



Prien am Chiemsee



Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

Version 1.0.2

20. August 2005

Inhalt:

Basisteil

A	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	1
B-1	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
C	Qualitätssicherung	8

Systemteil:

D	Qualitätspolitik	9
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	10
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	15
G	Weitergehende Informationen	17

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses
(Anschrift, e-Mail-Adresse, Internetadresse)
Klinik St. Irmingard, Osternacher Str. 103, 83209 Prien a. Chiemsee
info@st-irmingard.de
www.st-irmingard.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260 913 970

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
Klinik St. Irmingard GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
☐ ja ☒ nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)
53 Betten

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:
Stationäre Patienten:
Ambulante Patienten:

A- 1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
3100	Psychosomatik und Psychotherapie	53	418	HA	(n)

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
-----	-----	(entfällt für psychosomatische Medizin)	-----

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

Psychosomatische Krankenhausbehandlung mit integrativen multimodalen Konzept. Kombination von Einzeltherapie, interaktioneller Gruppentherapie und intensiven Behandlungsangeboten mit halbverbalen erlebniszentrierten Verfahren (Kunsttherapie, Körpertherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, Konzentrationale Bewegungs-Therapie).

Besondere Versorgungsschwerpunkte: Patienten mit Depressionen, Ängsten, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Patienten mit psychischen Störungen und schwerer internistischer Komorbidität, ältere Patienten sowie Patienten mit akuten oder chronischen komplexen Traumatisierungen.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

☐ ja ☒ nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

Prästationäre Diagnostik für psychosomatische Patienten
(ambulante Vorgespräche)

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Computertomographie (CT)		Nein		Nein
Magnetresonanztomographie (MRT)		Nein		Nein
Herzkatheterlabor		Nein		Nein
Szintigraphie		Nein		Nein
Positronenemissionstomographie (PET)		Nein		Nein
Elektroenzephalogramm (EEG)		Nein		Nein
Angiographie		Nein		Nein
Schlaflabor		Nein		Nein
Röntgen	Ja		Ja	
Herz-Echokardiographie	Ja		Ja	
EKG, Belastungs-EKG	Ja		Ja	
Abdomen-Sonographie	Ja		Ja	
Gastroskopie	Ja			Nein
Coloskopie	Ja			Nein
Farbkodierte Dopplersonographie	Ja		Ja	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	
Dialyse		Nein
Logopädie		Nein
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende		Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse		Nein
Bestrahlung		Nein
Kunsttherapie	Ja	
Tanztherapie	Ja	
Musiktherapie	Ja	
Konz. Bewegungstherapie	Ja	
Sozialarbeit	Ja	
Indikative Gruppentherapie	Ja	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Krankenhaus-Fachabteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
--

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

Integratives multimodales Behandlungsangebot mit Einzelpsychotherapie, interaktionelle Gruppentherapien, Spezialgruppen für Depression und soziales Kompetenztraining, Psychoedukation, Physiotherapie, Sozialarbeit, halbverbale Psychotherapie Einzel und in der Gruppe (Kunst-, KBT-, Tanz-Körper- und Musiktherapie), Paar- und Familientherapie.
Ausschlusskriterien: Patienten mit Süchten, floriden Psychosen, Demenzen oder Pat. die einer geschlossenen Unterbringung bedürfen.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Störungen nach ICD 10 F3, F4, F5, F6, d. h. Patienten mit Depressionen, Ängsten, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen.
Bes. Schwerpunkte: Pat. mit psych. Störung und schwerer internistischer Komobidität, ältere Pat., traumatisierte Pat., Depressionsbehandlung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Spezielles Setting für depressive Pat., Interpersonelle Psychotherapie IPT in Zusammenarbeit mit LMU München
Gezielte Behandlungsangebote für akut und chronisch komplex traumatisierte Patienten
Bei Patienten mit internistischer Komorbidität umfassendende internistische Diagnostik und Therapie, einschl. EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, Sonographie, Doppler, klinisches Labor, Gastroskopie, Coloskopie

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
-----	-----	(entfällt für psychosomatische Medizin)	-----

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F 33.1	155	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
2	F 33.2	61	Rezidivierende depressive Störung, gegenw. schwere Episode ohne psychotische Symptome
3	F 32.1	55	Mittelgradige depressive Episode
4	F 32.2	19	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
5	F 41.1	13	Generalisierte Angststörung
6	F 41.2	13	Angst und depressive Störung gemischt
7	F 43.1	13	Posttraumatische Belastungsstörung
8	F 45.4	12	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
9	F 41.0	12	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
10	F 45.0	6	Somatisierungsstörung

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (Prozedur) (4-stellig)	Fälle (Absolute Anzahl)	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9-402.0	418	Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr: Entfällt für psychosomatische Medizin

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klerschrift	Fälle absolut
	-----	-----	-----

* Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden, Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

keine
keine
keine

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der be- schäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlos- sener Weiterbil- dung
3100	Psychosomatik und Psychotherapie	13	4	9
	Gesamt	13	4	9

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

4

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
3100	Psycho-somatik und Psychotherapie	12	75	66	25
	Gesamt	12	75	66	25

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Chefarzt Dr. Pfitzer gehörte 1994 zu den Gründungsmitgliedern einer Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in psychosomatischen Kliniken“ des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin DGPM e.V. Da bestehende Dokumentationssysteme, z. B. die Psy-Bado (Heuft et al.) die Bedürfnisse einer psychosomatischen Krankenhausabteilung nur unzureichend widerspiegeln, wurde in der Arbeitsgruppe ein eigenes Dokumentationssystem (Psy-Bado-PTM) entwickelt. Dieses Dokumentationssystem ist modular aufgebaut und wurde bewusst Therapieschulen-übergreifend konzipiert, d. h. sowohl tiefenpsychologische, als auch verhaltenstherapeutische Kliniken setzen die Psy-Bado-PTM erfolgreich ein. Hierbei erfolgt eine umfangreiche Erhebung von soziodemografischen und krankheitsanamnestischen Patientendaten. Bezogen auf den Behandlungsverlauf erfolgt eine Prä-Post-Messung sowie eine Erfassung der Therapiedosis. Die Aufarbeitung der erhobenen Daten erfolgt durch das externe Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin IQP e.V. München. Es handelt sich um eine Multicenterauswertung mit benchmarking, in der in anonymisierter Form die Daten von 20 psychosomatischen Kliniken, v. a. aus Bayern eingehen. Hierbei handelt es sich um ein internes benchmarking, dessen komplette Daten nur mit Zustimmung aller beteiligter Kliniken veröffentlicht werden darf. Unter E3 werden unsere eigenen Daten zur Behandlungs- und Ergebnisqualität dargestellt, die unsere Spitzenposition bei den Behandlungsergebnissen hinreichend verdeutlichen. Wie unter E3 dargestellt erreichen wir bei einem sehr schwierigen Patientenkollektiv das hohe Symptombelastung und ein hohes Maß an Chronifizierung aufweist, außerordentlich gute Besserungsraten in allen relevanten Veränderungsskalen (Besserung des körperlichen, psychischen Befindens, Krankheitsverständnis, Selbstwert, etc. ... siehe E3).

Seit 01.07.04 erfolgt die Erhebung der Daten EDV-gestützt mit einem von der Firma Cibait entwickelten System, das von uns adaptiert wurde.

Ein Jahr nach der Entlassung erfolgt eine Katamnese, Nachbefragung. Hierzu wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

Systemteil:

D Qualitätspolitik:

Die Klinik St. Irmingard besteht seit 1977. Neben der Krankenhausabteilung für Psychosomatik und Psychotherapie mit 53 Betten verfügt die Klinik über eine Abteilung für onkologische Rehabilitation mit 95 Betten (Chefarztin Dr. Dörte Fauteck) und eine Abteilung für kardiologische Rehabilitation (Chefarzt Dr. Ulrich Hildebrand). In beiden Reha-Abteilungen werden v. a. AHB-Patienten aufgenommen. Das gemeinsame Qualitätsziel besteht in allen drei Abteilungen in einer umfassenden Behandlung des Patienten auf höchstmöglichen Qualitätsniveau. Hierbei bildet das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell die Grundlage. Durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter wird sichergestellt, dass der Patient medizinisch nach dem aktuell besten wissenschaftlichen „state of the art“ behandelt wird. Durch angemessene Berücksichtigung der psychischen und sozialen Situation sowie der Therapieziele des Patienten wird ein jeweils individueller Therapieplan erarbeitet. Der Patient ist hierbei nicht Objekt sondern Partner im Therapieprozess.

Die Klinik St. Irmingard war Pilotkrankenhaus der WHO als Health promoting hospital und eines der Gründungsmitglieder des Deutschen Netzes gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Diese haben sich alle jeweils zur Ottawa-Charta der WHO und der von uns mitgestalteten Chiemsee-Erklärung verpflichtet. Diese beinhalten die Prinzipien der Patientenorientierung (Empowerment) der Mitarbeiterorientierung sowie der regionalen Vernetzung. Das bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz unterstützt eine Initiative des Deutschen Netzes gesundheitsfördernder Krankenhäuser, um „rauchfreie“ Krankenhäuser zu lizenzieren. Die Klinik St. Irmingard wird in Kürze als erste Klinik in Deutschland das Silberzertifikat als rauchfreies Krankenhaus erhalten.

Die Klinik St. Irmingard ist ein Unternehmen der Gesundheitswelt Chiemgau, deren gemeinsame Wertevision sie umsetzt (siehe G.). Die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung unserer Strukturen, der Prozesse und Abläufe sowie der Ergebnisqualität ist uns ständige Verpflichtung. Dabei handeln wir wirtschaftlich. Qualitätsmanagement verstehen wir als kontinuierlichen Verbesserungsprozess, in den alle Mitarbeiter einbezogen sind und Vorgesetzte Vorbildfunktion haben. In der psychosomatischen Abteilung fühlen wir uns einem humanistischen Menschenbild verpflichtet, wonach der Mensch als Ganzes mehr ist als die Summe seiner Teile. Prinzipien sind Respekt, Toleranz und Entwicklungsförderung. In unserer praktischen Arbeit ist hierzu die beziehungsethische Dimension der kontextuellen Therapie (siehe G.) besonders bedeutsam. Sie ermöglicht uns ein Verstehen des Individuums mit seinen familiären und systemischen Vernetzungen in der Mehrgenerationenperspektive und eröffnet darüberhinaus Interventionsstrategien, um in menschlichen Beziehungen mehr Liebe und Vertrauenswürdigkeit herzustellen. In unserem psychosomatischen Behandlungskonzept (siehe G) kombinieren wir gezielt die Wirkfaktoren nach Grawe, die durch wissenschaftliche Psychotherapieforschung wiederholt als besonders wirksam gesichert wurden. Wir arbeiten auf psychodynamischer Grundlage und differenzieren hierbei zwischen einem gezielten Erfassen der motivationalen Faktoren des Patienten einerseits und dem tiefenpsychologischen Verstehen von Problemen und Individuum im Kontext der Lebensgeschichte. Bei der Therapieplanung werden neuropsychotherapeutische Grundsätze (Grawe 2004) berücksichtigt. In unserem schulenübergreifenden integrativen Ansatz sind darüber hinaus störungsspezifische verhaltenstherapeutische Problembewältigungsstrategien (Training sozialer Kompetenz, Bewältigungsverfahren, Expositionsverfahren) ebenso integriert wie emotional aktivierende Verfahren (Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie) sowie familientherapeutisch-kontextuelle Verfahren zur Aktivierung von Beziehungsressourcen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung:

E-1 Aufbau des einrichtungswissenschaftlichen Qualitätsmanagements.

Von 1977 bis 30.06.04 war Prof. Dr. K.-D. Hüllemann der ärztliche Direktor der Klinik. Er legte besonderes Gewicht auf eine fundierte wissenschaftliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter, die viermal pro Woche abteilungs- und berufsübergreifend stattfand. Hierdurch besteht bei Ärzten, Schwestern und Physiotherapeuten ein breit angelegtes Wissen und Fachkompetenz in den Bereichen Kardiologie, Onkologie und Psychosomatik. Darüber hinaus besteht auch eine –in Deutschland selten anzutreffende – über 25-jährige Tradition von Respekt und Kooperation zwischen der Abteilung Psychosomatik und den organmedizinischen Abteilungen unseres Hauses. Prof. Hüllemann hat mit der Klinik St. Irmingard das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser mitaufgebaut. Zur Zeit ist Chefarzt Dr. Hildebrand im Vorstand des Deutschen Netzes, hierdurch erfolgt ein projektbezogener Austausch mit anderen Kliniken. Die Grundprinzipien von Patientenzentrierung, Mitarbeiterzentrierung und regionaler Projektarbeit, z. B. als Arzt-Patienten-Seminare sind in das Leitbild der Klinik St. Irmingard eingegangen.

Seit 01.07.2004 ist Frau Dr. Fauteck Chefärztin für die Abteilung Onkologie und ärztliche Direktorin. Seither besteht in der Klinik St. Irmingard eine neue Leitungsstruktur und nunmehr auch ein systematisches zentrales Qualitätsmanagement. Die kooperative Klinikleitung besteht aus den Chefärzten der Bereiche Onkologie (Dr. Fauteck), Kardiologie (Dr. Hildebrand) und Psychosomatik (Dr. Pfitzer) sowie der Verwaltungsdirektorin Frau Hudler, die seit 01.01.2005 auch Geschäftsführerin ist. Die kooperative Klinikleitung bildet den Qualitätslenkungsausschuss. Die zentrale **Qualitätsbeauftragte** der Klinikleitung ist die Pflegedienstleitung Frau Eva Raab, Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin. Der Qualitätslenkungsausschuss hat sich für ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement entschieden, d. h. Ergebnisse von Befragungen und Messungen fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein. Der umfassend konzipierte Qualitätsprozess soll bis Ende 2006 in eine Zertifizierung münden. Grundlage der Verbesserungen der **Servicequalität** bilden Patientenbefragungen zu den Bereichen Rezeption, Küche, Schwestern und Physiotherapie. Da speziell für wenig mobile körperlich kranke Patienten Möglichkeiten von Begegnungen, Austausch als unzureichend bewertet wurden, erfolgte im Jahre 2004 ein Umbau des Eingangsbereiches, der abgeschlossene Sitzcken ermöglichte. Alle Zimmer wurden in 2003/2004 gründlich renoviert. Weitere Umbauten, bzw. Sanierungen in den Bädern der Patientenzimmern sind fest geplant. Es wurden mehr Therapieräume für physiotherapeutische Behandlungen geschaffen, passive Behandlungsräume (Wannenbäder) wurden hierfür aufgelöst. Die Behandlungsräume und die Wartezonen für Patienten vor den Behandlungsräumen wurden heller und freundlicher gestaltet. In der Psychosomatik wurden Anregungen der Patienten aufgegriffen und der Raum der Konzentrativen Bewegungstherapie und der Musiktherapie mit einem neuen Boden ausgestattet, der auch therapeutisches Arbeiten am Boden erleichtert. Eine umfassende Umgestaltung und Erweiterung des Raumes der Kunsttherapie erfolgt 2005. Für **abteilungsübergreifende Projekte** wurden Promotoren gefunden: OA Dr. Rolf Behrends in Zusammenarbeit mit dem CeBe HygieneManagement Institut, Peißenberg, Frau Seewann im Bereich Hygiene, einschl. Endoskopie. Unter Leitung von OA. Schröter wurde eine Arzneimittelkommission neu gebildet. Die vorhandene Hausliste der Medikamente wurde komplett überarbeitet mit dem Ziel von mehr Transparenz, besserer Handhabbarkeit, Konzentration auf weniger Präparate mit gesicherter Wirkung sowie mehr Wirtschaftlichkeit. Für weitere Qualitätsprojekte wurden Abteilungsübergreifende Arbeitsgruppen mit Projektleitung (PL) und Promotoren (Pr) gebildet. So wurde eine neue Telefon- und Notrufanlage installiert (PL: Geschäftsführerin Frau Hudler, Pr: QMB für Frau Raab). Das bisher im Haus betriebene klinische Labor konnte

ohne Qualitätsverluste outgesourct werden (PL: Frau Dr. Fauteck, Pr: QMB Frau Raab, Dr. Lumpe, Simssee-Klinik Bad Endorf). Ein EDV-gestütztes neues System für die Terminierung der Patienten aller Abteilungen wurde eingeführt (PL für die Psychosomatik: OA Dr. Heinz). Auf der Abteilungsebene der **Psychosomatik** bestehen weitere Projekte zur kontinuierlichen Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität:

- Für alle Berufsgruppen wurde eine detaillierte Stellenbeschreibung erarbeitet (PL: Dr. Pfitzer) Verkürzung der Laufzeiten der Arztbriefe (PL: Dr. Pfitzer). Implementierung und kontinuierliche Verbesserung eines EDV-gestützten Systems (siehe E3) der Psybado-PTM (PL: OA Dr. Heinz, Herr H.-F. Köppendörfer) Erstellen des Jahresberichtes 2004 (PL: Dr. Kypke).
- Analyse und Beschreibung der Kernprozesse und Schnittstellen (PL: Dr. Pfitzer, Dr. Heinz). Abgeschlossen ist die Beschreibung der psychosomatischen Pflegeprozesse und pflegerischen Interventionen.
- Qualitätszirkel zur Entwicklung einer klinikinternen Leitlinie der Fokusformulierung (PL: OA Dr. Heinz)

E-2 Qualitätsbereitung

Eine Zertifizierung der psychosomatischen Krankenhausabteilung soll im Jahre 2006 gemeinsam mit den anderen Fachabteilungen unserer Klinik erfolgen.

Chefarzt Dr. Pfitzer gehörte 1994 zu den Gründungsmitgliedern einer Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in psychosomatischen Kliniken“ des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin DGPM e.V. Da bestehende Dokumentationssysteme, z. B. die Psy-Bado (Heuft et al) die Bedürfnisse einer psychosomatischen Krankenhausabteilung nur unzureichend widerspiegeln, wurde in der Arbeitsgruppe ein eigenes Dokumentationssystem (Psy-Bado-PTM) entwickelt. Dieses Dokumentationssystem ist modular aufgebaut und wurde bewusst Therapieschulen-übergreifend konzipiert, d. h. sowohl tiefenpsychologische, als auch verhaltenstherapeutische Kliniken setzen die Psy-Bado-PTM erfolgreich ein. Hierbei erfolgt eine umfangreiche Erhebung von soziodemografischen und krankheitsanamnestischen Patientendaten. Bezogen auf den Behandlungsverlauf erfolgt eine Prä-Post-Messung sowie eine Erfassung der Therapiedosis. Die Aufarbeitung der erhobenen Daten erfolgt durch das externe Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin IQP e.V. München. Es handelt sich um eine Multicenterauswertung mit benchmarking, in der in anonymisierter Form die Daten von 20 psychosomatischen Kliniken, v. a. aus Bayern eingehen. Hierbei handelt es sich um ein internes benchmarking, dessen komplette Daten nur mit Zustimmung aller beteiligter Kliniken veröffentlicht werden darf. Unter E3 werden unsere eigenen Daten zur Behandlungs- und Ergebnisqualität dargestellt, die unsere Spitzenposition bei den Behandlungsergebnissen hinreichend verdeutlichen. Wie unter E3 dargestellt erreichen wir bei einem sehr schwierigen Patientenkollektiv das hohe Symptombelastung und ein hohes Maß an Chronifizierung aufweist, außerordentlich gute Besserungsraten in allen relevanten Veränderungsskalen (Besserung des körperlichen, psychischen Befindens, Krankheitsverständnis, Selbstwert, etc. ... siehe E3).

Seit 01.07.04 erfolgt die Erhebung der Daten EDV-gestützt mit einem von der Firma Cibait entwickelten System, das von uns adaptiert wurde.

Ein Jahr nach der Entlassung erfolgt eine Katamnese, Nachbefragung. Hierzu wurde ein eigener Fragebogen entwickelt.

Chefarzt Dr. Pfitzer gehört zu den Gründungsmitgliedern des Arbeitskreises Geronto-Psychosomatik innerhalb der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie DGGG e.V. Innerhalb der psychosomatischen Abteilung erfolgt eine entsprechende Schulung der Mitarbeiter zu den Themen Psychotherapie im Alter. Dr. Pfitzer hat zu diesem Themenbereich wiederholt Referate und Vorträge gehalten, zuletzt bei der Jahresversammlung Gerontopsychosomatik in Münster am 19.03.04, bei der 14. Mainzer Werkstatt zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie sowie am 20.10.04 der Sozialarbeitertagung der Simsseeklinik Bad Endorf.

Die psychosomatische Abteilung beteiligt sich an der Etablierung von Netzwerken zur Behandlungen von traumatisierten Patienten. In Zusammenarbeit mit Dr. Wollschläger, Traunstein, als niedergelassenem Psychiater und Psychotherapeuten, dem Kriseninterventionsteam Traunstein (KITT) wurde ein Antrag im Rahmen eines Disease-Management-Programms gestellt, über den noch nicht abschließend entschieden wurde. In Zusammenarbeit mit der Arche München e.V., der Psychotherapiestation des BKH's München Haar (Ltd. Ärztin Frau Dr. Beckrath-Wilking) und EMDRIA e.V. als traumatherapeutische Fachgesellschaft wird zur Zeit versucht sektorenübergreifend ein Netzwerk zur rascheren und gezielteren Versorgung von Patienten mit akuten oder chronisch komplexen Traumatisierungen aufzubauen.

Die psychosomatische Abteilung beteiligt sich (OA Dr. Heinz) am Präventionsprojekt „Lehrergesundheit“ in Zusammenarbeit mit dem bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, verschiedenen Krankenkassen unter Führung der bayr. Versicherungskammer, Prof. Bauer, psychosomat. Uniklinik, Freiburg sowie Priv. Doz. Dr. Hillert, Klinik Roseneck. Chefarzt Dr. Pfitzer arbeitet in der Direktorenkonferenz psychosomatischer Kliniken sowie im Arbeitskreis Chefarzte integrative Psychosomatik (CHIP). In beiden Gesellschaften wird z. Zt. ein Visitationsmodell auf peer-review Basis nach einer Erprobungsphase nun mehr institutionalisiert.

Die psychosomatische Abteilung unserer Klinik arbeitet auf psychodynamischer Grundlage nach einem integrativen multimodalen fokalthérapeutischen Behandlungskonzept. Die meisten theoretischen Konzepte der Fokusformulierung erwiesen sich für den multimodalen und notwendigerweise Ressourcen- und Entwicklungs-fördernden Ansatz unserer Abteilung als nur begrenzt nutzbar. Wir haben daher einen eigenen Qualitätszirkel „Fokusentwicklung“ (PL: OA Dr. Heinz) gegründet. Dieser hat inzwischen eine manualisierte klinikinterne Leitlinie entwickelt. Diese wird am 30.09.05 beim Symposium „Leitlinien und Behandlungspfade in Kliniken“ in Bad Kissingen vorgestellt und soll danach auch publiziert werden.

Wie unter D. dargestellt, liegt unserer psychotherapeutischen Arbeit ein humanistisches Menschenbild zugrunde. In unserem Handeln lassen wir uns von Konzepten der Handlungs- und Beziehungsethik leiten, wie sie ausführlich von Martin Buber beschrieben worden sind. Diese Prinzipien sind in die kontextuelle Therapie eingegangen. Die kontextuelle Therapie ermöglicht uns ein Verstehen des Individuums mit seinen familiären und systemischen Vernetzungen in der Mehrgenerationen-Perspektive und eröffnet uns auch Interventionsstrategien, um in menschlichen Beziehungen mehr Liebe und Vertrauenswürdigkeit herzustellen. Chefarzt Dr. Pfitzer hat zusammen mit Professor Terry Hargrave diesen therapeutisch hilfreichen Ansatz der kontextuellen Therapie in einem anwenderorientierten Handbuch „The New Contextual Therapy“ 2003 in den USA publiziert. Da kein vergleichbares Werk in deutscher Sprache vorlag, hat Dr. Pfitzer dieses Handbuch überarbeitet. Es wird im Oktober 2005 unter dem Titel „Neue Kontextuelle Therapie“ beim Carl Auer-Verlag, Heidelberg erscheinen.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung.

Wie unter E2 dargestellt, gehört die psychosomatische Abteilung der Klinik St. Irmingard zu den Mitbegründern der Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in psychosomatischen Kliniken“ des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin DGPM e.V.

Da bestehende Dokumentationssysteme, z. B. die Psy-Bado (Heuft et al.) die Bedürfnisse einer psychosomatischen Krankenhausabteilung nur unzureichend widerspiegeln, wurde in der Arbeitsgruppe ein modular aufgebautes Dokumentationssystem (Psybado, PTM) entwickelt. Hierbei erfolgt eine umfangreiche Erhebung von soziodemografischen und krankheitsanamnestischen Patientendaten. Bezogen auf den Behandlungsverlauf erfolgt eine Prä-Post-Messung sowie eine Erfassung der Therapiedosis. Die Aufarbeitung der erhobenen Daten erfolgt durch das externe Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin IQPev München. Die kumulierten Daten von 17 Kliniken und über 17000 Behandlungsfällen wurden von v. Heymann et al., (2003) sowie Tritt et al (2004) publiziert. Die Bedeutung dieses großen Datenpools, in den auch die Behandlungsfälle der Klinik St. Irmingard eingegangen sind, wurde zuletzt von Zaudig (2005) gewürdigt.

Die folgenden Daten basieren auf der Auswertung der Psy-Bado PTM für die im Jahr 2004 behandelten Patienten. Unsere Behandlungsschwerpunkte Patienten mit schwerer begleitender internistischer Komorbidität sowie ältere Patienten drücken sich in der Altersverteilung aus, die für eine psychosomatische Klinik ungewöhnlich ist. Der Altersmittelwert liegt bei unseren Patienten bei 49,89 Jahren. 32% der Patienten sind zwischen 50 und 59 Jahren, 16% zwischen 60 und 69 Jahren und 6% sogar über 70 Jahre. 40% der Patienten sind verheiratet, 8% verwitwet. Zumindest teilweise mit dem höheren Lebensalter zusammenhängend sind unsere Patienten in gewisser Weise „sozial gefestigt“: 92% wohnen in einem eigenen Haushalt, 37% haben eine Fachhochschule oder Universität besucht. Dennoch weisen unsere Patienten zu meist sehr komplexe Störungen mit körperlichen psychischen und sozialen Problemen auf. Hier erweist sich das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell als hilfreich. Gleichzeitig wird verständlich, dass diese Patienten nicht ambulant behandelt werden können. Sie benötigen das multimodale Therapieangebot des psychosomatischen Krankenhauses. 15% unserer Patienten sind wegen ihrer Erkrankung bereits ein Jahr arbeitsunfähig. 29,7% haben drei oder mehr F-Diagnosen im ICD 10, d. h. hier liegen mehrere psychische Störungen unabhängig voneinander vor, körperliche Störungen und soziale Konflikte sind hierbei noch nicht einmal berücksichtigt. Obwohl es sich um schwierige Problemkonstellationen handelt, haben wie kaum Therapieabbrüche. 94,6% der Patienten werden regulär entlassen! Viele unserer Patienten leiden an Persönlichkeitsstörungen oder chron. Komplexen Traumatisierungen. Hier werden in der Literatur Abbruchraten bei stationären Psychotherapien von etwa 20% angegeben! Wir führen das erfreuliche Ergebnis der geringen Abbruchrate auf unser individuelles Behandlungskonzept zurück. Wir legen besonderes Gewicht darauf, die Patienten dort abzuholen wo sie stehen und ihnen nicht ein starres Behandlungskonzept oder unsere eigenen Therapieziele überzustülpen. Dies erfordert einen erheblichen Einsatz von Personal und Ressourcen. Wir sehen uns in unserem Behandlungsmodell sehr bestätigt, indem wir bewährte gruppentherapeutische Therapieverfahren mit hochdosierter Einzeltherapie (zweimal 50 Minuten pro Woche Einzeltherapie) kombinieren. Hierbei ist es auch bei den persönlichkeitsgestörten Patienten möglich Konflikte, Kränkungen, Krisen im Krankheitsverständnis und Selbstwert aufzufangen und jeweils Therapieziele des Patienten und unser Angebot flexibel zu adaptieren und Abbruchtendenzen frühzeitig zu erkennen und aufzufangen. Eine höhere Abbruchquote verkürzt statistisch natürlich die durchschnittliche Verweildauer. Umso bemerkenswerter ist, dass unsere Klinik mit 45,25 Tagen durchschnittlicher Verweildauer im unteren Verweildau-

erbereich liegt. Im Folgenden sollen einige besonders aussagekräftige Daten zur Behandlungsqualität dargestellt werden. Wir stellen die Patientenratings der Veränderungen bezogen auf verschiedene Problembereiche dar. Die Patientenratings sind, wie auch die gesamte Forschungsliteratur belegt, auch bei uns kritischer, d. h. die Patienten schätzen Veränderungen kritischer ein als die Therapeuten. Im Folgenden werden die sich nur graduell unterscheidenden Veränderungs-Item „etwas gebessert“ und „deutlich gebessert“ jeweils zusammengefasst.

Nur bei 6% der Patienten stellen körperliche Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen kein Problem dar. Zum Behandlungsende bewerten 80,9% der Patienten ihre körperlichen Beschwerden gebessert. Bei den psychischen Beschwerden berichten 85,9% der Patienten über eine Beschwerdeverbesserung, d. h. unser Therapieangebot ist als effektiv und effizient zu bewerten. Für 89,2% der Patienten ist das Selbstwerterleben in eigener Einschätzung ein Problembereich. Hier berichten 78,8% der Patienten zum Therapieende über eine Besserung. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da es sich oft um jahrzehntelang anhaltende Problembereiche handelt. Für 86,4% stellen private Probleme in der eigenen Einschätzung einen relevanten Problembereich dar. 35% gaben hier zu Therapieende keine Veränderung an, zumeist mit der Begründung, dass sich Verbesserungen erst im häuslichen Umfeld beweisen müssten. Wir bemühen uns, wenn möglich die Partner miteinzubeziehen. Das Ergebnis im Patientenrating, dass 57,8% der Patienten eine Besserung der privaten Probleme angeben, bestätigt uns in unserem Therapieansatz. Speziell bei unseren depressiven Patienten stellen Störungen der Eigenaktivität ein Problem dar, im gesamten Patientenkollektiv schätzen 83,6% Eigenaktivität als Problembereich ein. Die Besserungsrate von insgesamt 81,7% ist hier sehr zufriedenstellend, gleiches gilt für das Krankheitsverständnis. Dieser Problembereich steht insbesondere bei Patienten mit somatoformen (funktionellen) Krankheitsbildern ganz im Vordergrund. Hier berichten 92,3% der Patienten zum Entlassungszeitpunkt eine Verbesserung.

Wir führen eine Katamnese ein Jahr nach Entlassung durch. Da es sich hierbei um eine Fragebogenaktion handelt, ist es nie möglich alle Patienten zu erreichen. Für eine Fragebogenaktion ist eine Rücklaufquote von 60% durchaus befriedigend. Im Rahmen unserer kontinuierlichen Bemühungen zur Verbesserung der Ergebnisqualität bemühen wir uns hier um eine Erhöhung der Rücklaufquote. Dennoch gestatten die vorliegenden Daten den Schluss, dass die guten bis sehr guten Therapieergebnisse auch ein Jahr nach Entlassung weitgehend stabil sind, d. h. wir erreichen den angestrebten Effekt eines Transfers der in der Klinik erreichten Veränderungen in die Alltagssituation des Patienten.

Eine umfassende Darstellung der soziodemografischen und Behandlungsdaten findet sich in unserem Jahresbericht unter <http://www.st-irmingard.de/>.

Da sich häufig in der Bevölkerung und teilweise auch noch bei Fachkollegen das Vorurteil findet, dass ältere Patienten „nicht mehr therapierbar“ seien, sollen zum Abschluss noch einige Behandlungsergebnisse bei unseren älteren Patienten vorgestellt werden. In einer Studie im Jahr 2002 haben wir unsere Behandlungsergebnisse aus den Jahren 1998 bis 2001 bei 400 Patienten jünger als 55 Jahre und 84 Patienten älter als 60 Jahre gegenübergestellt. Eine Überprüfung, bezogen auf die Behandlungsdaten im Jahre 2004 ergab ein unverändert gleiches Bild. Die Gruppen der jüngeren und älteren Patienten unterschieden sich nicht bezüglich der psychischen Diagnosen und auch nicht im Beschwerdescore (BSS) nach Schepank. Bei den soziodemografischen Daten fanden sich mehr Verwitwete bei älteren Patienten und mehr Ledige bei den Jüngeren. Als Ausdruck der seit der Nachkriegszeit veränderten Bildungspolitik finden sich in der Gruppe über 60 Jahre mit 40% vs. 23% fast doppelt so viele Patienten mit Hauptschulabschluss und wesentlich weniger (24 vs. 35%) Patienten mit Realschulabschluss. Andererseits haben sich viele Ältere „hochgearbeitet“. Der Anteil leitender Angestellter ist doppelt so hoch wie bei den Jüngeren. Ein bemerkenswerter Befund ergibt sich bei den The-

rapieergebnissen und zwar sowohl in den Patienten-Selbsteinschätzungen, als auch in der Einschätzung durch den Therapeuten. Sowohl bei den älteren, als auch bei den jüngeren Patienten schätzen sich knapp 90% psychisch etwas oder deutlich gebessert, knapp 80% berichten über eine leichte oder deutliche Besserung des körperlichen Befindens. In beiden Gruppen berichteten 90% über eine Verbesserung des Krankheitsverständnisses und etwa 75% über eine Verbesserung des Selbstwerterlebens. Deutliche Unterschiede ergaben sich in der Selbsteinschätzung bezüglich der sozialen Situation. 18% der jüngeren, aber nur 8% der älteren Patienten beschrieben zum Therapieende eine Verbesserung der sozialen Situation. Genauso berichten 77% der jüngeren, aber nur 57% der älteren Patienten darüber, durch Eigenaktivitäten ihren Zustand nunmehr verändern zu können. Die Verweildauer der älteren Patienten war fast zwei Tage kürzer als bei den jüngeren. Dennoch ergeben sich - abgesehen von einer etwas geringeren Möglichkeit die eigene soziale Situation zu verbessern - keine Unterschiede bei den älteren Patienten, d. h. diese sind genauso erfolgreich therapierbar wie Jüngere!

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Jahre 2004 fanden erhebliche Restrukturierungsmaßnahmen in der Psychosomatik statt. Die 18 Betten umfassende internistische Kriseninterventionsabteilung wurde zum 01.01.04 aufgelöst und es erfolgte eine Umwidmung in psychosomatische Betten. Die psychosomatische Abteilung wurde somit von zuvor 35 auf nunmehr 53 Betten erweitert. Ein zuvor sehr langjährig gewachsenes Behandlerteam musste nunmehr auf zwei Behandlerteams umstrukturiert werden, im ärztlichen Dienst und im Bereich der halbverbalen Erlebnistherapien wurden neue Mitarbeiter eingestellt, die integriert werden mussten. Die zuvor schwerpunktmäßig internistisch tätigen Kollegen mussten rasch integriert und in den neuen Arbeitsbereich der stationären Psychosomatik und Psychotherapie eingearbeitet werden. Durch Umwidmung von 40 orthopädischen Krankenhausbetten konnte in der benachbarten Simsee-Klinik Bad Endorf eine psychosomatische Krankenhausabteilung neu eröffnet werden, die ebenfalls unter chefärztlicher Leitung von Dr. Pfitzer steht. Da auch in Bad Endorf ein neues Behandlerteam aufgebaut wurde, bestand in beiden Häusern ein erheblicher Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen, so dass in 2004 und 2005 ein ungewöhnlich intensives Fort- und Weiterbildungsprogramm stattfand. In der Klinik St. Irmingard konnten wir uns auf eine langjährige Tradition von Fortbildungen, sowohl für das stationäre Behandlerteam als auch für externe Ärzte und Psychotherapeuten, stützen. Mit Frau Dr. Luise Reddemann konnte eine der renommiertesten Traumatherapeutinnen in Deutschland gewonnen werden, um das von ihr entwickelte Verfahren der Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie (PITT) systematisch darzustellen und zu lehren. Hierbei handelt es sich um sechs Fortbildungstage, die sich bis zum Herbst 2005 erstrecken und an denen das gesamte Behandlerteam der Klinik St. Irmingard teilnimmt. Zusätzlich wurden namhafte Referenten aus den Bereichen Traumatherapie und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gewonnen. Auch an diesen Veranstaltungen nahmen das gesamte Behandlerteam sowie niedergelassene Ärzte und Psychologen teil. Für das Jahr 2005 konnte Prof. Terry Hargrave, Amarillo Texas, USA, einer der prominentesten Vertreter der kontextuellen Familientherapie als Referent und Supervisor gewonnen werden. Zusätzlich bestehen wöchentlich eine psychosomatische Abteilungsfortbildung sowie wöchentlich eine interdisziplinäre Fortbildung in der Klinik St. Irmingard. Durch die internen und externen Fort- und Weiterbildungen konnte sehr rasch ein hoher Aus- und Weiterbildungsstand aller Teammitglieder der psychosomatischen Abteilung sichergestellt werden.

Die psychosomatische Abteilung der Klinik St. Irmingard ist mit folgenden Qualitätszirkeln vernetzt und beteiligt sich jeweils durch eigene Beiträge:

- Qualitätszirkel, Psychosomatik, Psychotherapie und Psychoanalyse Bernau (Dr. Buchholz, MAP)
- Schmerztherapeutisches Kolloquium Rosenheim (Schmerztherapeut Dr. Nägelein)
- Traumatherapeutisches Netzwerk München (Arche e.V.)
- Supervision und Weiterbildung in EMDR als traumakonfrontatives Verfahren (in Zusammenarbeit mit Dr. Arne Hofmann Köln, Dr. Pfitzer Prien und Dr. Bruno Waldvogel München, alle Mitglieder in EMDRIA e.V.)
- Mitarbeit in den Qualitätszirkeln der Nervenärzte in Rosenheim und Wasserburg sowie der Orthopäden in Rosenheim

Es bestehen Kooperationsverträge zwischen der Klinik St. Irmingard und folgenden Ausbildungsinstituten für Ärzte sowie für Diplompsychologen zur Qualifikation als klinischer Psychologe:

- Lehrkollegium Psychotherapeutischer Medizin, LPM e.V., München
- Akademie für Psychoanalyse, München
- Münchener Arbeitsgemeinschaft Psychoanalyse MAP e.V.
- ärztlicher psychologischer Weiterbildungskreis München, ÄPK e.V.
- AIM im Verein für klinische Verhaltenstherapie für VFKEV e.V., München.

In der Klinik St. Irmingard werden folgende psychosomatische Modellprojekte durchgeführt:

1. Qualitätszirkel zur Erarbeitung einer manualisierten klinikinternen Leitlinie Fokusformulierung (Projektleitung: Dr. Peter Heinz).

Die meisten theoretischen Konzepte zur Fokalthherapie erwiesen sich für den multimodalen und notwendigerweise ressourcen- und entwicklungsfördernden Ansatz unserer psychosomatischen Abteilung als nur begrenzt nutzbar. Wir haben daher einen eigenen Qualitätszirkel gegründet, der inzwischen eine manualisierte klinikinterne Leitlinie entwickelt hat. Diese wird am 30.09.05 beim Symposium „Leitlinien und Behandlungspfade in Kliniken“ in Bad Kissingen vorgestellt und soll danach auch publiziert werden.

2. In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl Psychologie der Universität München erfolgt eine Studie zur Anwendung von interpersoneller Psychotherapie IPT im Gruppensetting in der stationären Psychosomatik für depressive Patienten. Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Universität München einstimmig gebilligt. In Zusammenarbeit mit Frau Dipl. Psych. Schramm wurde ein Manual für die stationäre Gruppentherapie mit IPT entwickelt (Projektleitung Frau Dipl. Psych. Monika Kaesberg). Die vorläufigen Studienergebnisse sind sehr ermutigend. Nach Abschluss der Studie werden die Ergebnisse voraussichtlich 2006 publiziert. Es ist davon auszugehen, dass dieses Modellprojekt in unsere psychosomatische Regelversorgung dauerhaft integriert werden wird.

G Weitergehende Informationen

Qualitätsbeauftragte der Klinik St. Irmingard: PDL Frau Eva Raab
Verantwortlicher für den Qualitätsbericht: Chefarzt Dr. Pfitzer
Mitarbeit und technische Umsetzung: Stationsarzt H.-F. Köppendörfer

Anschrift/Kontakt:

Sekretariat psychosomatische Abteilung
Frau E. Frühholz
Klinik St. Irmingard GmbH
Osternacher Str. 103
83209 Prien am Chiemsee
Tel. 08051/607-573

Werte der Gesundheitswelt Chiemgau unter www.gesundheitswelt-chiemgau.de

Weitere Informationsquellen:

- *Broschüre Information für Patienten und einweisende Ärzte
- *Zur klinikinternen Leitlinie Fokusformulierung: OA Dr. Peter Heinz
- *Zur Gruppentherapie depressiver Patienten mit IPT: Dipl. Psych. Monika Kaesberg (jeweils über Sekretariat Dr. Pfitzer, Frau Frühholz)
- *Zur kontextuellen Therapie: Publikation Pfitzer F./Hargrave T.: Die Neue Kontextuelle Therapie, Carl Auer Verlag, Heidelberg
- *Jahresbericht 2004 der psychosomatischen Abteilung unter <http://www.st-irmingard.de/>.