

# STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

**für das Berichtsjahr 2020**

Klinik Alteburger Straße gGmbH



Inhaltsverzeichnis	3	
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses</b>	
A 1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A 2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A 3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A 4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A 5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A 6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A 7	Aspekte der Barrierefreiheit	8
A 7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A 7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A 8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A 8.1	Forschung und akademische Lehre	9
A 8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	10
A 9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A 10	Gesamtfallzahlen	10
A 11	Personal des Krankenhauses	10
A 11.1	Ärzte und Ärztinnen	10
A 11.2	Pflegepersonal	11
A 11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	11
A 11.4	Spezielles therapeutisches Personal	12
A 12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A 12.1	Qualitätsmanagement	12
A 12.2	Klinisches Risikomanagement	13
A 12.3	Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	14
A 12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
A 12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit	18
A 13	Besondere apparative Ausstattung	20
A 14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	21
A 14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	
A 14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	21
A 14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	21

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

B 1.1	Allgemeine Psychiatrie	21
B 1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B 1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B 1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B 1.6	Diagnosen nach ICD	23
B 1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B 1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	23
B 1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	24
B 1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B 1.11	Personelle Ausstattung	24
B 2.1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	26
B 2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	26
B 2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	26
B 2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B 2.6	Diagnosen nach ICD	27
B 2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	27
B 2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	27
B 2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	27
B 2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	27
B 2.11	Personelle Ausstattung	28

## **C Qualitätssicherung**

C 2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	29
C 3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	29
C 4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	29
C 5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	29
C 6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)	29
C 7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	29
C 8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	29



# Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.



*Bild der Einrichtung / Organisationseinheit; Foto: Simone Ascher, ASCHERdesign*

## Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen hiermit den 13. Qualitätsbericht der Klinik Alteburger Straße gGmbH vorstellen zu können.

Die Klinik Alteburger Straße gGmbH ist ein psychiatrisches Fachkrankenhaus der Erwachsenenpsychiatrie im südlichen Stadtgebiet Kölns. Unsere Klinik nimmt mit 56 tagesklinischen und 45 vollstationären Plätzen an der psychiatrischen Regelversorgung in Köln teil. Sie hat als Vorreiter der tagesklinischen Behandlung dieses besondere Behandlungskonzept in der Psychiatrie mitentwickelt.

Das 1980 gegründete Krankenhaus liegt in der Alteburger Straße und ist umgeben von den Resten der alten römischen Stadtmauer. Das Gebäude ist abgestimmt auf die fachlichen Bedürfnisse einer psychiatrischen Klinik. Gesellschafter der Klinik Alteburger Straße gGmbH sind die Stiftung Aktion gemeindenaher Psychiatrie Köln und der Landschaftsverband Rheinland.

Ein medizinisches Versorgungszentrum, die MVZ Alteburger Straße gGmbH, und ein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, die Ambulante Dienste Alteburger Straße gGmbH, komplettieren das Angebot am Standort. Damit wurde die Leistungsfähigkeit der Klinik um den wichtigen Aspekt einer umfassenden ambulanten Versorgung erweitert und ein wichtiger Schritt in Richtung integrierte Versorgung unternommen. Vor allem eine nahtlose Weiterbehandlung konnte auf diese Weise ermöglicht werden.

### Verantwortlich

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

**Dipl.-Kff. Sabine Goetzke-Zimmermann**  
Verwaltungsleiterin

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

**Dipl.-Verw. Wiss. Thomas Steinbach**  
Stellv. Verwaltungsleiter

TEL: 0221 / 33 94 -155  
FAX: 0221 / 33 94 -170  
E-MAIL: [info@pka-koeln.de](mailto:info@pka-koeln.de)

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

**Dipl.-Kff. Sabine Goetzke-Zimmermann**  
Geschäftsführerin und Verwaltungsleiterin

TEL: 0221 / 33 94 -155  
FAX: 0221 / 33 94 -170  
E-MAIL: [info@pka-koeln.de](mailto:info@pka-koeln.de)

### Weiterführende Links

URL zur Homepage: <http://www.pka-koeln.de>

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A 1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### Angaben zum Krankenhaus

**Name:**

Klinik Alteburger Straße gGmbH

**Institutionskennzeichen:**

260531569

**Standortnummer aus dem****Standortverzeichnis:**

771063000

**Alte Standortnummer:**

00

**Telefon:**

0221 / 33 94 -0

**Hausanschrift:**

Alteburger Straße 8 - 12  
50678 Köln

**Postanschrift:**

Alteburger Straße 8 - 12  
50678 Köln

**E-Mail:**

info@pka-koeln.de

**Internet:**

http://www.pka-koeln.de

### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**

Ärztliche Leiterin

TEL: 0221 / 33 94 -153

FAX: 0221 / 33 94 -170

E-MAIL: info@pka-koeln.de

### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

**Gerlinde Fritsch**

Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Stationsleiterin Station E

TEL: 0221 / 33 94 -0

FAX: 0221 / 339 4 -158

E-MAIL: info@pka-koeln.de

**Nadine Esser**

Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Stationsleiterin Station F

TEL: 0221 / 33 94 -0

FAX: 0221 / 33 94 -158

E-MAIL: info@pka-koeln.de

**Vera Twyhues**

Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Stationsleiterin Station G

TEL: 0221 / 33 94 -0

FAX: 0221 / 33 94 -158

E-MAIL: info@pka-koeln.de

### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

**Dipl.-Kff. Sabine Goetzke-Zimmermann**

Verwaltungsleiterin

TEL: 0221 / 33 94 -155

FAX: 0221 / 33 94 -170

E-MAIL: info@pka-koeln.de

## A 2 Name und Art des Krankenhausträgers

**Name:** Klinik Alteburger Straße gGmbH

**Art:** freigemeinnützig

### A 3 **Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

trifft nicht zu

### A 4 **Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja

### A 5 **Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Ärztlich geleitet Angehörigengruppe, Angehörigenvisite
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Bindungsdiagnostik, Interaktionstraining
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Nachsorgegruppe „Wege in Arbeit“
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Ernährungsplanung und -beratung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassmanagement
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Kunsttherapie, ambulante Kunsttherapiegruppen
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Gruppenangebot „Wege in Arbeit“
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Psychoedukationsgruppe
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach JACOBSEN und Yoga-Gruppe
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Elterngespräche und integrative Eltern-, Kleinkind- und Säuglingsberatung
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Kooperation mit der Kölner Suchthilfe, Selbsthilfegruppe zur sozialen Angst, Kooperation mit der Selbsthilfe- Kontaktstelle Köln
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Organisator der „Woche der seelischen Gesundheit“
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Ambulante Integrative Eltern-Säuglings-/Kleinkind- Beratung (IESK-B)
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Enge Zusammenarbeit mit dem im Juni 2010 gegründeten Ambulanten Pflegedienst ADAS gGmbH

## A 6

### Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Kooperation mit externen Seelsorgern
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM50	Kinderbetreuung		Tagesmutter zur Betreuung der Kinder bei stationärer Eltern-Kind-Behandlung; Spielzimmer auf der Eltern-Kind-Station
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Wir stellen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/ Einrichtung		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Fernseher, Tresor, mehrere Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume sowie Bibliotheken auf den Stationen und Tageseinheiten

## A 7

### Aspekte der Barrierefreiheit

#### A 7.1

### Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

**Dipl.-Verw. Wiss. Thomas Steinbach**  
Stellv. Verwaltungsleiter

TEL: 0221 / 33 94 -155  
FAX: 0221 / 33 94 -170  
E-MAIL: info@pka-koeln.de



## A 7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Ein externer Dolmetscher kann auf Anforderung hinzugezogen werden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF38	Kommunikationshilfen	

## A 8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A 8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Famulatur für Studenten der Medizin, Praktikum für Studierende der Psychologie
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

## A 8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Kooperation mit Krankenpflegeschulen
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/ Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Nur Angebot von Praktikantenplätzen in der Bewegungstherapie
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Nur Angebot von Praktikantenplätzen in der Kunsttherapie
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	auf Kooperationsbasis

## A 9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

101 Betten

## A 10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl: 598

Teilstationäre Fallzahl: 338

Ambulante Fallzahl: 3344

## A 11 Personal des Krankenhauses

### A 11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)		davon Fachärzte und Fachärztinnen
Anzahl Vollkräfte (gesamt)	18,59	9,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,59	9,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Ambulante Versorgung	1,26	1,26
Stationäre Versorgung	17,33	8,04

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	
Anzahl Personen	0

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind		davon Fachärzte und Fachärztinnen
Anzahl Vollkräfte	0	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Ambulante Versorgung	0	0
Stationäre Versorgung	0	0

## A 11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	
Anzahl Vollkräfte (gesamt)	47,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	45,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,88
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	47,5

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	
Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,45

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 38,50

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

Diplom Psychologen	
Anzahl Vollkräfte	2,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,27

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit	
Anzahl Vollkräfte	11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11

## A 11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl Vollkräfte	Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	Ambulante Versorgung	Stationäre Versorgung
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	3,25	1,99	1,26	0	3,25
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	5,87	5,87	0	0,18	5,69
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,7	0,7	0	0,7	0
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin / Gymnastik- und Tanzpädagoge	0,99	0	0,99	0	0,99

## A 12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A 12.1 Qualitätsmanagement

#### A 12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

**Dipl.-Verw. Wiss. Thomas Steinbach**  
Stellv. Verwaltungsleiter

TEL: 0221 / 33 94 -155  
FAX: 0221 / 33 94 -170  
E-MAIL: info@pka-koeln.de

#### A 12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Ärztlicher Dienst,  
Pflegedienst,  
Verwaltungsdienst

Tagungsfrequenz des Gremiums: monatlich



## A 12.2 Klinisches Risikomanagement

### A 12.2.1 Verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

### A 12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?

ja – wie Arbeitsgruppe  
Qualitätsmanagement

### A 12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM05	Schmerzmanagement	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben.
RM06	Sturzprophylaxe	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere Wöchentliche Psychodynamische/Systemische Fallbesprechungen
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
RM18	Entlassungsmanagement	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01

## A 12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	unmittelbar, falls erforderlich

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2020-01-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich

## A 12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Tagungsfrequenz	monatlich

Nr.	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A 12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A 12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	
Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	1
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

TEL: 0221 / 33 94 -153  
FAX: 0221 / 33 94 -170  
E-MAIL: info@pka-koeln.de

## A 12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A 12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?  nein

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

#### Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion  ja

Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum  ja

Beachtung der Einwirkzeit  ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe  ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel  ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhäube  ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz  ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch  ja

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

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

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

### A 12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor? trifft nicht zu

### A 12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?  ja

---

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

---

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls 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 Wundaufgabe  ja

---

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht  
auf eine postoperative Wundinfektion  ja

---

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

---

### A 12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?  ja

---

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen 17,0 ml/Patiententag

---

Ist eine Intensivstation vorhanden?  nein

---

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?  ja

---

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung  
oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die  
Flyer der MRSA-Netzwerke  
([www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html))  ja

---

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und  
Patientinnen liegt vor  ja  
(standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie  
Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern  
und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).

---

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen  
RKI-Empfehlungen?  ja

---

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum  
Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?  ja

---



## A 12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	bei Bedarf

## A 12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Beschwerden und Anregungen werden auf allen Ebenen, d. h. auf den Stationen sowie durch die Klinikleitung, entgegengenommen und zeitnah bearbeitet.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Innerhalb der QM-Anweisung werden die internen Prozesse beschrieben.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Kritik, Beschwerden und Anregungen werden von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegengenommen und diese sorgen für die weitere Bearbeitung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Innerhalb der QM-Anweisung werden die internen Prozesse beschrieben.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Briefkästen auf allen Stationen und im Eingangsbereich (Ambulanz) / oder telefonisch unter: Tel. 0221 / 3394 - 211
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein	

Ansprechperson für das  
Beschwerdemanagement

Patientenfürsprecher oder  
Patientenfürsprecherin

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

TEL: 0221 / 33 94 -153

FAX: 0221 / 33 94 -170

E-MAIL: info@pka-koeln.de

**Johannes Krautkrämer**  
Pfarrvikar im Ruhestand

TEL: 0221 / 33 94 -211

E-MAIL: info@pka-koeln.de

## A 12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

### A 12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?

ja – Arzneimittelkommission

### A 12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit  
(eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit)

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

TEL: 0221 / 33 94 -153

FAX: 0221 / 33 94 -170

E-MAIL: info@pka-koeln.de

### A 12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

## **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.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

### **Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese**

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

### **Medikationsprozess im Krankenhaus**

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:  
Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

### **Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.**

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

### **Entlassung**

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Die relevanten Verfahren und Checklisten sind im QM-Handbuch aufgeführt und beschrieben. 2020-01-01
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A 13 **Besondere apparative Ausstattung**

trifft nicht zu / entfällt



## A 14 **Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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 / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart.

### A 14.4 **Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung**

(gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart.

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in  **Nein**  
oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

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

## B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### B 1.1 **Allgemeine Psychiatrie**

**Name der Organisationseinheit /  
Fachabteilung** Allgemeine Psychiatrie

**Fachabteilungsschlüssel:** 2900

**Art der Abteilung:** Hauptabteilung

Chefärztin

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

TEL: 0221 / 33 94 -153

Alteburger Straße 8 - 12

FAX: 0221 / 33 94 -170

50678 Köln

E-MAIL: info@pka-koeln.de

www.pka-koeln.de

## B 1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

## B 1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
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
VP12	Spezialsprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP14	Psychoonkologie
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik

## B 1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 598

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B 1.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F10	121	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F32	82	Depressive Episode
F33	82	Rezidivierende depressive Störung
F20	67	Schizophrenie
F60	41	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F19	40	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F31	22	Bipolare affektive Störung
F43	22	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F25	20	Schizoaffektive Störungen
F12	18	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

## B 1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

## B 1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

**Nr.** AMO2  
**Art der Ambulanz:** Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

### Angebotene Leistungen:

- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
- Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
- Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
- Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
- Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
- Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
- Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
- Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
- Spezialsprechstunde (VP12)

### Kommentar / Erläuterung:

Unterstützung bei Problemen im Umgang mit Alkohol, Medikamenten und Cannabis/ Motivationsförderung/ therapeutische Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppengespräche/ Vorbereitung und Vermittlung der Entwöhnungsbehandlung/ Nachsorgebehandlung sowie eine neuropsychologische Diagnostik.

## B 1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## B 1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

## B 1.11 Personelle Ausstattung

### B 1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	Anzahl	davon Fachärzte und Fachärztinnen
Anzahl Vollkräfte	9,66	4,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,66	4,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Ambulante Versorgung	1,26	1,26
Stationäre Versorgung	8,4	3,62
Fälle je VK / Person	61,90476	122,54098

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	
Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### B 1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	Anzahl
Anzahl Vollkräfte	40,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	38,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,88
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	40,25
Fälle je VK / Person	14,85714

<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	<b>Anzahl</b>
Anzahl Vollkräfte	4,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,45
Fälle je VK / Person	134,38202

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 38,50

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

<b>Diplom Psychologen</b>	<b>Anzahl</b>
Anzahl Vollkräfte	2,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,15
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,27
Fälle je VK / Person	263,43612

<b>Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit</b>	<b>Anzahl</b>
Anzahl Vollkräfte	8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8
Fälle je VK / Person	74,75000

## B 2.1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

<b>Name der Organisationseinheit / Fachabteilung</b>	Allgemeine Psychiatrie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
<b>Fachabteilungsschlüssel:</b>	2960
<b>Art der Abteilung:</b>	Hauptabteilung

Chefärztin

**Dr. med. Dipl. Psych. Elisabeth Rohrbach**  
Ärztliche Leiterin

<b>TEL:</b>	0221 / 33 94 -153	Alteburger Straße 8 - 12
<b>FAX:</b>	0221 / 33 94 -170	50678 Köln
<b>E-MAIL:</b>	info@pka-koeln.de	www.pka-koeln.de

## B 2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen getroffen

## B 2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
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	
VP12	Spezialsprechstunde	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	<b>Schwerpunkt:</b> - Borderline-Störung (Tageseinheit A) - psychotische Störung (Tageseinheit B) - Depression (Tageseinheit C) - akute Krisenintervention (Tageseinheit D)
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

## B 2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 338

## B 2.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	118	Rezidivierende depressive Störung
F32	101	Depressive Episode
F60	35	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	21	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F41	16	Andere Angststörungen
F43	8	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F31	5	Bipolare affektive Störung
F20	4	Schizophrenie

## B 2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

## B 2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

## B 2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## B 2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



## B 2.11 Personelle Ausstattung

### B 2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	Anzahl	davon Fachärzte und Fachärztinnen
Anzahl Vollkräfte	8,93	4,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,93	4,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Ambulante Versorgung	0	0
Stationäre Versorgung	8,93	4,42
Fälle je VK / Person		

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	
Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

### B 2.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	Anzahl
Anzahl Vollkräfte	7,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,25
Fälle je VK / Person	

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal: 38,50

### B 2.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit	Anzahl
Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,00
Fälle je VK / Person	

## C Qualitätssicherung

### C<sub>2</sub> Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

### C<sub>3</sub> Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### C<sub>4</sub> Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

### C<sub>5</sub> Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### C<sub>6</sub> Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

trifft nicht zu / entfällt

### C<sub>7</sub> Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	9
--	---

Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	8
--	---

Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1
--	---

(\* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

### C<sub>8</sub> Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

keine Angaben

**Klinik Alteburger Straße gGmbH**

Alteburger Straße 8 - 12  
50678 Köln

info@pka-koeln.de  
<http://www.pka-koeln.de>

