranke.htm">www.kliniken-koeln.de/Schule_fuer_Kranke.htm</a>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst z. B. psychoedukative Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Reittherapie, Elternberatung, Elterntaining und Familientherapie
MP63	Sozialdienst Weitere Informationen finden Sie unter: <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811</a>
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen siehe unter <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntaining_Familientherapie.htm?ActiveID=2406">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntaining_Familientherapie.htm?ActiveID=2406</a>
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker in Kooperation mit Kinderkrankenhaus
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien [z. B. Erziehungsberatung] <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntaining_Familientherapie.htm">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_Elternberatung_Elterntaining_Familientherapie.htm</a>
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
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 <a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP__Sozialdienst.htm?ActiveID=3811</a>

## A-6 Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
	<b>Patientenzimmer</b>	
NM02	Ein-Bett-Zimmer auf allen Stationen möglich	
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
<b>Besondere Ausstattung des Krankenhauses</b>		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	
	TV, Aufenthaltsräume vorhanden	
<b>Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten</b>		
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/ Einrichtung	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-Schule_fuer_Kranke.htm">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-Schule_fuer_Kranke.htm</a>
	Schule für Kranke „Hilde-Domin-Schule“ mit 80 Plätzen und Beschulungsmöglichkeit für alle Jahrgangsstufen und Schulformen. Schriftliche Leistungsabnahmen der Heimatschule und Abschlussprüfungen/ZAPs möglich	
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet	
<b>Individuelle Hilfs- und Serviceangebote</b>		
NM07	Rooming-in	
	In Ausnahmefällen können Elternteile tageweise insbesondere zur Beobachtung der Interaktion zwischen Elternteil und Kind mit auf Station sein	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten und Eltern, Sorgeberechtigten oder anderen Angehörigen	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-_Sozialdienst.htm?ActiveID=3811">https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-_Sozialdienst.htm?ActiveID=3811</a>
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientiert__Sozialdienst.-htm?ActiveID=3754">https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientiert__Sozialdienst.-htm?ActiveID=3754</a>
	Informationen zu Selbsthilfegruppen erhalten Sie über die Sozialberatung / Familienorientierte Betreuung und Beratung	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
	Vegetarische und vegane sowie schweinefleischfreie Ernährung möglich.	
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Kinderkrankenhaus.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Seelsorge_Kinderkrankenhaus.htm</a>
	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: Jens Rohmann  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Abteilungsleitung der Bauabteilung  
 Telefon: 0221 / 8907 - 2241  
 E-Mail: [RohmannJ@Kliniken-Koeln.de](mailto:RohmannJ@Kliniken-Koeln.de)

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit</b>
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
	<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>
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
	<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer 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 Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien</b>
BF24	Diätische Angebote
	<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung</b>
BF25	Dolmetscherdienste
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <a href="https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071">https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071</a>
BF30	Mehrsprachige Internetseite <a href="https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071">https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Leistungen.htm?ActiveID=5071</a>
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung [z.B. Raum der Stille] am Standort Holweide im Krankenhaus Holweide
	<b>Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</b>
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

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

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

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten Herr Prof. Korebrits hat einen Lehrauftrag für das Fach Forensische Psychiatrie am Lehrstuhl Strafrecht der Juristischen Fakultät der Uni Köln.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

### Lehrtätigkeit

Herr Dr. Dr. Claus und alle Oberärztinnen und Oberärzte der Klinik sind wie Prof. Korebrits 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 tiergestützter 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 Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe und von der Personalentwicklung der Kliniken der Stadt Köln gGmbH folgende Bildungsmöglichkeiten angeboten:

#### Weiterbildungen:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Weiterbildung Praxisanleitung für Gesundheitsberufe
- Externe Weiterbildungen reichern das Portfolio an. Thema und Bildungsstätte werden nach tatsächlichem 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



Vollstationäre Fälle:	696
Teilstationäre Fälle:	123
Ambulante Fälle:	
– Fallzählweise:	2.962
Fälle in StäB <sup>1</sup> :	0

<sup>1</sup> Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

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

### **A-11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>16,14</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,72
– davon ambulante Versorgungsformen	2,42
<b>Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>6,24</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,24
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0,94

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### **A-11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

#### **Personal des Krankenhauses insgesamt**

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>17,61</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,97	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,64	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>21,83</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	18,56	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,27	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0,46</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,39	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,07	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,36	

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

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

#### **A-11.3.1 Therapeutisches Personal**

Therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)</b>	7,03
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	7,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,98
– davon ambulante Versorgungsformen	1,05
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b>	0,48
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,41
– davon ambulante Versorgungsformen	0,07
<b>Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten</b>	3,93
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,93
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,34
– davon ambulante Versorgungsformen	0,59
<b>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</b>	2,47
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,47
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0,37

Therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	5,96
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,96
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,07
- davon ambulante Versorgungsformen	0,89

<sup>1</sup> Angabe in Vollkräften

### A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	3,93
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,93
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3,34
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,59
SP06	Erzieherin und Erzieher	23,75
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,75
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	20,19
	- davon ambulante Versorgungsformen	3,56
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	5,48
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,48
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4,66
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,82
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	4,63
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,63
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3,94
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,69
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	0,48
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,41
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,07
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	0,78
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,66
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,12

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,88
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,75
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,13
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	7,03
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,03
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	5,98
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,05
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	5,96
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,96
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	5,07
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,89
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1,63
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,63
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1,39
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,24

<sup>1</sup> 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](mailto: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](mailto:ThuesingC@kliniken-koeln.de)

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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: 07.08.2025
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04	Klinisches Notfallmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM18	Entlassungsmanagement Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 29.07.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich

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

Ja, Tagungsfrequenz: 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
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

- Weiterentwicklung der Patientendatendokumentation
- Verfahrensanweisungen 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 krankenhausesübergreifenden 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 (Ärztzekammern 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 <sup>1</sup>
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	5
Fünf Krankenhaushygieniker*innen des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig, zusätzlich zwei Assistenzärzt*innen in Weiterbildung und ein Master der Neurowissenschaften	
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Eine Hygienebeauftragte-Ärztin ist für die KJP zuständig.	
Hygienefachkräfte (HFK)	8
Die HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig, zusätzlich drei Gesundheits- und Krankenpfleger*innen.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	2
Die Hygienebeauftragte Pflegenden sind für die KJP zuständig.	

<sup>1</sup> Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

#### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. Michael Weiß

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor Kinderkrankenhaus und Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Telefon: 0221 / 8907 - 15200

E-Mail: [WeissM@kliniken-koeln.de](mailto:WeissM@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 Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches 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

<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
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)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
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.	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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.	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM06	<p>Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt</p>	<p>Dipl. Pflegewirtin / M.A. Pflegemanagement            Franziska Jacob            Qualitäts- und Beschwerdemanagement            Telefon: 0221 / 8907 - 2813            E-Mail: <a href="mailto:QM@kliniken-koeln.de">QM@kliniken-koeln.de</a>            M.A. Gesundheits- und Sozialmanagerin            Tabea Arends            Qualitätsmanagement            Telefon: 0221 / 8907 - 12310            E-Mail: <a href="mailto:QM@kliniken-koeln.de">QM@kliniken-koeln.de</a></p> <p>Weiterer Ansprechpartner ist der Patientenfürsprecher des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.  <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm</a>            oder die PatientenfürsprecherInnen des Standortes Holweide <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm</a></p>
BM07	<p>Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt</p>	<p>Frau Christiana Dornbusch            Patientenfürsprecherin            Telefon: 0221 / 8907 - 2559            E-Mail: <a href="mailto:Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de">Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de</a>            Frau Ursula Reinehr-Holtschneider            Patientenfürsprecherin            Telefon: 0221 / 8907 - 2559            E-Mail: <a href="mailto:Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de">Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de</a></p> <p>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.            [[<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm</a>]]            [[<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktfomular.htm">https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktfomular.htm</a>]]</p>
BM08	<p>Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden</p>	<p>Kontaktformular: <a href="https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_-_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.-htm">https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_-_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.-htm</a></p> <p>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).</p>
BM09	<p>Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt</p>	<p>Es findet eine kontinuierliche Patienten-/ Elternbefragung statt. Ein Bericht wird halbjährlich intern veröffentlicht.</p>
BM10	<p>Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt</p>	<p>Einweiserbefragungen definierter Fachabteilungen werden regelmäßig durchgeführt.</p>

## 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](mailto:GossmannA@kliniken-koeln.de)

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	19
Weiteres pharmazeutisches Personal	24

<sup>1</sup> 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
	<b>Allgemeines</b>	
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	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<b>Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese</b>		
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
<b>Medikationsprozess im Krankenhaus</b>		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<b>Entlassung</b>		
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 Teil A § 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 unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

ja

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

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 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 <sup>1</sup>
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		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit den Krankenhäusern Holweide, Merheim		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	<input type="checkbox"/>
	in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße		

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

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

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

### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: nein

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der 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: Prof. Dr. med. Andries Korebrits

Funktion / Ärztlicher Leiter

Arbeits-  
schwer-  
punkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 2021

E-Mail: [ChefsekretariatKJPP@kliniken-koeln.de](mailto: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: 696

Teilstationäre Fallzahl: 123

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	296
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	103
3	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	101
4	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	65
5 - 1	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	32
5 - 2	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	32
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	30

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	27
9	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	22
10 – 1	F20	Schizophrenie	13
10 – 2	F42	Zwangsstörung	13
12	F41	Sonstige Angststörung	12
13	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	9
14 – 1	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	8
14 – 2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	8
16 – 1	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	6
16 – 2	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	6
16 – 3	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	6
16 – 4	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	6
20 – 1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	4
20 – 2	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	4
22 – 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
22 – 2	F80	Entwicklungsstörung des Sprechens bzw. der Sprache	< 4
22 – 3	F81	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten	< 4
22 – 4	F83	Kombinierte Entwicklungsstörung z.B. des Sprechens, der Sprache, der Bewegungen oder schulischer Leistungen	< 4
22 – 5	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
22 – 6	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
22 – 7	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	< 4
22 – 8	F14	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Kokain	< 4
22 – 9	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinium verwandt sind (Opioide)	< 4
22 – 10	F17	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Tabak	< 4
22 – 11	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	< 4
22 – 12	F51	Schlafstörung, die keine körperliche Ursache hat	< 4

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	5.205
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	2.703
3	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	861
4	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	673
5	9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	117
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	56
7	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	30
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	24
9	8-015	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung	4
10 - 1	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	< 4
10 - 2	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	< 4
10 - 3	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	< 4
10 - 4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
10 - 5	5-898	Operation am Nagel	< 4
10 - 6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	< 4

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Institutsambulanz

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
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

Nr.	Angebotene Leistung
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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	16,14
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,72
– davon ambulante Versorgungsformen	2,42
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,24
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,24
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0,94

<sup>1</sup> 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 – (MWBO 2003)
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

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

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

Herr Dr. Dr. Claus verfügt 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 <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	17,61	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,97	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,64	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	21,83	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	18,56	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,27	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	0,46	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,46	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,39	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,07	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,36	

<sup>1</sup> 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
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.

Die Klinik bietet die fachtherapeutische Richtung logopädische Diagnostik und Therapie an.

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)	7,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,98
– davon ambulante Versorgungsformen	1,05
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,48
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,48
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,41
– davon ambulante Versorgungsformen	0,07
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	3,93
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,93
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,34
– davon ambulante Versorgungsformen	0,59
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,47
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,47
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0,37
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	5,96
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,96
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,07
– davon ambulante Versorgungsformen	0,89

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>	Kommentar Datenannahmestelle
Gynäkologische Operationen	9	100,00%	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Cholezystektomie	< 4		< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.
Neonatalogie	520	100,00%	0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet.

<sup>1</sup> 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

Aktuelle Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter diesem Link:	
Leistungsbereich	Weitere Verfahren der vergleichenden externen Qualitätssicherung sind Zertifizierungen und Befragungen.
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aktuelle Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter diesem Link:
Ergebnis	<a href="https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932">https://www.kliniken-koeln.de/Qualitaet_und_Sicherheit.htm?ActiveID=2932</a>

### 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**

### **C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

		Anzahl <sup>1</sup>
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>2</sup> 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

<sup>1</sup> Angabe in Personen

<sup>2</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))

## **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 differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal 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*
- *initiiieren 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**

### **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 Behandlungsfehlervorfälle, Nutzung der OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
  - zu den halbjährlichen Auswertungen der kontinuierlichen Patientenbefragung
  - zum Berichtswesen der medizinischen Qualitätsindikatoren
  - zu den durchgeführten externen und internen Audits

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**

- Aktive Mitwirkung bei der Umsetzung unserer Werte und Führungsgrundsätze
- Stabilisierung des Personalausfallkonzepts; Erweiterung des Mitarbeiter-Pools
- Neuorganisation der Stationsabläufe (Service & Schrankversorgung)
- Jährliche Durchführung von Entwicklungsgesprächen durch den/die Vorgesetzten
- Umsetzung incl. Evaluierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege
- Durchführung und (Re-) Evaluation von Stationsanalysen (jährliche stationsinterne Audits) in allen Pflege- und Funktionsbereichen u.a. zur Überprüfung der Patientenpflege und der Umsetzung von Standards und Verfahrensanweisungen
- Weiterführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen
- Umsetzung und Evaluierung der Pflegevisite
- Weiterentwicklung des standardisierten Pflege-Assessment-Instruments zur Erfassung des Pflegebedarfs

- Steigerung der pflegerischen Dokumentationsqualität in Bezug auf Erlössicherung, Rechtssicherheit und Informationsgehalt
- Erfassung der Stürze und der Dekubiti (laut der entsprechenden DNQP-Expertenstandards); Umsetzungsevaluation von Aktionsplänen
- Weiterer Ausbau des Wundmanagements, Ausbildung zum Wundexperten „ICW“ und Schulung der Wundmentor\*innen
- Kontinuierliche hausübergreifende Aktualisierung der Pflegestandards
- Optimierung des Entlassungsmanagements auch im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Anforderungen
- Erstellen von Konzepten zu den Themen Delir und Demenz für die Krankenhäuser Merheim und Holweide

#### **Zentralapotheke:**

- Abteilungsübergreifender Aufbau eines Gerinnungsdepots für Notfälle
- Teilhabe an der Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA)
- Verantwortliche Mitarbeit bei der Implementierung des Medikationstools der ePA in den Kliniken
- Aufbau einer Unit-Dose-Versorgung bei den Kliniken Köln

#### **Zentrales Institut für Hygiene:**

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

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

- Ausbau der Vernetzung mit niedergelassenen Pädiatern und der Jugendhilfe
- Weiterer Ausbau der engen Kooperation mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und dem zuständigen Jugendamt, u. a. durch regelmäßige Treffen mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und anderen Kliniken
- Erarbeitung von standardisierten Einarbeitungskonzepten für die verschiedenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Berufsgruppen
- Gewährleistung einer strukturierten Einarbeitung und Ausbildung der PJ-Studenten, die inzwischen ein gesamtes Tertial in der Klinik für KJPP ableisten können.
- Koordination der Umsetzung 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 fünf Mitarbeiter\*innen (insgesamt 4,75 Vollzeitstellen), die gemeinsam die drei Krankenhäuser betreuen. Die Ziele, Kompetenzen und Aufgaben sind im Geschäftsverteilungsplan festgelegt.

Über die krankenhausübergreifende Geschäftsleitung 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 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 Rundmails 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/ueber\\_uns\\_Qualitaetsmanagement\\_Startseite.htm?ActiveID=1650](https://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**

- externe 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)
- Mitarbeiterbefragungen
- 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 Risikikoordinationsteams zur strukturierten Bearbeitung der Ergebnisse aus den externen Risikoaudits
- Qualitätszirkelarbeit zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe
- Implementierung von Behandlungspfaden, Standards zur Erstversorgung, Verfahrensanweisungen und Checklisten,
- Koordination des Ideenmanagements

### **3. Instrumente zur Dokumentation der Qualität**

- Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet mit Volltextsuche; das Handbuch ist nach den KTQ-Kriterien gegliedert
- Veröffentlichung des CIRS-Falls des Halbjahrs und der aus den CIRS-Meldungen abgeleiteten Verbesserungen
- 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 Implementierung und Auswertung von Behandlungspfaden, zur Aufbereitung und Analyse der Qualitätsindikatoren und für die CIRS-Vertrauenspersonen.
- 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
- 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 Aktionsplan
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuchs; Nutzung der Software Nexus-Curator
- Betreuung des Ideenmanagements
- Durchführung und Moderation von internen QM-Netzwerktreffen
- Moderation des Klinischen Ethik Komitees

#### **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?

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.

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; alle Rückmeldungen werden ausgewertet. Abgeleitete Optimierungen werden über einen Aktionsplan nachgehalten.