

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

für

St. Agatha Krankenhaus Köln

über das Berichtsjahr 2022

IK: 260530385
Datum: 30.10.2023

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Dominik Schulze
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagement
Telefon: 0221 / 7175 – 1160
Telefax: 0221 / 7175 – 1119
E-Mail: schulze@st-agatha-krankenhaus.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Dipl. KH-Betriebswirtin Susanne Jost
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 / 7175 – 1110
Telefax: 0221 / 7175 – 1119
E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

Weiterführende Links

Homepage: <https://www.st-agatha-krankenhaus.de/>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

- A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
- A-2 Name und Art des Krankenhausträgers
- A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
- A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses
- A-4 [unbesetzt]
- A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-7 Aspekte der Barrierefreiheit
 - A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
 - A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
- A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses
 - A-8.1 Forschung und akademische Lehre
 - A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen
- A-9 Anzahl der Betten
- A-10 Gesamtfallzahlen
- A-11 Personal des Krankenhauses
 - A-11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - A-11.2 Pflegepersonal
 - A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
 - A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
- A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
 - A-12.1 Qualitätsmanagement
 - A-12.1.1 Verantwortliche Person
 - A-12.1.2 Lenkungsgremium
 - A-12.2 Klinisches Risikomanagement
 - A-12.2.1 Verantwortliche Person
 - A-12.2.2 Lenkungsgremium
 - A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen
 - A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
 - A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
 - A-12.2.3.3 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
 - A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
 - A-12.3.1 Hygienepersonal
 - A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
 - A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
 - A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
 - A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden
 - A-12.3.2.4 Händedesinfektion
 - A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
 - A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement
 - A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
 - A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
 - A-12.5.1 Verantwortliches Gremium
 - A-12.5.2 Verantwortliche Person
 - A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal
 - A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen
 - A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt
 - A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen
- A-13 Besondere apparative Ausstattung
- A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
 - A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

- A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
- A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
- A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)

- B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten
- B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.4 [unbesetzt]
- B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-1.11 Personelle Ausstattung
 - B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - B-1.11.2 Pflegepersonal
 - B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

- C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
- C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr
- C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

D Qualitätsmanagement

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Glossar

A **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Die somatischen Fachabteilungen wurden zum 21. Januar 2023 komplett geschlossen. Das Krankenhaus wurde ab Februar 2023 als Fachklinik für Seelische Gesundheit, mit den Fachgebieten Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie weitergeführt. Gemäß §4 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R entfällt somit die Darstellung der somatischen Fachabteilungen bereits in dem Bericht 2022.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: St. Agatha Krankenhaus Köln
Institutionskennzeichen: 260530385
Standortnummer: 772647000
Standortnummer (alt): 00
Straße: Feldgärtenstraße 97
PLZ / Ort: 50735 Köln
Telefon: 0221 / 7175 – 0
Telefax: 0221 / 7175 – 1119
E-Mail: info@st-agatha-krankenhaus.de

Ärztliche Leitung

Name: Dr. Susanne Kowohl
Funktion / Arbeitsschwer- Ärztliche Direktorin
punkt:
Telefon: 0221 / 7175 – 2510
Telefax: 0221 / 7175 – 2519
E-Mail: kowohl@st-agatha-krankenhaus.de

Pflegedienstleitung

Name: Karin Janz
Funktion / Arbeitsschwer- Pflegedirektorin
punkt:
Telefon: 0221 / 7175 – 3003
Telefax: 0221 / 7175 – 3009
E-Mail: janz@st-agatha-krankenhaus.de

Verwaltungsleitung

Name: Susanne Jost
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 / 7175 – 1110
Telefax: 0221 / 7175 – 1119
E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Stiftung der Cellitinnen e.V.
Art: freigemeinnützig

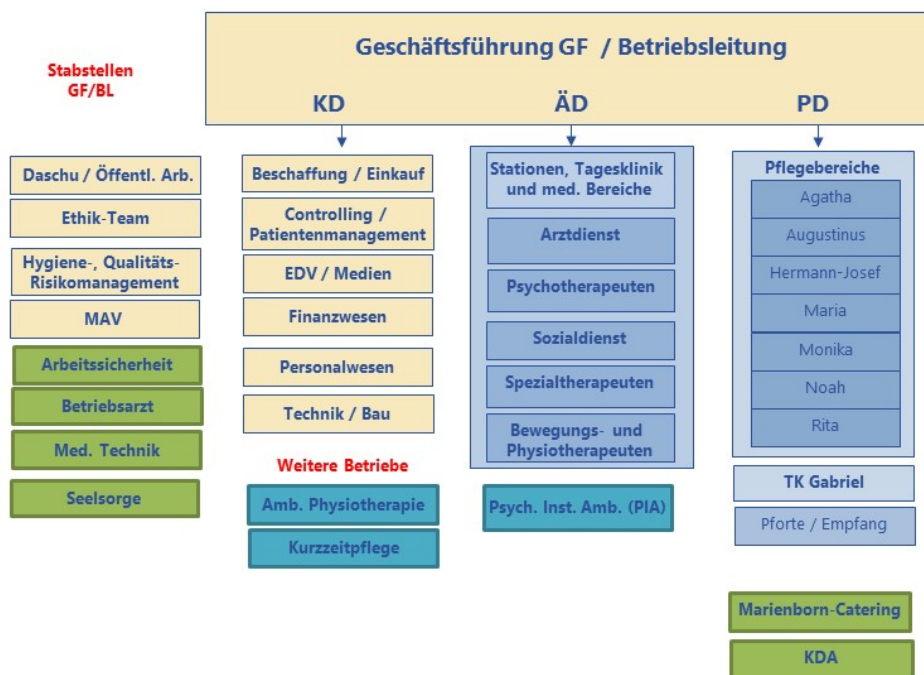
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm St. Agatha Fachklinik



A-4 [unbesetzt]

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr. Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot Kommentar / Erläuterung

MP02 Akupunktur

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeits-erprobung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theater-therapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Zusammenarbeit mit externer Praxis für Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung	Zusammenarbeit mit externem Dienstleister
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Wahlleistung
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Wahlleistung

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- organisationen	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/spirituelle Begleitung	katholische Seelsorge im Haus, Kontakt zur evangelischen Kirchengemeinde auf Nachfrage
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Petra Martorana
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Sek. Geschäftsführerin
 Telefon: 0221 / 7175 – 1111
 Telefax: 0221 / 7175 – 1119
 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	

Nr. Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF13 Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF14 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	
BF17 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Wir stehen in Kooperation mit einem externen Anbieter
BF20 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG
BF21 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG
BF22 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF25 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
-----	-----------------------------	-------------------------

BF26 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

BF32 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
-----	-----------------------------------

HB01 Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger

HB19 Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

HB03 Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut

HB17 Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 55
55 Planbetten und 16 tagesklinische Plätze

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 582

Teilstationäre Fälle: 128

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 2.052

Fälle in StÄB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,91
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,83
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
– davon stationäre Versorgung	15,11
– davon ambulante Versorgungsformen	0,8
Fachärztinnen und Fachärzte	6,38
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
– davon stationäre Versorgung	5,58
– davon ambulante Versorgungsformen	0,8

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	53,82	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	47,97	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	5,85	
– davon stationäre Versorgung	53,82	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1,9	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,8	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,8	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,6	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	2,95	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)	3	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	3,03	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	3,24	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	0,93
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,93
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	2,95
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,95
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	3,24
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,24
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3,24
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	1
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	3
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Susanne Jost
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
 Telefon: 0221 / 7175 – 1110
 Telefax: 0221 / 7175 – 1119
 E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Stabstelle Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, Technik
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Susanne Jost
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
 Telefon: 0221 / 7175 – 1110
 Telefax: 0221 / 7175 – 1119
 E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Stabstelle Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, Technik
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Kontinuierliche Fortschreibung Letzte Aktualisierung: 12.10.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	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 Qualitätszirkel
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 12.12.2002
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

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

Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:
siehe Qualitätsmanagement / Projekte, diverse Audits und interne Begehungen zum Arbeits- und Patientenschutz. Kontinuierliche Bearbeitung einer Risikomatrix mit Analyse, Bewertung und Handlungsempfehlungen.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Es wird kein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem eingesetzt.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	extern
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
--	---------------------	-------------------------

Hygienebeauftragte in der Pflege 6

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. Susanne Kowohl
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztliche Direktorin
 Telefon: 0221 / 7175 – 2510
 Telefax: 0221 / 7175 – 2519
 E-Mail: kowohl@st-agatha-krankenhaus.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

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: nein

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: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 45 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Mitglied im "mre-netz regio rhein-ahr"	MRE-Siegel seit November 2013 und in 2021 rezertifiziert.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Regelmäßig, mehrmals im Jahr

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja, Fragebögen
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Petra Marturana Sek. Geschäftsführerin Telefon: 0221 / 7175 – 1111 Telefax: 0221 / 7175 – 1119 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Apollonia Joeres Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 / 7175 – 1111 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	Wir führen eine kontinuierliche Patientenbefragung bei uns im Hause durch. Die Ergebnisse werden halbjährlich als Ergebnismatrix für das Qualitätsmanagement verwendet.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	jährlich

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: Dr. Susanne Kowohl
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztliche Direktorin
Telefon: 0221 / 7175 – 2510
Telefax: 0221 / 7175 – 2519
E-Mail: kowohl@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	1

¹ Anzahl der Personen

in Zusammenarbeit mit der Kronen-Apotheke Wesseling

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 bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

ja

Bekanntgabe und Einhaltung und Ordnung für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger und schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener durch Kleriker und sonstige Beschäftigte im kirchlichen Dienst (Interventionsordnung) des Erzbistums Köln vom 24. Januar 2022.

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

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

Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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:

Somatik wurde im Januar 2023 geschlossen.

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 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 Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)
Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie (2900)
Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Susanne Kowohl
Funktion / Arbeits-schwer-punkt: Chefärztin
Telefon: 0221 / 7175 – 2511
Telefax: 0221 / 7175 – 2519
E-Mail: kowohl@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 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:

Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
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 Verhaltens-auffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenz-störungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	Diagnostik und Therapie von Essstörungen	Behandlung aller Essstörungen (Magersucht, Bulimie, Binge-Eating und Adipositas). Wir behandeln auch Essstörungen in Kombination mit anderen Erkrankungen wie z.B. Depressionen, Ängsten oder Störungen des Selbstwertgefühls. Voraussetzung für eine Aufnahme ist eine gute eigene Motivation.

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

Vollstationäre Fallzahl: 582
 Teilstationäre Fallzahl: 128
 Anzahl Betten: 55

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	188
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	96
3	F20	Schizophrenie	84
4	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	43
5	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	29
6 – 1	F41	Sonstige Angststörung	20
6 – 2	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	20
8 – 1	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	16
8 – 2	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffektive Störung	16

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10 – 1	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	15
10 – 2	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	15

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	4.686
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	873
3	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	315
4	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	179
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	142
6	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	96
7	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	89
8	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	81
9	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	70
10	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	56

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PIA

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

Nr.	Angebotene Leistung
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP12	Spezialsprechstunde
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,91
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,83
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
- davon stationäre Versorgung	15,11
- davon ambulante Versorgungsformen	0,8
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,38
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08
- davon stationäre Versorgung	5,58
- davon ambulante Versorgungsformen	0,8

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF05	Betriebsmedizin	Healthmanagement
ZF07	Diabetologie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	53,82	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	47,97	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	5,85	
- davon stationäre Versorgung	53,82	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1,9	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	1,9	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,8	1 Jahr
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,8	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operations- technische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,6	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psycho- therapeuten	2,95
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,95
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psycho- therapeutengesetzes – PsychThG)	3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	3,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,03
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	3,24
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,24
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,24
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

C Qualitätssicherung

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

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

	Anzahl ²
1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	7
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

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)

² Anzahl der Personen

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

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

Die Unternehmensphilosophie des St. Agatha Krankenhauses Köln wird in einem Leitbild „Christliche Orientierung“ definiert. Die „Christliche Orientierung“ soll die Freude der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Arbeit in den Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen e.V. stützen und ein motivierendes Zugehörigkeitsgefühl vermitteln.

Christliche Orientierung als Leitbild

1. Gründertradition

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, dass wir den Geist der Gründerinnen unserer Stiftung, der Cellitinnen nach der Regel des Heiligen Augustinus Köln-Severinstraße, bewahren, wertschätzen und zeitgemäß weiterhin in konkrete Taten umsetzen. Die Mitarbeitenden sind sich bewusst, dass ihr Arbeitsauftrag auf dem Fundament der sozialen Einstellung der Ordensgemeinschaft der Cellitinnen und deren – auch in unserer Zeit bedeutendem – Engagement steht.

2. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten

Wir sind uns darüber bewusst, dass das Wohl von Patientinnen und Patienten nicht alleine durch die gute medizinische und pflegerische Versorgung erreicht bzw. gefördert wird, sondern dass es darüber hinausgehender Maßnahmen bedarf, die in den Bereich des alltäglichen Umgangs und auch den Service-Bereich fallen. Vor diesem Hintergrund stellen wir, unter Beachtung der Würde des Einzelnen, im Umgang und in der Betreuung von Patientinnen und Patienten besondere Anforderungen an unsere Mitarbeitenden. Patientinnen und Patienten sind unsere Gäste. Wir begegnen ihnen in unseren Einrichtungen höflich und aufmerksam. Auch bei Belegungsengpässen werden Patienten möglichst adäquat untergebracht.

3. Wertschätzung anderer Religionen und Kulturen

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, wie wir Menschen anderer Religionen und Kulturen in unseren Einrichtungen begegnen. Aufrichtiges Interesse am Andersgläubigen, Wertschätzung seiner Religion und Kultur, Dialogbereitschaft und Toleranz im Umgang miteinander prägen das Klima in unserem Haus. Grundsätzlich beachten wir, dass für Patientinnen und Patienten in der Zeit ihres Aufenthaltes das Krankenzimmer der einzig geschützte Privatbereich ist. Der Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Symbolen der eigenen Glaubensrichtung wird von uns beachtet. Im Glauben begründete Besonderheiten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

4. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Wir respektieren auch in der letzten Phase des Lebens das Recht auf Selbstbestimmung. Viele Menschen sorgen sich bezüglich der letzten Phase ihres Lebens. Der christliche Glaube gibt jedem die Freiheit, auch über das eigene Sterben nachzudenken und angemessene Vorsorge zu treffen. Der Patientenwille kann gemäß den gesetzlichen Regelungen für das Betreuungsrecht in Form einer Patientenverfügung und mit Benennung von Vertrauenspersonen in einer Vorsorgevollmacht zum Ausdruck gebracht werden. Diese frei formulierten Willensbekundungen erleichtern Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden die Entscheidungen in Krisen- und Notfallsituationen, wenn keine Möglichkeit der direkten Kommunikation mit dem Betroffenen besteht. Sie werden von allen Mitarbeitenden beachtet. Liegt keine verbindliche Erklärung vor, stellt der mutmaßliche Wille des Betroffenen unsere Handlungsrichtlinie dar. In unserem Haus werden Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten als der erklärtem Wille der Patientinnen und Patienten in einer Situation, in der sie sich nicht mehr selbst äußern können, bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen grundsätzlich verbindlich akzeptiert auch für Patientinnen und Patienten und Angehörige angeboten. Aktive Sterbehilfe ist mit unserem christlichen Verständnis nicht vereinbar und in Deutschland verboten.

5. Umgang mit Sterbenden und Toten

Unsere christliche Orientierung wird auch dadurch sichtbar, dass wir der Sterbegleitung, unter Wahrung der Menschenwürde auch über den Tod hinaus, die ihr zustehende Bedeutung beimessen. Die Mitarbeitenden bieten zusammen mit der Krankenhauseelsorge Sterbenden und ihren Angehörigen eine angemessene Begleitung an. Es wurde für trauernde Angehörige einen eigens geschaffenen Verabschiedungsraum eingerichtet.

6. Seelsorge

Die professionellen Seelsorge mit ihrer theologischen, spirituellen und pastoralen Fachkompetenz hat ein hoher Stellenwert. Das Angebot seelsorglicher Begleitung und Förderung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehört zu unserem Grundauftrag und basiert auf verbindlichen Vorgaben. Die Betriebsleitung formuliert ihre Erwartung an die Seelsorge. Sie stellt den Seelsorgerinnen und Seelsorgern Räume, Kommunikationsmittel und sonstige Hilfen in sachgerechtem Umfang und zeitgemäßem Standard zur Verfügung. Der Dialog zwischen Geschäftsführung/Betriebsleitung und Seelsorge über Erwartungen und Konzepte ist ein wichtiger Beitrag zur spirituellen Kultur in unserem Haus.

7. Ehrenamtliche Krankenhaushilfe

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, dass wir die Ehrenamtliche Krankenhaushilfe als wichtigen Dienst an unseren Patientinnen und Patienten schätzen und die Tätigkeit der Ehrenamtlichen unterstützen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ehrenamtlichen Krankenhaushilfe bemühen sich um das persönliche Wohlbefinden unserer Patientinnen und Patienten. Sie leisten ihren unentgeltlichen Dienst mit der Bereitschaft zu sozialem Engagement. Sie bieten unseren Patientinnen und Patienten Hilfestellung, die von den Mitarbeitenden der jeweiligen Einrichtung in der Regel nicht geleistet werden kann.

8. Kirchliches Arbeitsrecht

Die christliche Orientierung wird dadurch sichtbar, dass alle Mitarbeitenden nach kirchlichem Arbeitsrecht beschäftigt sind. Die Grundlagen bilden die Grundordnung die AVR. Die Personalverantwortlichen werden zu den Inhalten und den Entscheidungsspielräumen der Grundordnung geschult. In den Fällen, bei denen eine individuelle Entscheidung erforderlich ist, werden die Begründung und das Ergebnis dokumentiert.

9. Loyalitätserwartung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Blick auf die christliche Prägung der Einrichtung

Wir erwarten von unseren Mitarbeitenden, dass sie die christliche Prägung des katholischen Krankenhauses mittragen und dieses in ihrem dienstlichen Handeln zeigen.

Die Mitarbeitenden weisen die Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit seelsorglicher Begleitung, der Teilnahme an Gottesdiensten oder sakramentalen Angeboten hin.

10. Mitarbeitervertretung

Die christliche Orientierung wird dadurch sichtbar, dass der Dienstgeber und Mitarbeitende eine Gemeinschaft bilden und somit in Solidarität und gegenseitigem Respekt gemeinsam zur Erfüllung der Aufgaben beitragen. Jeder ist aufgefordert, individuell an dieser Aufgabe mitzuwirken. Die Mitglieder der Betriebsleitung haben eine positive Einstellung zur Mitarbeitervertretung (MAV) und stellen eine entsprechende Arbeitsausstattung zur Verfügung. Die Mitarbeitervertretung ist fachlich kompetent und stellt einen ernstzunehmenden Partner dar. Sie ist bereit, im Gesamtinteresse des Krankenhauses verantwortlich zu handeln.

11. Mitarbeitergespräche

Unsere Mitarbeitenden betrachten wir als die wichtigste Ressource. Dabei kommt der Zusammenarbeit zwischen Leitungskräften und ihren nachgeordneten KollegenInnen eine besondere Bedeutung zu. Diese Zusammenarbeit soll unter anderem durch strukturierte Mitarbeitergespräche gefördert werden. Hierbei werden die jeweiligen Ziele und Wünsche wertgeschätzt. Diese Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden trägt dazu bei, die Arbeitszufriedenheit und Motivation zu erhöhen.

12. Supervision

Wir eröffnen Möglichkeiten, berufliche Probleme konstruktiv zu bearbeiten. Die professionelle Bearbeitung von Problemen, die im Miteinander auf den Stationen oder zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entstehen können, trägt positiv zum Klima in unserem Haus bei und wirkt sich letztendlich auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten aus. Ein geeignetes Instrument, entstehende Probleme professionell zu bearbeiten, bietet die Supervision. Wir setzen Supervision, Coaching und Mediation als Instrument zur Förderung der Mitarbeitenden ein.

13. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krisen

Mitarbeitende als Menschen und Nächste ernst- und wahrzunehmen, gilt insbesondere in Krisensituationen. Der Arbeitskreis im Verbund empfiehlt die Schaffung von Hilfsangeboten für Mitarbeitende in Krisen (z.B. Vereinbarung zur Suchtprävention, Betriebliches Eingliederungs-Management (BEM)). Als Angebot besteht ein Pool von kompetenten, vertrauenswürdigen und unabhängigen Mitarbeitenden aus den Häusern der Stiftung der Cellitinnen e. V., an die sich Hilfesuchende nach ihrer Wahl vertrauensvoll zur Beratung oder Weitervermittlung wenden können (Suchtbeauftragte).

14. Berufsethischer Unterricht und religiöse Bildung

Die christliche Orientierung dadurch sichtbar, dass wir bereits in der Ausbildung von Pflegeberufen konkrete berufsethische Fragestellungen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes bearbeiten bzw. ein Bewusstsein dafür schaffen. Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung werden diese Fragestellungen durch geeignete Angebote für alle Berufsgruppen behandelt.

15. Ethik

Die Betrachtung des Klinikalltags aus der Perspektive eines christlichen Menschenbildes mit ethischen Fragestellungen hat einen hohen Stellenwert in unserem Haus. Wir bringen dieses Anliegen dadurch zum Ausdruck, dass für unsere Einrichtung ein Klinisches Ethikteam geschaffen wurde. Es soll dabei helfen, ethische Fragestellungen und Abteilungen zu bedenken und zu bearbeiten. Dazu gehören die Einführung und Begleitung des Instruments der „Ethischen Fallbesprechung“ und sonstige Ethikberatungen auf den Stationen. Wir beraten und begleiten unsere Patientinnen und Patienten (und deren Angehörige) auch in medizinisch-pflegerischen Grenzsituationen. Im Rahmen von Ethischen Fallbesprechungen beratschlagen wir im interdisziplinären Austausch ethisch vertretbare Einzellösungen. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich an das Klinische Ethikteam und an das zentrale Ethik Komitee des Verbundes wenden. In unserem Haus werden darüber hinaus durch das Ethik Team mehrmals jährlich ein Ethik Cafe als Fortbildung für Mitarbeitende organisiert.

16. Ökonomie – Spannungsfeld erkennen und fair handeln

Wir übernehmen Verantwortung in Politik und Gesellschaft und treten ein für Gerechtigkeit und Fairness zugunsten der Schwachen und Benachteiligten. Im Einzelfall orientieren sich unsere Maßnahmen eher an medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten als an wirtschaftlichen Zwängen. Es wird jedoch von allen Mitarbeitenden ein wirtschaftliches Handeln erwartet. Betriebswirtschaftlich gravierende und aus Sicht der Geschäftsführung notwendige Entscheidungen machen wir grundsätzlich in der Mitarbeiterschaft transparent. Trotz wirtschaftlicher Zwänge steht für uns der kranke, behandlungsbedürftige Mensch im Vordergrund.

D-2 Qualitätsziele

Zur Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten und zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit wird in unserem Krankenhaus ein **Prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem** (PQM) nach DIN EN ISO 9001:2015 eingeführt und im gesamten Krankenhaus praktiziert. Die Zertifizierung nach DIN EN ISO und proCum Cert erfolgte im Januar 2017.

Die **QM-Dokumentation**, die aus dem QM-Handbuch (im Intranet veröffentlicht) und den darin zitierten Dokumenten wie z. B. Verfahrensanweisungen besteht, ist verbindlich für alle Mitarbeitenden unseres Hauses.

Die **Qualitätsbeauftragte** als Stabsstelle der Geschäftsführung hat die Aufgabe, zu gewährleisten, dass die erforderlichen Prozesse im QM-System aufrechterhalten werden, regelmäßig über die Leistungsfähigkeit des QM – Systems und notwendige Verbesserung zu berichten (z. B. anhand durchgeführter Managementbewertung, interne Audits o. ä.). Sie erhält dafür die Unterstützung der Geschäftsführung und aller Mitarbeitenden im Krankenhaus.

Durch die genannten Maßnahmen soll die in diesem Handbuch dargestellte Qualitätspolitik des Hauses verwirklicht werden. Dabei dient die Qualitätspolitik allen Mitarbeitenden als verbindliche Richtlinie für qualitätsbewusstes, kundenorientiertes und verantwortliches Handeln.

Die Betriebsleitung demonstriert ihr Engagement für die Erreichung der angeführten Ziele im Weiteren durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft ein Klima indem es das oberste Ziel des Krankenhauses ist, die Einhaltung und Weiterentwicklung unserer Qualitätsstandards zu fördern. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Betriebsleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion). Sie stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.

Eine wichtige Aufgabe sieht die Geschäftsführung weiterhin in der Förderung des **Qualitätsbewusstseins**. Dies geschieht durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung der Leistungen durch die Mitarbeitenden, für die die Geschäftsführung die strukturellen Bedingungen aufbaut. Gefördert werden sowie durch spezielle Veranstaltungen für die Mitarbeitenden seitens der Geschäftsführung zum Thema QM. Die Leitungskräfte haben die Verantwortung, die Überwachung und Steuerung der entsprechenden Prozesse so zu gestalten, dass festgelegte Forderungen (etwa resultierend aus Kunden- und Patientenrückmeldungen) umgesetzt und erfüllt werden.

Die ständige Verbesserung der **Qualifikation** und Kompetenz der Mitarbeiter/Innen, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM wird angestrebt. Die Geschäftsführung legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Betriebsleitung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden messbare Qualitätsziele für einzelne Abläufe abgeleitet und deren Zielerreichung durch die Leitung in festgelegten Zeitabständen überprüft.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wesentlicher Bestandteil der Organisation des St. Agatha Krankenhauses Köln ist ein risikoorientiertes Qualitätsmanagementsystem in der Tradition des TQM. Dieses System ist im Organisationshandbuch dokumentiert. Hier sind alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beschrieben und durch QM-Dokumente und (Pflege-) Standards ergänzt.

Das **Organisationshandbuch** ist die Basis, auf der alle Verbesserungen und Weiterentwicklungen der Organisation aufgebaut werden. Es stellt sicher, dass die Mitarbeitenden alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beherrschen. Zudem können neue Mitarbeitenden zuverlässig und effizient eingearbeitet werden. Die Organisation sowie das gesamte Know-how der stationären Einrichtung sind somit für alle Mitarbeitenden nutzbar dokumentiert und im Intranet für jeden zugänglich. Mit dem

Aufbau und der Implementierung eines PQM (Prozessorientiertes Qualitäts- und Risikomanagementsystem) wurde 2012 begonnen. Im Vordergrund steht, die Ebenen und Prozesse eines QMS aktiv zu leben. Der Bereich des Risikomanagements wird kontinuierlich weiterentwickelt und etabliert.

Die **QM-Steuerungsgruppe** und das **QM-Lenkungsteam** sind, in Zusammenarbeit mit der QMB, für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems verantwortlich und gestalten aktiv die Zielsetzung des PQM mit. Die QM-Steuerungsgruppe setzt sich aus der Geschäftsführung und den QMB zusammen und entscheidet bei offenen Fragestellungen.

Das QM-Lenkungsteam besteht aus engagierten Mitarbeitern aus allen Bereichen / Dienststellen des Krankenhauses. Die Mitarbeiter des QM-Lenkungsteams arbeiten regelmäßig an der Weiterentwicklung des QM-Systems:

Sie erarbeiten gemeinsam mit Kollegen Ablaufbeschreibungen und notwendige QM-Dokumente.

Sie unterstützen die QMB bei der Erstellung des QM-Handbuchs.

Sie führen interne Audits durch.

Sie motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.

Sie verstehen sich als Multiplikatoren und informieren interessierte Mitarbeiter.

Sie nehmen an Optimierungsworkshops teil und arbeiten aktiv an der Selbstbewertung mit.

Die QMB (Qualitätsmanagementbeauftragten) arbeiten an der Einführung des QM-Systems:

Sie organisieren und leiten die regelmäßigen QM-Teamsitzungen.

Sie führen das QM-Team.

Sie erarbeiten Ablaufbeschreibungen.

Sie organisieren Optimierungsworkshops und die Selbstbewertung.

Sie optimieren und lenken die in der Klinik verwendeten Formulare.

Sie arbeiten den kontinuierlichen Maßnahmenplan aus.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Prozessablaufbeschreibungen

Das QM-Team erfasst die wichtigen Kern- und Begleitprozesse im Rahmen von Interviews mit den entsprechenden Mitarbeitern. Gleichzeitig werden Problemfelder erfasst und in einer Risikomatrix dokumentiert. Die Interviewergebnisse werden zu strukturierten Prozessablaufbeschreibungen zusammengefasst. Nach der Freigabe durch die QMB, der jeweiligen Abteilungsleiter und der Geschäftsführerin werden die Dokumente Bestandteil des Intranets.

Verfahrensanweisungen

Die abteilungsbezogenen Vorgaben enthalten neben den oben genannten Ablaufbeschreibungen Dienstsanweisungen, einen allgemeinen Teil zur Betriebspolitik und zur christlichen Ausrichtung des Hauses sowie das Leitbild des Hauses. Die darin enthaltenen Regelungen sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Die QMB ist für die jährliche Aktualisierung der Dokumente verantwortlich.

Optimierungsprozess

Die vom QM-Team erfassten Problemfelder werden mit den jeweils verantwortlichen Mitarbeitern in Optimierungsgesprächen- und Workshops erörtert und gemeinsam Lösungen erarbeitet. Hierbei stehen die Patienten- und Mitarbeiterorientierung, sowie die

wirtschaftliche Arbeitsweise im Vordergrund. Die erarbeiteten Optimierungen werden von den jeweiligen Abteilungsleitern umgesetzt und die Ablaufbeschreibungen von der QMB entsprechend korrigiert.

Risikomanagement

Im Rahmen des Risikomanagements wird das Haus durch externe Juristen und die GRB Gesellschaft für Risikoberatung, hinsichtlich eventueller Risikopotentiale im Arbeitsablauf, beraten. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse werden regelmäßig bearbeitet und fließen dann in die neunen Ablaufbeschreibungen ein. Darüber hinaus entwickelt einer der QMB (Risikomanager) ein professionelles Risikomanagement, das auf den Säulen der Prävention und dem Umgang mit Schadensereignissen beruht. Darüber hinaus ist im Intranet das Fehlermeldesystem RISCOP etabliert.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Abgeschlossene Projekte

Aufbau und Einführung eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9001:2015 und pCC Anforderungen sowie pCC-Qualitätskriterien für Krankenhäuser

Einführung weiterer Expertenstandards

Restrukturierung OP und Fortführung eines OP-Zirkel mit Erstellung eines eigenen OP-Statutes

Implementierung und Fortführung des Patientenfragebogens zur kontinuierlichen Zufriedenheitsmessung

Fort- und Durchführung von QM-Audits

Durchführung QM/Risikomanagement und Mitarbeitermarkt

Risikoauditierung durch die Gesellschaft für Risikomanagement

Durchführung von Arbeitssicherheitsschulungen (Notfallmanagement)

Regelmäßige Anpassung des OP-Statutes

Optimierung der Patientensicherheit, z. B. durch Einführung des Patientenarmbands, Team-Time-out, Sicherheitsscreening

Ethik-Komitee, Ethische Fallbesprechungen, Ethik-Café

Restrukturierung der Patientenversorgung und der Wahlleistungsangebote

Fortlaufende/Neue Projekte

Jährliche Audits und laufende Anpassung des bestehenden QM-Systems an die neue DIN EN ISO 9001:2015 mit Zertifizierung nach proCum Cert und DIN EN ISO 9001:2015 im Januar 2017

Ausbau der Abteilung für Seelische Gesundheit und der Pflichtversorgung incl. Akutstation Psychiatrie

Fortführung des Behandlungsverfahrens Thermoablation

Qualitätssiegel Deutsches Schilddrüsenzentrums

Ausbau Case Management

Ständige Weiterentwicklung des Risikomanagements (Risikolandkarte)

Weiterführung des CIRS-Systems

Weiterführung und Ausbau von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)

Erweiterung des Mitarbeiterführungstages

fortlaufende Messung Einweiserzufriedenheit

fortlaufende Messung der Patientenzufriedenheit
fortlaufende Lieferantenbewertungen
Laufende Erweiterung der internen Fort- und Weiterbildung
In-House-Schulungen ausgeweitet
Interne und externe Qualifizierungsmaßnahmen
Mitglied bei Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser QKK e.V.
Weiterführung Teilnahme QR-Check durch den Krankenhauszweckverband
Teilnahme an OP-KISS und ITS-KISS, CDAD KISS, Hand KISS
Aktionstag Händehygiene, KISS System
Fortführung HYSYST
Weiterführung Projekt Suchtbeauftragte
Patientenseminare und Veranstaltungen

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das St. Agatha Krankenhaus führte im Berichtsjahr Bewertungen des Qualitätsmanagements durch (Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterbefragungen) durch. Die zentrale Frage bei den Bewertungen war, wie unsere Ergebnisqualität bewertet wird. Die erhaltenen Ergebnisse spiegelten sich in externen, unabhängigen Analysen wieder. Die Managementbewertungen waren in Bearbeitung und wurden im Januar 2017 erfolgreich im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 und proCum Cert geprüft und jährlich auditiert. Seit 2017 wurde das Risikomanagement etabliert und mit dem Hygiene- und Qualitätsmanagement zusammengeführt. In 2023 erfolgte eine Rezertifizierung.

Glossar

St.AgathaKrankenhaus, Köln, gGmbH
Feldgärtenstraße 97, 50735 Köln (Niehl)
Tel. 0221 / 7175- 0
Fax 0221 / 7175- 1119
www.st-agatha-krankenhaus.de
info@st-agatha-krankenhaus.de

Das St. Agatha Krankenhaus steht in der Trägerschaft der St. Agatha Krankenhaus, Köln, gGmbH. Alleiniger Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln.

Sitz der Gesellschaft: Köln

Amtsgericht Köln HRB34733

Geschäftsführer Susanne Jost, Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Susanne Jost, Geschäftsführerin, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.