

Berichtsjahr 2020

# Strukturierter Qualitätsbericht

---

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

---

Psychosomatik



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	4
A-0 Fachabteilungen .....	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	7
A-9 Anzahl der Betten .....	7
A-10 Gesamtfallzahlen .....	7
A-11 Personal des Krankenhauses .....	8
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	21
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	22
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	23
B-[1] Psychosomatik/Psychotherapie .....	23
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	23
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	23
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	23
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	24

B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	24
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	24
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	25
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	26
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	27
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	28
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	29
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	29
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	29
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	29
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	30
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	32
C	Qualitätssicherung .....	34
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	34
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	34
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	34
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	35
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.35 2 SGB V .....	35
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 3 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	35
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	35
D	Qualitätsmanagement .....	36
D-1	Qualitätspolitik .....	36
D-2	Qualitätsziele .....	37
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	37
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	37

D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	37
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	37

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

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 Christine Wendlinger. 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:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dr. Christian Ehrig, Chefarzt
Telefon:	08051 607 573
Fax:	08051 607 775
E-Mail:	c.ehrig@st-irmingard.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Stefan Düvelmeyer, Geschäftsführer
Telefon:	08051 607 540
Fax:	08051 607 562
E-Mail:	S.Duevelmeyer@st-irmingard.de

**Links:**

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<http://www.st-irmingard.de>

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	3100	Psychosomatik/Psychotherapie

### 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 alt:	0
Standort-Nummer:	772765000
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-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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



Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Irene Schneeberger, Operative Leitung
Telefon:	08051 607 504
Fax:	08051 607 562
E-Mail:	i.schneeberger@st-irmgard.de

## A-1.2 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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
2	Diät- und Ernährungsberatung <i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
3	Ergotherapie/Arbeitstherapie
4	Fußreflexzonenmassage
5	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
6	Massage <i>z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu</i>
7	Musiktherapie
8	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
9	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>z. B. medizinische Bäder, Stanger-bäder, Vierzellenbäder, Hydro-therapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
10	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
11	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i>
12	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
13	Spezielle Entspannungstherapie <i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
14	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
15	Wärme- und Kälteanwendungen
16	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
17	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vor-träge, Informationsveranstaltungen</i>
18	Sozialdienst
19	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
20	Stomatherapie/-beratung
21	Bewegungsbad/Wassergymnastik
22	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
23	Manuelle Lymphdrainage
24	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
25	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie

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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Seelsorge/spirituelle Begleitung
4	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Birgit Leingartner, Physiotherapie
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	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	Diätetische Angebote
3	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	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
1	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 75

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	510
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	13,45	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 13,45	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	13,45

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	5,92		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 5,92	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	5,92

#### BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 0

#### ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b>	0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b>	0,00

#### - DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0,00	<b>Ohne:</b>	0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 0,00

## A-11.2 Pflegepersonal

### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

40,00

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 14,40

Beschäftigungs-  
verhältnis:

**Mit:** 14,40

**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 14,40

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

**Gesamt:** 0,00

Beschäftigungs-  
verhältnis:

**Mit:** 0,00

**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 0,00

### GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 0,00

Beschäftigungs-  
verhältnis:

**Mit:** 0,00

**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 0,00

### ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 0,00

Beschäftigungs-  
verhältnis:

**Mit:** 0,00

**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 0,00

### PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

**Gesamt:** 0,00

Beschäftigungs-  
verhältnis:

**Mit:** 0,00

**Ohne:** 0,00

Versorgungsform:

**Ambulant:** 0,00

**Stationär:** 0,00

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,00

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

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

#### DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt: 1,83

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,83 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,83

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt: 3,58

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,58 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,58

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

#### PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 2,36

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,36 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 2,36

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN,  
KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND  
PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	2,13			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,13	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,13

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND  
SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	1,34			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,34	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,34

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

DIÄTASSISTENTIN UND DIÄTASSISTENT

Gesamt:	0,40			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,40	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,40

GYMNASTIK- UND TANZPÄDAGOGIN/GYMNASTIK- UND TANZPÄDAGOGE

Gesamt:	3,16			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,16	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	3,16

KUNSTTHERAPEUTIN UND KUNSTTHERAPEUT

Gesamt:	1,45			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,45	Ohne:	0,00



Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 1,45
<b>MUSIKTHERAPEUTIN UND MUSIKTHERAPEUT</b>		
Gesamt:	1,15	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 1,15	<b>Ohne:</b> 0,00
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 1,15

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Christine Wendlinger, Referentin der Geschäftsführung Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	08051 607 6507
Fax:	08051 607 562
E-Mail:	c.wendlinger@st-irmingard.de

#### A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Christine Wendlinger, Referentin der Geschäftsführung Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	08051 607 6507
Fax:	08051 607 562
E-Mail:	c.wendlinger@st-irmingard.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

ja – 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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Klinisches Risiko- und Fehlermanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 03.07.2017</i>
2	Entlassungsmanagement  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
3	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
4	Mitarbeiterbefragungen
5	Klinisches Notfallmanagement  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Sturzprophylaxe  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
<i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>	
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
<i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>	

### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- Andere

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 03.07.2017</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

### 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 einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

#### Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	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

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	3

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

Die Tagungsfrequenz der Hygienekommission unter Pandemiebedingungen ist wöchentlich.

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der  
Hygienekommission:

halbjährlich

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:

Dr. med. Andrea Bernadette Menzl, Chefärztin

Telefon:

08051 607 594

Fax:

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

#### Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:

Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	N
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	N
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	N

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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 Wundaufgabe	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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:  Nein

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)

	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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

## A-12.4 Patientenorientiertes 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

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
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:**

Name/Funktion:	Irene Schneeberger, Operative Leitung
Telefon:	08051 607 504
Fax:	
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**

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

### **A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------



### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr.med. Stephan Bolte, Oberarzt
Telefon:	08051 607 521
Fax:	
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.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
3	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

### Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

## 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 Abschläge vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen 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-[1] Psychosomatik/Psychotherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Psychosomatik/Psychotherapie
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-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

#### B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Christian Ehrig, Chefarzt
Telefon:	08051 607 573
Fax:	08051 607 775
E-Mail:	<a href="mailto:c.ehrig@st-irmingard.de">c.ehrig@st-irmingard.de</a>
Adresse:	Osternacher Straße 103
PLZ/Ort:	83209 Prien am Chiemsee
URL:	<a href="http://www.st-irmingard.de">http://www.st-irmingard.de</a>

## B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Psychosomatische Komplexbehandlung
2	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
3	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
5	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

## B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	510
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	156
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	97
3	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	89
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	78
5	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	22
6	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	17
7	F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)	12
8	F41.1	Generalisierte Angststörung	7
9	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	4
10	F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	< 4
12	F45.0	Somatisierungsstörung	< 4
13	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	< 4
14	F50.8	Sonstige Essstörungen	< 4
15	F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	< 4
16	F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	< 4
17	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	< 4
18	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	< 4
19	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	< 4
20	F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	< 4
21	F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	< 4
22	F45.2	Hypochondrische Störung	< 4
23	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
24	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	< 4
25	F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem	< 4
26	F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt	< 4
27	F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	< 4
28	F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	< 4
29	F32.0	Leichte depressive Episode	< 4
30	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	< 4

### B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	254
2	F32	Depressive Episode	101
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	90
4	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	19
5	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	16
6	F45	Somatoforme Störungen	14
7	F41	Andere Angststörungen	8
8	F40	Phobische Störungen	4
9	F50	Essstörungen	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	F31	Bipolare affektive Störung	< 4

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	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	2075
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1153
3	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	728
4	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	691
5	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	669
6	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	540
7	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	526
8	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	510
9	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	481
10	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	458
11	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	424
12	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	404
13	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	397
14	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	342

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	300
16	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	284
17	9-649.15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche	273
18	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	206
19	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	191
20	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	180
21	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	178
22	9-649.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	161
23	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	127
24	9-649.16	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche	96
25	9-649.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	84
26	9-649.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	75
27	9-649.38	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche	50
28	9-649.17	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche	44
29	9-649.22	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	39
30	9-649.37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	38

### B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	11113
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	669
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	180
4	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	< 4

### B-[1].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 Bayrischen 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.

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

## B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

## B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	13,45	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,45	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	13,45
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl:	37,9	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	5,92		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,92	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,92	Fälle je Anzahl: 86,1

**B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	Neurologie
4	Innere Medizin
5	Allgemeinmedizin
6	Physikalische und Rehabilitative Medizin

**B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

40,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	14,40		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,40	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 14,40	Fälle je Anzahl: 35,4

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00  
Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00  
Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELPERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELPER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00  
Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,00  
Fälle je Anzahl: 510,0

### B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor

### B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt:	1,83		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,83	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,83
			Fälle je Anzahl: 278,7

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:	3,58		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,58	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 3,58
			Fälle je Anzahl: 142,5

#### PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	2,36		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,36	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,36
			Fälle je Anzahl: 216,1

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN,  
KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND  
PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	2,13		
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b> 2,13	<b>Ohne:</b> 0,00	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 2,13	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 239,4	

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND  
SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	1,34		
Beschäftigungs- verhältnis:	<b>Mit:</b> 1,34	<b>Ohne:</b> 0,00	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0,00	<b>Stationär:</b> 1,34	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 380,6	

## C 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 Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

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

Leistungsbereich:	Ergebnisqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Psy-BaDo PTM
Ergebnis:	Testdiagnostische Scores
Messzeitraum:	Prä-Post-Messung
Datenerhebung:	Fragebögen
Rechenregeln:	-
Referenzbereiche:	teilnehmende Kliniken Psy-BaDo PTM
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	Tritt, K., Götz, K., Loew, T., von Heymann, F. (2007): Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik. Psychotherapie in Dialog, 1/07, 74-78.

Leistungsbereich:	Struktur-/Prozessqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Audit
Ergebnis:	Zertifikat
Messzeitraum:	jährlich
Datenerhebung:	Audit
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	

Vergleichswerte:

Quellenangabe:

## 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-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

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

## 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 "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	12
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	9
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	9

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

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

## **C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

# **D Qualitätsmanagement**

## **D-1 Qualitätspolitik**

### **D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission**

### **D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses**

#### **D-1.2.1 Patientenorientierung**

#### **D-1.2.2 Verantwortung und Führung**

#### **D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung**

#### **D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit**

#### **D-1.2.5 Prozessorientierung**

#### **D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität**

#### **D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern**

#### **D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess**



**D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).**

**D-2 Qualitätsziele**

**D-2.1 strategische/ operative Ziele**

**D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung**

**D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung**

**D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

**D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

**D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

**D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**