

Berichtsjahr 2021

# Strukturierter Qualitätsbericht

---

Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für  
nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

---

Psychosomatik



## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	8
	Einleitung .....	9
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	10
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	10
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	10
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	10
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	11
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	12
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	12
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	12
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	12
A-9	Anzahl der Betten .....	12

A-10	Gesamtfallzahlen .....	13
A-11	Personal des Krankenhauses .....	13
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	13
A-11.2	Pflegepersonal .....	13
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	14
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	15
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	15
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	15
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	15
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	16
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	16
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	16
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	16
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	17
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	17
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	18

A-12.3.1	Hygienepersonal .....	18
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	18
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	18
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	19
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	19
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	19
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	19
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	19
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	20
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	20
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	20
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	21
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	21
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	21
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	21
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 ... SGB V	21
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	22

A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	22
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu ... den Notfallstrukturen)	22
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	23
B-[3100]	Psychosomatik/Psychotherapie .....	23
B-[3100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[3100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	23
B-[3100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	23
B-[3100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	23
B-[3100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	23
B-[3100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[3100].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	24
B-[3100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	24
B-[3100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	25
B-[3100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	26
B-[3100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	26
B-[3100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	27

B-[3100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	27
B-[3100].11	Personelle Ausstattung .....	27
B-[3100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	27
B-[3100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	28
B-[3100].11.2	Pflegepersonal .....	28
B-[3100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ...	28
B-[3100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ...	28
C	Qualitätssicherung .....	30
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ...	30
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	30
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	30
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	30
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge ...	30
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ...	30
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ...	31

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	31
-----	--	----

## **Vorwort**

Qualität ist messbar – auch in Krankenhäusern. Grundlagen hierfür legen nicht nur das Sozialgesetzbuch V, sondern auch die Spitzenverbände im Gesundheitswesen fest. Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat haben einen Vertrag geschlossen und die Inhalte für die Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichtes in einer bundesweit einheitlichen Vorgabe definiert. Diese Vorgehensweise stellt sicher, dass alle Krankenhäuser regelmäßig vergleichbare und qualitätsrelevante Daten für die interessierte Öffentlichkeit veröffentlichen.



## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 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 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Klinik St. Irmingard (KSI), ein Unternehmen der Gesundheitswelt Chiemgau AG, präsentiert mit dem nachfolgenden Qualitätsbericht die unternehmensrelevanten Daten hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Anlehnung an die vertraglich festgelegten Vorgaben. Der Qualitätsbericht stellt neben den allgemeinen Struktur- und Leistungsdaten auch die Fachabteilung für Psychosomatische Medizin mit ihren Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten vor. Bereits seit dem Jahr 2000 besteht im Unternehmen ein Qualitätsmanagementsystem. Dieses befindet unter der Leitung der Qualitätsmanagement-Beauftragten Frau Bettina Jahns. Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts sind Herr CA Dr. Christian Ehrig sowie Herr CA Dr. Peter Heinz. Unser hoher Qualitätsanspruch bildet sich unter anderem im Leitbild des Unternehmens ab. Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Stefan Düvelmeyer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

### Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Christian Ehrig
Telefon	08051 607 573
Fax	08051 607 775
E-Mail	c.ehrig@st-irmingard.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Stefan Düvelmeyer
Telefon	08051 607 540
Fax	08051 607 562
E-Mail	S.Duevelmeyer@st-irmingard.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.st-irmingard.de">http://www.st-irmingard.de</a>
--	---

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Klinik St. Irmingard
PLZ	83209
Ort	Prien am Chiemsee
Straße	Osternacher Straße
Hausnummer	103
IK-Nummer	260913970
Standort-Nummer	772765000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	08051
Telefon	6070
E-Mail	info@st-irmingard.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.st-irmingard.de">http://www.st-irmingard.de</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

#### Leitung des Krankenhauses

##### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Christian Ehrig
Telefon	08051 607 573
Fax	08051 607 775
E-Mail	c.ehrig@st-irmingard.de

##### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Bettina Perl
Telefon	08051 607 576
Fax	08051 607 775
E-Mail	b.perl@st-irmingard.de

##### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Operative Leitung
Titel, Vorname, Name	Irene Schneeberger
Telefon	08051 607 504
Fax	08051 607 562
E-Mail	i.schneeberger@st-irmingard.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	260913970

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers Klinik St. Irmgard GmbH  
Träger-Art privat

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
  - 2 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung  
z. B. bei Diabetes mellitus
  - 3 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
  - 4 MP18 - Fußreflexzonenmassage
  - 5 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
  - 6 MP25 - Massage  
z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu
  - 7 MP27 - Musiktherapie
  - 8 MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
  - 9 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie  
z. B. medizinische Bäder, Stanger-bäder, Vierzellenbäder, Hydro-therapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie
  - 10 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie  
z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie
  - 11 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst  
z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie
  - 12 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
  - 13 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie  
z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais
  - 14 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen  
z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
  - 15 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
  - 16 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
  - 17 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  
z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vor-träge, Informationsveranstaltungen
  - 18 MP63 - Sozialdienst
  - 19 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
  - 20 MP45 - Stomatherapie/-beratung
  - 21 MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
  - 22 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie  
z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie
  - 23 MP24 - Manuelle Lymphdrainage

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 24 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
- 25 MP20 - Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie

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

- # Leistungsangebot
- 1 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 2 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 3 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 4 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 5 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

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

### **A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Physiotherapie
Titel, Vorname, Name	Birgit Leingartner
Telefon	08051 607 547
Fax	08051 607 775
E-Mail	b.leingartner@st-irmingard.de

### **A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit**

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 2 BF24 - Diätetische Angebote
- 3 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
- 4 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 5 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 6 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

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

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
- FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 1 [Stanford University](#), [LMU München](#), [TU München](#), [Universität Wien](#), [Universität Hamburg](#), [Napier University Edinburgh](#), [Ulster University](#), [The Hong Kong Polytechnic University](#), [Maynooth University Kildare](#) u.v.m.
- 2 FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
- [Retrospektive Analysen klinischer Routedaten und Publikation in peer-review Zeitschriften wie Psychotherapy Research, Psychological Medicine etc.](#)

## **A-9 Anzahl der Betten**

Anzahl Betten 75

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	536
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0
StäB. Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	
Anzahl (in Vollkräften)	14,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	14,18
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
– davon Fachärztinnen und Fachärzte	
Anzahl (in Vollkräften)	7,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	7,2

### A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	14,66	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,66	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	14,66	0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	1	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	1	0

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

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,5

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	3,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,54

### Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	2,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,4

### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	2,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,03

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	1,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,35

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	0,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,45
Personalqualifikation	SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	1,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,31
Personalqualifikation	SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	1,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,15
Personalqualifikation	SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge
Anzahl (in Vollkräften)	3,15
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,15
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,15

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Bettina Jahns
Telefon	08051 607 6507
Fax	08051 607 562
E-Mail	b.jahns@st-irmingard.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
Wenn ja	
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Mitglieder des Lenkungsausschusses sind die Vorstände, die Geschäftsführungen und der zentrale Qualitätsmanager, namentlich: D. Hämel, C. Wagner, D. Hannig, S. Düvelmeyer, M. Füller und B. Schorsten

Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Qualitätsmanagementbeauftragte

Titel, Vorname, Name Bettina Jahns

Telefon 08051 607 6507

Fax 08051 607 562

E-Mail b.jahns@st-irmingard.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche Mitglieder des Lenkungsausschusses sind die Vorstände, die Geschäftsführungen und der zentrale Qualitätsmanager, namentlich: D. Hämel, C. Wagner, D. Hannig, S. Düvelmeyer, M. Füller und B. Schorsten

Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

# Instrument bzw. Maßnahme

RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor

1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

RM18: Entlassungsmanagement

2 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

3 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

4 RM03: Mitarbeiterbefragungen

RM04: Klinisches Notfallmanagement

5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

RM06: Sturzprophylaxe

6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement



#### Instrumente und Maßnahmen

# Instrument bzw. Maßnahme

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)

7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

8 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Klinisches Risiko- und Fehlermanagement

**Letzte Aktualisierung:** 03.07.2017

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

##### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

##### Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

# Instrument bzw. Maßnahme

IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor

1 **Letzte Aktualisierung:** 06.05.2021

IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

2 **Frequenz:** bei Bedarf

IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem

3 **Frequenz:** bei Bedarf

##### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit diverse, u.a. Ausstattung der Gruppenräume mit Notfalltelefonen

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungübergreifenden  
Fehlermeldesystem Ja

#### Genutzte Systeme

# Bezeichnung

1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat,  
Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums monatlich

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher  
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher  
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher  
Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 3

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Die Tagungsfrequenz der Hygienekommission unter Pandemiebedingungen ist wöchentlich.

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefärztin

Titel, Vorname, Name Dr. med. Andrea Bernadette Menzl

Telefon 08051 607 594

E-Mail a.menzl@st-irmingard.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Kein Einsatz von ZVK

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

# Option Auswahl

1 Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor. Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Nein

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

# Option Auswahl

1 Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) Ja

2 Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) Ja

3 Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

4 Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage Ja

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

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen  
Allgemeinstationen erhoben Nein

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen  
Intensivstationen Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Nein

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

# Option Auswahl

1 Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente 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

#### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

#### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	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

##### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

#### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Nein
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

#### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Operative Leitung
Titel, Vorname, Name	Irene Schneeberger
Telefon	08051 607 504
E-Mail	i.schneeberger@st-irmingard.de

### 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 multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums Arzneimittelkommission

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Oberarzt  
 Titel, Vorname, Name Dr.med. Stephan Bolte  
 Telefon 08051 607 521  
 E-Mail s.bolte@st-irmingard.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker 0

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | # | Instrument bzw. Maßnahme   |
|---|--|
| 1 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |
| 2 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 3 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung  |

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA 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 Abschlüsse vor.

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

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

### **A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

### **A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)**

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

Nein

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

Nein

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

### **B-[3100] Psychosomatik/Psychotherapie**

#### **B-[3100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Psychosomatik/Psychotherapie

#### **B-[3100].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3100 - Psychosomatik/Psychotherapie

#### **B-[3100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes**

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Christian Ehrig
Telefon	08051 607 573
Fax	08051 607 775
E-Mail	c.ehrig@st-irmingard.de
Strasse	Osternacher Straße
Hausnummer	103
PLZ	83209
Ort	Prien am Chiemsee
URL	<a href="http://www.st-irmingard.de">http://www.st-irmingard.de</a>

#### **B-[3100].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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

#### **B-[3100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
2	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
3	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
5	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

#### **B-[3100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	536
-------------------------	-----

Teilstationäre Fallzahl

0

**B-[3100].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	187
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	115
3	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	73
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	50
5	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	24
6	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	16
7	F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)	14
8	F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet	13
9	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7
10	F41.1	Generalisierte Angststörung	7
11	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	< 4
12	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	< 4
13	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	< 4
14	F40.1	Soziale Phobien	< 4
15	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	< 4
16	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	< 4
17	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4
18	F45.0	Somatisierungsstörung	< 4
19	F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	< 4
20	F22.0	Wahnhafte Störung	< 4
21	F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	< 4
22	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	< 4
23	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
24	F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung	< 4
25	F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	< 4
26	F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	< 4
27	F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	< 4
28	F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	< 4

**B-[3100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	303
2	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	74
3	F32	Depressive Episode	66
4	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	32
5	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	28
6	F41	Andere Angststörungen	10



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	F40	Phobische Störungen	6
8	F45	Somatoforme Störungen	< 4
9	F31	Bipolare affektive Störung	< 4

## **B-[3100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1791
2	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	1094
3	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	771
4	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	752
5	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	708
6	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	598
7	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	596
8	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	569
9	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	535
10	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	493
11	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	487
12	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	455
13	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	425
14	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	354
15	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	309
16	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	257
17	9-649.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	250
18	9-649.15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche	233

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
19	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	200
20	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	191
21	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	190
22	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	184
23	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	133
24	9-649.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	95
25	9-649.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	85
26	9-649.22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	82
27	9-649.16	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche	78
28	9-649.37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	74
29	9-649.38	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche	54
30	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	52

### **B-[3100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	11473
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	708
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	190

### **B-[3100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Dr. med. Christian Ehrig ist Facharzt für Innere Medizin sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Chefarzt der Klinik für Allgemeine Psychosomatik der Klinik St. Irmingard. Die Behandlung in der Klinik ist integrativ, erfolgt aber schwerpunktmäßig auf psychodynamischer Grundlage. In das Behandlungskonzept werden bewährte verhaltenstherapeutische Therapiebausteine wie das Selbstsicherheitstraining, das Skills-Training, Depressionsbewältigungsstrategien, Achtsamkeitstraining etc. erfolgreich eingebunden. Ein aus der Tradition der Abteilung gewachsener wichtiger therapeutischer Blickpunkt ist der systemisch-kontextuelle Ansatz.

Herr Dr. Ehrig ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Deutschen Balintgesellschaft (DBG). Er war Lehrbeauftragter für die Psychosomatik an der Psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München und ist seit vielen Jahren sehr aktiv als Referent in verschiedenen

Weiterbildungsinstituten. Herr Dr. Ehrig war über drei Wahlperioden hinweg Präsident der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT). Zudem ist er anerkannter Balint- und IFA-Gruppenleiter der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK). Behandlungsschwerpunkte der Privatambulanz (Chefarzt Dr. Christian Ehrig) sind die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Depressionen, Ängsten, Essstörungen, somatoformen Störungen sowie Burnout-Syndromen. Auf Grund der internistischen Expertise sind ein besonderer Schwerpunkt der Ambulanz komplexe Störungsbilder mit somatischer und psychischer Komorbidität sowie die Indikationsprüfung für ambulante oder stationäre Psychotherapie. Hier erfolgt ggf. auch die Vermittlung an geeignete ambulante oder stationäre Weiterbehandler.

Dr. Peter Heinz ist Facharzt für Psychosomatik und für Psychiatrie. Er ist Chefarzt der Abteilung für Psychotraumatologie der Klinik St. Irmingard. Die Behandlung erfolgt im Rahmen eines integrativen Konzeptes mit verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Elementen. Als Methode der Traumakonfrontation wird vor allem EMDR eingesetzt. Herr Dr. Heinz ist Mitglied der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und der EMDR-Fachgesellschaft EMDRIA. Er ist Supervisor für die Methode EMDR und arbeitet in dem Arbeitskreis „stationäre Traumatherapie“ der DeGPT mit.

Schwerpunkte der Privatambulanz (CA Dr. Peter Heinz) sind die Diagnostik und Beratung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. Zielsetzung ist hier oft die Erarbeitung eines Gesamtbehandlungsplanes in Kooperation mit ambulant tätigen Therapeuten.

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	

### **B-[3100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Privatambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	Privatambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
4	Privatambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

### **B-[3100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

### **B-[3100].11 Personelle Ausstattung**

#### **B-[3100].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	
Anzahl (in Vollkräften)	14,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	14,18
Fälle je Vollkraft	38,29
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40
– davon Fachärztinnen und Fachärzte	
Anzahl (in Vollkräften)	7,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,2

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	7,2
Fälle je Vollkraft	76,57

#### B-[3100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
2	AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	AQ42 - Neurologie
4	AQ23 - Innere Medizin
5	AQ01 - Anästhesiologie
6	AQ63 - Allgemeinmedizin

#### B-[3100].11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	14,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	14,66
Fälle je Vollkraft	35,73

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	536

#### B-[3100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor

#### B-[3100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (in Vollkräften)	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,5
Fälle je Vollkraft	268

## Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	3,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	3,54
Fälle je Vollkraft	134

## Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Anzahl (in Vollkräften)	2,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,4
Fälle je Vollkraft	268

## Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl (in Vollkräften)	2,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,03
Fälle je Vollkraft	268

## Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl (in Vollkräften)	1,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,35
Fälle je Vollkraft	536

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

Psy-BaDo PTM

Leistungsbereich

Ergebnis

Messzeitraum

Datenerhebung

Referenzbereiche

Quellenangabe

Ergebnisqualität

Testdiagnostische Scores

Prä-Post-Messung

Fragebögen

teilnehmende Kliniken Psy-BaDo PTM

Tritt, K., Götz, K., Loew, T., von Heymann, F. (2007): Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik. Psychotherapie in Dialog, 1/07, 74-78.

Audit

Leistungsbereich

Ergebnis

Messzeitraum

Datenerhebung

Struktur-/Prozessqualität

Zertifikat

jährlich

Audit

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der

Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 Nein

bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

## **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b**

### **Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -

psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach

14

"Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen

Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-

R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V"

unterliegen

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum

11

Fortbildungsnachweis unterliegen

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des

11

Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben

## **C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**