

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022**

## **Psychiatrische Tagesklinik Lindau**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.11 am 11.12.2023 um 07:56 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

**Inhaltsverzeichnis**

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	8
A-10 Gesamtfallzahlen	8
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2 Pflegepersonal	9
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1 Qualitätsmanagement	11
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	11
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	12
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	13
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	14
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	15
A-13 Besondere apparative Ausstattung	15
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	15
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	15
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	15
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	15
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	17
B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	17
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	17
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	18
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	18

---

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	18
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	20
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	20
B-[1].11 Personelle Ausstattung	21
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte	21
B-11.2 Pflegepersonal	21
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	21
Teil C - Qualitätssicherung	23
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	23
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	23
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	23
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	23
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	23
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	23
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	24
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	24

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19- Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



*Tagesklinik Lindau Außenansicht*

### Einleitungstext

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 liebe Patientinnen und Patienten,

die Bezirkskliniken Schwaben sind ein moderner Klinikverbund für alle Disziplinen der „Nervenheilkunde“ im bayerischen Regierungsbezirk Schwaben. Getreu unserem Leitgedanken „mehr Nähe“ bieten wir wohnortsnahe stationäre, tagesklinische und ambulante psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische, neurologische und neurochirurgische Versorgung an. Auch wohnortnahe Wohnformen und Rehabilitation werden von uns betrieben. Da uns eine fundierte und zukunftsgerichtete Ausbildung junger Menschen sehr wichtig ist, verfügen wir darüber hinaus über fünf Berufsfachschulen.

Qualität ist für uns kein einmal erreichtes Ziel, sondern muss jeden Tag neu geprüft, bewertet erarbeitet werden. Das

Vertrauen unserer Patienten:innen in unsere ärztliche, pflegerische und therapeutische Arbeit ist dabei wesentlicher Orientierungsmaßstab für unseren Qualitätsanspruch. Unsere Patienten:innen stehen uns als Mensch nahe.

Ca. 2.400 Patientinnen und Patienten pro Jahr vertrauen sich der Tagesklinik Lindau und dem Können seiner 35 hoch motivierten und bestens ausgebildeten Beschäftigten an. Der vorliegende Qualitätsbericht der Tagesklinik Lindau dient Ihnen, sich transparent einen Überblick über Art und Anzahl der Leistungen, über Qualifikation der Beschäftigten, über personelle und medizintechnische Ausstattung und über die Qualitätsmaßnahmen zu verschaffen.

Ihre Anregungen und Hinweise sind uns sehr willkommen.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Brunhuber  
Vorstandsvorsitzender

Wolfram Firnhaber  
stv. Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. med. Alkomiet Hasan  
Vorstand

#### **Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name	Julia Davepon
Position	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0831 / 54026 - 2970
Fax	0831 / 54026 - 2604
E-Mail	julia.davepon@bkh-kempton.de

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

Name	Prof. Dr. Markus Jäger
Position	Ärztlicher Direktor
Telefon.	0831 / 54026 - 2622
Fax	0831 / 54206 - 2624
E-Mail	info@bkh-kempton.de

#### **Weiterführende Links**

URL zur Homepage	<a href="https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/kliniken/lindau.html">https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/kliniken/lindau.html</a>
URL für weitere Informationen	<a href="https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/kliniken/kempton.html">https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/kliniken/kempton.html</a>
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/home.html">https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/home.html</a></li></ul>

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Psychiatrische Tagesklinik Lindau
Institutionskennzeichen	510973520
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772388000
alte Standortnummer	00
Hausanschrift	Fischergasse 14 88131 Lindau
Postanschrift	Fischergasse 14 88131 Lindau
Telefon	08382 / 94866 - 0
E-Mail	sekretariat@tagesklinik-lindau.de
Internet	<a href="https://tagesklinik-lindau.de/kliniken/lindau.html">https://tagesklinik-lindau.de/kliniken/lindau.html</a>

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. Markus Jäger	Ärztlicher Direktor	0831 / 54026 - 2622	0831 / 54026 - 2624	info@bkh-kempton.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
B.A. Tabea Schmid	Pflegedirektorin	0831 / 54026 - 2632	0831 / 54026 - 2634	tabea.schmid@bkh-kempton.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. Ing. (FH) Helmut Notz	Regionalleiter Südwest	0831 / 54026 - 2646	0831 / 54026 - 2624	helmut.notz@bkh-kempton.de

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Bezirkskliniken Schwaben
Art	öffentlich

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Universität Ulm in Kooperation mit dem BKH Kempten</li> </ul>

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Aktivgruppe, Gymnastik
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Ausstellungen im Rahmen der Kunsttherapie
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

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

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Dipl. Ing. (FH) Helmut Notz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Regionalleiter Südwest
Telefon	0831 / 54026 - 2646
Fax	0831 / 54026 - 2624
E-Mail	helmut.notz@bkh-kempen.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Universität Ulm
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	0
-------------------	---

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	131
Ambulante Fallzahl	6042



Fallzahl der stationsäquivalenten  
psychiatrischen Behandlung (StäB) 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	2,00

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	0,50
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00

Ambulante Versorgung	0,80	
Stationäre Versorgung	4,55	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

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

#### Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	1,05

#### Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	1,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,20

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger (SP08)
Anzahl Vollkräfte	0,90
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,90
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,90
Kommentar/ Erläuterung	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Julia Davepon
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0831 54026 2970
Fax	0831 54026 2604
E-Mail	julia.davepon@web.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Gesteuert durch das BKH Kempten: Krankenhausleitung und QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Julia Davepon
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	0831 54026 2970
Fax	0831 54026 2604
E-Mail	julia.davepon@web.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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Bezirkskliniken Schwaben übergreifend: Vorstand, Koordinator, Risikomanagementbeauftragte TK Lindau intern: Krankenhausleitung und Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	relevante Verfahren sind im Rahmen des Dokumentenlenkungsprozesses beschrieben; VA Risikomanagement 2019-01-30
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	relevante Verfahren sind im Rahmen des Dokumentenlenkungsprozesses beschrieben; VA: Notfälle 2019-06-25

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	relevante Verfahren sind im Rahmen des Dokumentenlenkungsconzeptes beschrieben; VA: Fixierung / Zwangsmaßnahmen 2019-06-24
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	relevante Verfahren sind im Rahmen des Dokumentenlenkungsconzeptes beschrieben; VA: Regelung defekte Geräte 2019-11-05
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	werden durch die Fehlermanager bearbeitet und Maßnahmen in Rücksprache mit der Krankenhausleitung erarbeitet

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2019-01-30
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	Hr. Dr. Kupfahl (extern beratend)
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1	Fr. Dr. Kirschhock (BKH Kempten)
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Fr. Müller (extern Klinikum Kempten)
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Fr. Jungmann (TK Lindau)
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

#### Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. Markus Jäger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor

Telefon	0831 54026 2622
Fax	0831 54026 2624
E-Mail	info@bkh-kempten.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
-------------------------------------------------------	------------------------------------------

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	trifft nicht zu

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	trifft nicht zu
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhausthygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhausthygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	teilweise

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Pflichtschulung

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> nein

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Achim Weber	Pflege	0831 54026 2875		achim.weber@bkh-kempten.de

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Graf Ulrich	Patientenfürsprecher	0831 54026 2962		ulrich.graf@bkh-kempten.de

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

#### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Judith Cibis
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Stv. Leitung Apotheke Medizin Campus Bodensee
Telefon	07541 9671163
Fax	
E-Mail	info@klinikum-fn.de

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Kommentar/ Erläuterung	externe Zusammenarbeit mit Klinikum Friedrichshafen

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?  Ja

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?  Ja

Präventiv für Kinder und Jugendliche der stationären Patienten

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V

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

### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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

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

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



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

### B-[1].1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

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

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Markus Jäger
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	0831 / 54026 - 2622
Fax	0831 / 54026 - 2624
E-Mail	info@bkh-kempton.de
Strasse / Hausnummer	Robert-Weixler-Straße 46
PLZ / Ort	87439 Kempten
URL	<a href="https://www.bezirkskrankenhaus-kempton.de/home.html">https://www.bezirkskrankenhaus-kempton.de/home.html</a>

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

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

### B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialprechstunde	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	131

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

trifft nicht zu / entfällt

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

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	1001	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	135	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-984	10	Pflegebedürftigkeit
3-800	4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-820	< 4	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	PIA Lindau	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von affektiven</li> </ul>	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Störungen (VP03)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)</li> <li>◦ Psychiatrische Tagesklinik (VP15)</li> </ul>	
AM07	Privatambulanz		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und</li> </ul>	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			Faktoren (VP05) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)</li> <li>◦ Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)</li> <li>◦ Psychiatrische Tagesklinik (VP15)</li> </ul>	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,00
Stationäre Versorgung	2,00
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	0,50
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	5,35
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,80
Stationäre Versorgung	4,55
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

### B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,50
Stationäre Versorgung	1,05
Fälle je VK/Person	

#### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

---

Anzahl Vollkräfte	1,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,20
Fälle je VK/Person	

---

## Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	
Leistungsbereich:	Medikamenten Stichtagserhebung
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Pharmako EpiVig-BIDAQ
Ergebnis:	Untersuchung von Wirkstoffveränderungen
Messzeitraum:	2x pro Jahr
Datenerhebung:	Erfassungsbögen
Rechenregeln:	Die erhobenen Daten werden von BIDAQ standardisiert geprüft und aufbereitet
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	Vergleichende Betrachtungen des Verordnungsverhaltens, einzelner Medikamente, Substanzgruppen, UAW
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:	Bericht, in dem die dokumentierten Wirkstoffverordnungen hinsichtlich Häufigkeit und Dosis im Zusammenhang mit Diagnosen, Alter und Geschlecht der Patient:innen ausgewertet werden

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

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

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

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

**C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr**

trifft nicht zu / entfällt

**C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

trifft nicht zu / entfällt