

Regionales Zentrum für psychische Gesundheit

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück  
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie



# Qualitätsbericht 2004

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück

---





## BASISTEIL

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

#### A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift            Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück  
                         Knollstraße 31  
                         49088 Osnabrück

Telefon             0541 – 313 0

Fax                  0541 – 313 209

Email-Adresse    Poststelle@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de

Internetadresse   www.psychiatrie-osnabrueck.niedersachsen.de

#### Krankenhausleitung

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. Wolfgang Weig

Verwaltungsdirektor: Günter Laaken

Pflegedirektorin: Monika Erdsiek

#### A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260 340 808

#### A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

#### A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

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. 2004)

KHG-geförderter Bereich insgesamt	Planbetten	Tagesklinik Plätze
<b>Psychiatrie</b>	366	38

**A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten**  
Hier wird die Fallzahl dargestellt.

Vollstationäre Patienten:

5.242,0
---------

Teilstationäre Patienten:

194,5
-------

**A-1.7 AFachabteilungen**

Vollstationäre Behandlung:

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Fälle	Verweildauer in Tagen	Berechnungstage	Auslastung in %
2900	<b>Psychiatrie</b>	5.242	21,27	111.504	83,24%

Teilstationäre Behandlung:

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Fälle	Verweildauer in Tagen	Berechnungstage	Auslastung in %*
2960	<b>Psychiatrie</b>	194,5	43,99	8.556	87,61%

\*Auslastung teilstationär bezogen auf 5-Tage-Woche



### A-1.7 **BMindestens TOP-10 ICD 10 Schlüssel (nach L4 Statistik BPfIV) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr 2004**

Wir als psychiatrisches Fachkrankenhaus bilden unsere Leistungen nicht in DRG ab.

Rang	ICD 10 Schlüssel (3stellig)	Text	Entlassungen
1	F 10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.406
2	F 19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	1.008
3	F 20	Schizophrenie	709
4	F 43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	395
5	F 60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	268
6	F 25	Schizoaffektive Störungen	154
7	F 32	Depressive Episode	149
8	F 06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	145
9	F 33	Rezidivierende depressive Störung	140
10	F 00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit	128

### A-1.8 **Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote des Krankenhauses**

Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück werden folgende besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote wahrgenommen:

#### **Versorgungsschwerpunkte**

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Suchtmedizin
- Gerontopsychiatrie

#### **Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?**

ja   
nein

## **Pflichtaufnahmegebiet**

Die klinischen Funktionsbereiche im geförderten Bereich übernehmen die ausschließliche Vollversorgung mit Aufnahmeverpflichtung für ein Pflichtaufnahmegebiet von insgesamt 413.832 Einwohnern. Der regionale Schwerpunkt im Versorgungsangebot des NLKH Osnabrück liegt im Gebiet der Stadt Osnabrück und des Landkreises Osnabrück mit Ausnahme des Altkreises Bersenbrück. Für diesen gesamten Bereich besteht Versorgungsverpflichtung gemäß § 3 Abs.1 Ziff.2 PsychPV.

Die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Emden, Haselünne, Norden, Nordhorn, Quakenbrück und Twistringen übernehmen die psychiatrische Versorgung ihres Einzugsgebietes weitgehend.

In bestimmten Spezialfällen erfolgt die Versorgung auch dieses Einzugsgebietes durch das NLKH Osnabrück. Dazu zählen z.B. die Behandlung psychisch erkrankter geistig behinderter Menschen, die qualifizierte Entgiftungsbehandlung bei Drogenabhängigen, die Behandlung bei Komorbidität Psychose und Sucht, die Behandlung schwer Zwangs- und Angsterkrankter, der qualifizierte Rehabilitationsbedarf und weitere. Mit den psychiatrischen Abteilungen in Twistringen, Haselünne und Quakenbrück wurden entsprechende Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Bezieht man dieses erweiterte Aufnahmegebiet mit ein, werden im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück ca. 1.400.000 Einwohner versorgt oder mitversorgt.

## **A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück bestehen folgende ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

### **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### ▪ Psychiatrische Institutsambulanz

Hier werden Patienten versorgt, die aufgrund ihres besonderen Beschwerdebildes durch andere ambulante Therapieangebote nicht ausreichend behandelt werden können.

Außerdem sind Spezialsprechstunden eingerichtet für Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (in der Gerontopsychiatrischen Ambulanz GPZ) Patienten mit Suchterkrankungen Patienten mit geistiger Behinderung

#### ▪ Ambulante Ergotherapie

Neben der ergotherapeutischen Behandlung im Rahmen der stationären und teilstationären Versorgung führt die Ergotherapie auf Überweisung durch niedergelassene Ärzte auch ambulante Behandlungen durch.

Das ambulante Angebot wendet sich sowohl an Patienten, bei denen im Anschluss an eine stationäre Behandlung eine ergotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich ist, als auch an Patienten, die unabhängig von einer vorherigen Krankenhausbehandlung Ergotherapie benötigen.



## A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Da wir ein psychiatrisches Fachkrankenhaus sind, entfällt diese Angabe für unser Haus.

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	im Krankenhaus vorhanden	Kooperation mit externem Anbieter
Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Magnetresonanztomographie (MRT)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Röntgenabteilung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrokardiogramm (EKG)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroenzephalogramm (EEG)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chemisches Labor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
erweiterte Labordiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### A-2.1.2 Diagnostische und therapeutische Angebote

Diagnostische und therapeutische Angebote	
psychiatrische Pharmakotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Gruppenpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Einzelspsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychoedukation	<input checked="" type="checkbox"/>
dialektisch-behaviourale Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>
systemische und Familientherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Milieutherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
übende und soziotherapeutische Verfahren	<input checked="" type="checkbox"/>
Testpsychologie	<input checked="" type="checkbox"/>
standardisierte psychopathologische Befunderhebung	<input checked="" type="checkbox"/>
Soziotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Elektrokrampftherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Wachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Lichttherapie	<input checked="" type="checkbox"/>



### Zu den weiteren therapeutischen Angeboten zählen u.a.:

- Ergotherapie
- ergotherapeutische Diagnostik
- sonstige Ergotherapieverfahren
- Musiktherapie
- Arbeitsdiagnostik
- Krankengymnastik
- Bewegungstherapie
- Sporttherapie
- Physikalische Therapie
- therapeutisches Reiten
- Kunsttherapie

### Sonstige Angebote

- Sozialzentrum
- Sporthalle, Sportplatz
- Schwimmbad
- Kiosk
- Cafeteria
- Bibliothek
- Kirche
- Internetnutzung für Patienten
- Sauna
- Sinnesgarten



## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1 Name der Fachabteilung

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie

Das Niedersächsische Landeskrankenhaus Osnabrück stellt eine einheitliche Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie dar, die weiter in **Fachbereiche** untergliedert ist. Unsere Leistungen und Versorgungsschwerpunkte werden im Folgenden entsprechend unserer internen Spezialisierung in die Funktionsbereiche Allgemeine Psychiatrie I, II und III, Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie darstellen.

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachbereiche

**Allgemeine Psychiatrie I-III** Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen im Sinne von ICD 10, Kap. F, mit Ausnahme der Suchtkrankheiten bei Menschen im Erwachsenenalter.

**Stationen:** Allgemeine Psychiatrie I: N1, A2, A3, A6, A4  
Allgemeine Psychiatrie II: O2, R3, R5, R4  
Allgemeine Psychiatrie III: P1

---

**Suchtmedizin** Behandelt werden Erwachsene und Jugendliche mit substanzabhängigen Störungen (ICD 10: F 1).

**Stationen:** S2, S3, S4, S5

---

**Gerontopsychiatrie** Behandelt werden Patienten, die in der Regel über 60 Jahre alt sind und an psychischen Störungen im Alter erkrankt sind. Hierzu zählen insbesondere auch dementielle Prozesse und depressive Störungen im Alter.

**Stationen:** G1, G2, G3



### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachbereiche

<b>Allgemeine Psychiatrie I</b>	<b>Versorgungsschwerpunkt: Akut- und Notfallversorgung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Spezialstation für Neuropsychiatrie</li><li>▪ Spezialstation für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ.</li></ul>
<b>Allgemeine Psychiatrie II</b>	<b>Versorgungsschwerpunkt: Längerfristige und rezidivierende Erkrankungen, Komorbidität</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Spezialstation für die Behandlung von Patienten mit einer Intelligenzminderung, die an einer akuten psychischen Erkrankung leiden</li><li>▪ Spezialstation für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht (Komorbidität von Substanzabhängigen mit anderen psychischen Störungen)</li></ul>
<b>Allgemeine Psychiatrie III</b>	<b>Versorgungsschwerpunkt: Psychotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Spezialstation: auf der Grundlage der Verhaltenstherapie werden Patienten insbesondere mit depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen behandelt</li></ul>
<b>Suchtmedizin</b>	Behandlung von Patienten, die an der Doppeldiagnose Sucht in Verbindung mit einer Angststörung, Depression oder Persönlichkeitsstörung leiden.
<b>Gerontopsychiatrie</b>	Spezialstation für dementiell erkrankte Menschen in Krisensituationen.

### B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachbereiche

<b>Allgemeine Psychiatrie I-III</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik</li><li>▪ Allgemeinpsychiatrische Ambulanz</li><li>▪ Konsiliar- und Liaisondienst</li></ul>
<b>Suchtmedizin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tagesklinik für Suchtkranke</li><li>▪ Suchtambulanz</li></ul>
<b>Gerontopsychiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gerontopsychiatrische Tagesklinik</li><li>▪ Gerontopsychiatrische Ambulanz</li></ul>



## B-1.5 Top-10 DRG der Fachbereiche

Wir als psychiatrisches Fachkrankenhaus bilden unsere Leistungen nicht in DRG ab.

## B-1.6 Die 5 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachbereiche im Berichtsjahr 2004

### Allgemeine Psychiatrie I

Rang	ICD 10 Nr.	Text	Fallzahl
1	F 20	Schizophrenie	326
2	F 43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	270
3	F 60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	195
4	F 25	Schizoaffektive Störungen	58
5	F 06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	32

### Allgemeine Psychiatrie II

Rang	ICD 10 Nr.	Text	Fallzahl
1	F 20	Schizophrenie	317
2	F 07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	83
3	F 25	Schizoaffektive Störungen	66
4	F 60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	51
5	F 43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	44

### Allgemeine Psychiatrie III

Rang	ICD 10 Nr.	Text	Fallzahl
1	F 43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	43
2	F 33	Rezidivierende depressive Störung	39
3	F 32	Depressive Episode	25
4	F 42	Zwangsstörung	17
5	F 41	Andere Angststörung	13



## Suchtmedizin

Rang	ICD 10 Nr.	Text	Fallzahl
1	F 10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.143
2	F 19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	981
3	F 11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	113
4	F 13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	35
5	F 43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	24

## Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)

Rang	ICD 10 Nr.	Text	Fallzahl
1	F 00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit	128
2	F 06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	88
3	F 01	Vaskuläre Demenz	82
4	F 33	Rezidivierende depressive Störung	65
5	F 20	Schizophrenie	59

### B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/ Eingriffe der Fachbereiche im Berichtsjahr 2004

Da wir als psychiatrisches Fachkrankenhaus keine Operationen/ Eingriffe durchführen, entfallen Angaben für unser Haus.



## **B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

### **B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V**

Da wir als psychiatrisches Fachkrankenhaus keine Operationen/ Eingriffe durchführen, entfallen Angaben für unser Haus.

### **B-2.2 TOP-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung**

Da wir als psychiatrisches Fachkrankenhaus keine Operationen/ Eingriffe durchführen, entfallen Angaben für unser Haus.

### **B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen**

Fallzahlen für 2004

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

**3.225**

Ambulante Ergotherapie

**117**



## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. 2004) Anzahl der beschäftigten Ärzte in Köpfen

Abteilung	insgesamt	in der Weiterbildung	mit abgeschl. Weiterbildung*
Psychiatrie	38	20	18

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis im Fachgebiet

6

Anzahl der Ärzte mit Zusatzqualifikation

12

Allgemeinmedizin

Innere Medizin

Neurologie

Klinische Geriatrie

Psychoanalyse

Psychotherapeutische Medizin

Forensische Psychiatrie (DGPPN)

Naturheilverfahren

Suchtmedizin

\* zusammengefasst für die Gebiete Nervenheilkunde, Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie



## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. 2004)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt*	Prozentualer Anteil			
		der examierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	mit abgeschl. Weiterbildung	mit abgeschl. FH-Studium	Krankenpflegehelfer/In
<b>Psychiatrie</b>	279	86,02 %	12,18 %	1,43 %	0,37 %

\* davon Altenpfleger 4,66 %

\* Heilerziehungspfleger 0,71 %

### Anzahl der Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation

21,86 %

- Praxisanleiter/Mentoren
- Fachfortbildung zur Pflege in der gerontopsychiatrischen Pflege
- Fachfortbildung zur Pflege in der forensischen Pflege
- Absolventen des Stationsleiterlehrgangs

## B-2.6 Übrige Berufsgruppen in Köpfen (Stichtag 31.12. 2004)

Abteilung	Psychologen*	Ergo-therapeuten	Physio-/Bewegungs-therapeuten	Sozial-pädagogen
<b>Psychiatrie</b>	26	29	6	18

\* Davon verfügen 11 über eine Approbation als psychologische Psychotherapeuten.



## C Weitere Daten

Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie fallen nicht unter die Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V (bzw. §§ 137 und 115 sowie 112 SGB V).

Die folgenden Parameter sind etabliert in der psychiatrischen Ergebnisdarstellung.

### C-1 Bettenmessziffern im Pflichtaufnahmegebiet\* (Stichtag 31.12. 2004)

Bereiche	Bettenmessziffer
Psychiatrie	8,84

\*Planbetten auf 10.000 Einwohner des Pflichtaufnahmegebietes; jeweils ohne Tagesklinikplätze, ohne Pflegebereich, u. ä.)

### C-2 Aufnahmedaten (im Berichtsjahr 2004)

#### Aufnahmen im KHG\*-geförderten Bereich

(einschließlich Tageskliniken; jeweils ohne Tagesstätte, abgegrenzten Pflegebereich, MRV-Betten usw.)

Anzahl der Aufnahmen im Krankenhaus (voll- und teilstationär):

5.354

▪Anzahl der Aufnahmen berechnet als Zahl der Aufnahmen auf 100.000 Einwohner des Pflichtaufnahmegebietes im Krankenhaus

1.293,76

▪Prozentualer Anteil der nicht aus dem Pflichtaufnahmegebiet kommenden Patienten

27,54 %

▪Prozentualer Anteil der stationären Erstaufnahmen (die Person kam erstmals zur Aufnahme)

29,34 %

\* KHG = finanziert nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz



<ul style="list-style-type: none"> <li>Prozentualer Anteil der ein- oder mehrfach aufgenommenen Patienten (stationär)</li> </ul>	100 %
<b>davon:</b>	
ein Mal	57,54 %
zwei Mal	20,60 %
drei bis zehn Mal	21,14 %
mehr als zehn Mal	0,72 %

### C-3 Rechtsgrund der Aufnahme (im Berichtsjahr 2004)

#### 1. Aufnahmen pro 100.000 Einwohner des Pflichtaufnahmegebietes

Rechtsgrund	Aufnahmen
Freiwillige Aufnahmen	1.035,91
Betreuungsrecht	110,35
NPsychKG	143,48
Sonstige	4,02

#### 2. Prozentualer Anteil bezogen auf die Gesamtaufnahmen

Rechtsgrund	Prozentualer Anteil
Freiwillige Aufnahmen	80,08 %
Betreuungsrecht	8,53 %
NPsychKG	11,09 %
Sonstige	0,30 %



**C-4 Einweisende Institutionen**  
(Stichtag 31.12. 2004) Mehrfachnennungen möglich

Ärztliche Einweisungen		Nicht-Ärztl. Einweisungen	
	%		%
Allgemeinärzte	29,59	Polizei, Ordnungsamt	8,17
Allgemeinkrankenhäuser	12,73	Angehörige, Bekannte	13,19
Nervenärzte/ Therapeuten	11,33	Betreuer	7,31
Gesundheitsamt	0,55	Patient selbst	49
Notärzte	1,75	Heim	3,99
eigene Ambulanz	4,87	JVA	0,14
fremde Ambulanz	0,24	Begutachtung	0,17
Psychiatrische Krankenhäuser	1,33	Suchtberatung	0,46
heimbetreuende Ärzte	0,35	Psychosozialer Dienst	0,17
sonstige Fachärzte	2,60	Allg. soziale Dienste	0,16
sonstige Ärzte	0,37	Werkstatt für Behinderte	0,22
andere Suchteinrichtung	0,13	Sonstiges	11,65
Psychiatrischer Notdienst	0,09	unbekannt	0,32
primär ohne ärztliche Einweisung	13,23	keine Angaben	5,05
Sonstiges	20,84		
unbekannt	0		
keine Angaben	0		

**C-5 Zuordnung der Patienten zu Behandlungsbereichen in Prozent im Berichtsjahr 2004 (PsychPV)**  
(Jahresmittel aus 4 Stichtagserhebungen)

Bereich	Anzahl Patienten	%	Bereich	Anzahl Patienten	%	Bereich	Anzahl Patienten	%
A 1	115	33,26	S 1	44	12,68	G 1	34	9,71
A 2	27	7,90	S 2	29	8,48	G 2	19	5,43
A 3			S 3			G 3		
A 4	29	8,41	S 4			G 4		
A 5	15	4,42	S 5	1	0,22	G 5		
A 6	18	5,29	S 6	7	2,03	G 6	8	2,17
<b>Summe (100%)</b>		<b>59,28</b>			<b>23,41</b>			<b>17,31</b>



**C-6 Entlassungen (Mehrfachnennungen möglich)**  
(im Berichtsjahr 2004)

Entlassungsart	Absolut	Prozent
Regulär entlassen, verlegt	4226	74,5 %
Entweichung	108	1,9 %
Ausbruch	11	0,2 %
Nachträgliche Entlassung	96	1,7 %
verstorben (natürlicher Tod)	8	0,1 %
verstorben (unklare Todesursache)	2	0,04 %
verstorben (Suizid – auch Ausg./ Urlaub)	2	0,04 %
verstorben (Unfall, Fremdeinwirkung)	1	0,02 %
gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat	998	17,6 %
kurzfristige Rückkehr geplant	31	0,6 %
Keine Angaben	186	3,3 %

Ort	Absolut	Prozent
Altersheim, Altenpflegeheim	279	17,8 %
Psychiatrisches Dauerwohnheim	207	13,2 %
Psychiatrisches Übergangswohnheim	117	7,5 %
Betreutes Wohnen WG / Einzel	322	20,5 %
Heim für Kinder und Jugendliche	43	2,7 %
Entwöhnungsklinik	70	4,5 %
Somatisches Krankenhaus	159	10,1 %
Eigener Reha-/Pflegebereich (RFH)	3	0,2 %
Reha. Einr. (med./beruflich (z.B. RPK	65	4,1 %
Ambulante Ergotherapie	13	0,8 %
Psych. häusliche Krankenpflege	23	1,4 %
Tagesstätte	26	1,7 %
Werkstatt für Behinderte	53	3,4 %
Privatwohnung	191	12,1 %
Keine Angaben	-	-
Sonstige	-	-



## C-7 Entlassungsdiagnosen ICD-10 im Berichtsjahr 2004

### C-7 Entlassungsdiagnosen ICD-10 im Berichtsjahr 2003

(L4 Diagnosestatistik für die jeweilige Fachabteilung, vollstationär behandelte entlassene Patienten)

#### Fachabteilung Psychiatrie

Störungen	Absolut	Prozent
F 0 Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen	545	10,42 %
F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2577	49,28 %
F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	939	17,96 %
F 3 Affektive Störungen	342	6,54 %
F 4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	464	8,87 %
F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	3	0,06 %
F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	332	6,35 %
F 7 Intelligenzminderung	7	0,13 %
F 8 Entwicklungsstörungen	0	0 %
F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	20	0,38 %

### C-8 Pflegesätze

(jahresdurchschnittliche Pflegesätze, ohne Ausgleichs- und Zuschläge)

Basispflegesatz		
vollstationär	01.01.-31.12.2004	61,08 €
teilstationär	01.01.-31.12.2004	54,97 €

Abteilungspflegesatz		
vollstationär	01.01.-31.12.2004	151,17 €
teilstationär	01.01.-31.12.2004	110,08 €



## C-9 Personal

### Gesamtes Krankenhaus nach vereinbarten Budgets in Vollkräften:

Ärzte und Psychologen (gesamt, mit Leitung)	50,75
Pflege- und Erziehungsdienst (gesamt, mit Leitung und Schülern, 1:7)	255,75
Medizinisch-technischer Dienst (mit ärztl. Schreibdienst)	30,35
Funktionsdienst	20,40
Sonderdienst	3,75
Verwaltungsdienst	29,25
Wirtschafts- u. Versorgungsdienst, technischer Dienst, sonstige Dienste, Hauspersonal	72,30
Ausbildungsstätten	4,0
<b>Gesamt</b>	<b>466,55</b>



## SYSTEMTEIL

### D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Unser Krankenhaus ist ein regionales Zentrum für psychische Gesundheit. Es steht Menschen mit seelischen Krankheiten, Störungen und Behinderungen offen. Wir haben es zu unserer Aufgabe gemacht, die bestmögliche Behandlung und Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben im familiären, sozialen und beruflichen Bereich zu erreichen.

Die tragenden Säulen unserer Qualitätspolitik sind die vier Grundelemente Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Führung und Management und Prozessorientierung:

<b>Kundenorientierung</b>	<b>Mitarbeiterorientierung</b>	<b>Führung &amp; Management</b>	<b>Prozessorientierung</b>
Maßstab für unsere Qualität sind die Wünsche und Ansprüche des Kunden bei seiner Aufnahme und sein Gesundheits- und Zufriedenheitszustand bei seiner Entlassung. Erreichte Ergebnisse werden kritisch hinterfragt und Verbesserungsmöglichkeiten entsprechend umgesetzt.	Die Integration aller Mitarbeiter mit ihrem Praxis- und Expertenwissen in Projektarbeiten und Qualitätszirkeln fördert das Verständnis für eine gemeinsame, kontinuierliche Verbesserung der Gesamtorganisation und ihrer Atmosphäre.	Alle Führungskräfte unseres Hauses füllen eine Vorbildfunktion aus. Ein kooperativer und transparenter Führungsstil sowie das konsequente Vorleben der Qualität ist die Grundvoraussetzung für eine gemeinsame Qualitätspolitik und Strategie. Nur so kann der kontinuierliche Verbesserungsprozess erfolgreich umgesetzt werden.	Bestehende Prozesse werden innerhalb der Organisation abgebildet und einer IST-SOLL-Analyse unterzogen. Im Rahmen eines klar organisierten Projektmanagements ergeben sich einzelne Projekte und Verbesserungsmaßnahmen, die zur kontinuierlichen qualitativen Steigerung des Angebotes führen.

**Qualitätsmanagement-System im NLKH Osnabrück**

Die übergeordneten Ziele unseres Hauses sind im Jahr 2001 in einem Leitbild festgehalten worden, das mit insgesamt 10 Unterpunkten ein realisierbares Idealbild beschreibt. Es definiert Ziele, die wir anstreben und denen wir uns verpflichtet fühlen. Jeder Einzelne ist aufgefordert, die im Leitbild formulierten Inhalte zur Grundlage seines Handelns zu machen. In diesem Sinne dient das Leitbild auch als Grundlage bei Planungen, Entwicklungen und Problemlösungen.

Für die Qualitätspolitik und Strategie des NLKH Osnabrück dienen die Aussagen des Leitbildes als Wegweiser. Sie spielen bei der Auswahl qualitätsrelevanter Themen sowie bei der Festlegung der Qualitätspolitik stets eine wichtige Rolle.

Zwei wesentliche Punkte unserer Qualitätspolitik seien hier genannt:

*Patientenorientierung steht im Mittelpunkt unserer Entwicklungen. Eine kontinuierliche Verbesserung in diesem Bereich wird stets Fokus der Qualitätspolitik sein.*

*„Agieren statt reagieren!“ soll als Leitsatz für die Organisation und Entwicklung unseres Qualitätsmanagement-Systems gelten.*



Die Krankenhausleitung bestimmt, in Absprache mit der Qualitätskordinatorin sowie unter Beteiligung der Qualitätskommission, die Qualitätsziele des NLKH Osnabrück. Die Qualitätspolitik und -strategie wird in halbjährlichen Besprechungen der Krankenhausleitung mit der Qualitätskordinatorin sowie mit jeweils drei Vertretern der Qualitätskommission geplant. Die Umsetzung erfolgt im Auftrag der Krankenhausleitung durch die Qualitätskordinatorin sowie die Qualitätskommission.

### **Organisation der Arbeit**

Die Organisations- und Führungsstrukturen des NLKH Osnabrück sind in einem Organigramm festgelegt, in dem die jeweiligen Funktionsträger namentlich aufgeführt sind. Es besteht aus den Geschäftsbereichen

- Ärztlich-therapeutischer Dienst
- Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst und
- Pflege- und Erziehungsdienst.

Darüber hinaus sind die Sonderfunktionen und Stabstellen, wie Personalrat, Frauenbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung, Qualitätsmanagement und die Krankenhauseelsorge abgebildet.

Die einzelnen Geschäftsbereiche sind mit ihren Strukturen und Verantwortlichkeiten jeweils in eigenen Organigrammen dargestellt. Das Organigramm ist für alle Mitarbeiter des NLKH Osnabrück über das Intranet abrufbar. Es wird bei Änderungen in der Organisationsstruktur und der personellen Besetzung unverzüglich aktualisiert. Für die Pflege und Aktualisierung des Organigramms gibt es definierte Verantwortlichkeiten: die Aktualisierung wird von der Verwaltungsdirektion überwacht und veranlasst.

### **Kooperationen**

Im o.g. Pflicht-Aufnahmegebiet befinden sich folgende Einrichtungen:

- 2 Sozialpsychiatrische Dienste
- 22 Facharztpraxen für Psychiatrie mit 25 Fachärzten (Stadt und südlicher Landkreis Osnabrück)
- 6 psychiatrische Abteilungen mit zusammen 448 vollstationären Betten und 58 teilstationären Plätzen
- 6 Wohneinrichtungen für seelisch Behinderte
- 3 Tagesstätten
- Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen
- Über eine Werkstatt für psychisch Behinderte mit vier Abteilungen und einer Selbsthilfefirma ist ein differenziertes Arbeitsangebot für psychisch behinderte Menschen vorhanden.

Zu unseren weiteren Kooperationspartnern zählen:

- **PAR**  
Psychiatrische Arbeitsgemeinschaft in der Region Osnabrück: Zusammenschluss aller wichtigen Partner der psychiatrischen Versorgung in der Region Osnabrück. Die PAR dient der Koordination und Kooperation des psychiatrischen Angebotes, insbesondere auch für Kranke und Schwerkranke.
- **Osnabrücker Verein zur Hilfe für seelisch Behinderte e.V.**  
Der Verein unterstützt psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen in der



Region auf dem Weg zu ihrer Integration in die Gesellschaft.

Dazu gehören:

- Das **Rehabilitationszentrum am Hesselkamp** als Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte mit dem Leistungsangebot der medizinischen, beruflichen und begleitenden psychosozialen Rehabilitation – die medizinische Rehabilitation erfolgt dabei in enger Kooperation u. a. mit der Ergotherapie und weiteren Bereichen unseres Hauses.
- Der **Therapieverbund Psychose und Sucht** für Menschen mit der Doppelbelastung durch Psychose und Suchtkrankheit.
- **Kooperation mit Krankenhäusern**  
Die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern ist vielfältig. So übernehmen Ärzte unseres Hauses den psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst in den umliegenden Häusern. Mit Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bestehen Kooperationsverträge hinsichtlich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in besonderen Fällen. Die Beteiligung an einer gemeinsamen Krankenhausapotheke, die Durchführung von Röntgenuntersuchungen sowie Laboruntersuchungen runden die Zusammenarbeit mit Nachbarkrankenhäusern und Praxen ab.
- **Ergotherapieschule Osnabrück e.V. ETOS**  
Eine enge Kooperation besteht mit der ETOS Ergotherapieschule – eine der renommiertesten Ergotherapieschulen Deutschlands. Nach einer theoretischen und praktischen Vorbereitung absolvieren die Schüler in der Regel die Hälfte ihrer praktischen Ausbildung in unserem Hause. Die Auseinandersetzung mit den Fragen der Schüler und ihren Anregungen ist für unsere Ergotherapeuten eine Gelegenheit, die therapeutische Praxis zu reflektieren.
- **Universität Osnabrück**  
Das Niedersächsische Landeskrankenhaus ist durch einen Kooperationsvertrag eng mit dem Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Osnabrück verbunden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit in Lehre und Forschung. Darüber hinaus bestehen auch mit anderen Fachbereichen der Universität Verbindungen. Gemeinsam mit dem Fach Kunst und Kunstpädagogik der Universität wird die kunsttherapeutische Arbeit im Landeskrankenhaus begleitet.
- **Fachhochschule Osnabrück**  
Studenten der Fachhochschule Osnabrück aus den Studiengängen Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Pflegewissenschaft und Krankenhauspflagemanagement absolvieren in unserem Krankenhaus ihr Praxissemester in unterschiedlichen Bereichen. Dabei lernen die Studierenden durch problem- und prozessorientiertes Arbeiten spätere Berufs- und Handlungsfelder kennen. Sie bereiten sich praxisnah auf zentrale Studieninhalte des Hauptstudiums vor.



## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Eine klar strukturierte Organisation und Kommunikation des Qualitätsmanagements ist die Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Qualitätsmanagementzyklus. Das Qualitätsmanagement unterstützt als fest etablierte Einrichtung die kontinuierliche Weiterentwicklung des NLKH Osnabrück.

Die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Krankenhausleitung. Bereits 1998 wurde als Stabstelle der Krankenhausleitung eine hauptamtliche Qualitätsmanagementkoordinatorin benannt. Seit 2003 wurde daneben eine weitere Vollzeitstelle für den Bereich Qualitätsmanagement Pflege geschaffen und die Vollzeitstelle im Qualitätsmanagement um eine weitere Teilzeitstelle (0,25) ergänzt worden. Das Aufgabengebiet und die Befugnisse der Mitarbeiterinnen des Qualitätsmanagement sowie die Strukturen und die Organisation des Qualitätsmanagement-Systems sind in einem Konzept schriftlich niedergelegt.

Seit der Einführung 1995 wurden die Organisationsstrukturen des Qualitätsmanagements durch regelmäßige Evaluation im Laufe der Jahre überarbeitet. Die erste Arbeitsgruppe zum Thema Qualitätsmanagement, die spätere Qualitätskommission, gründete sich im Mai 1995 aus einer Gruppe von Mitarbeitern des ärztlichen und therapeutischen Dienstes. Noch im selben Jahr wurde die Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Dienst vereinbart. Seit 1998 ist auch der Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst in der Gruppe vertreten, so dass ein multiprofessionelles Team entstanden ist.

Die Qualitätskommission trifft sich alle 4 Wochen, die Moderation übernimmt dabei die Qualitätsmanagementkoordinatorin.

#### Krankenhausleitung

Die inhaltliche Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der **Krankenhausleitung**. Sie übernimmt folgende Aufgaben:

- Richtungsweisung durch Qualitätspolitik
- Zuweisung von Verantwortlichkeiten
- Bereitstellung von Mitteln und Ressourcen
- Hilfestellung bei der Umsetzung von Gruppenergebnissen
- Beschluss zur Umsetzung von Gruppenergebnissen
- Motivation der Beschäftigten
- Vorbildfunktion

#### Qualitätsmanagementkoordination

Die Qualitätsmanagementkoordination erfolgt durch die **Qualitätsmanagementkoordinatorin** bzw. Qualitätsmanagementkoordinatorinnen. Die Stelle ist als Stabsstelle zur Krankenhausleitung konzipiert. Sie ist nicht in die Hierarchie eingebunden sondern hat eine beratende Funktion. Die Qualitätsmanagementkoordination ist für die berufsgruppenübergreifende Organisation des Qualitätsmanagement verantwortlich. Da die Be-



rufsgruppe der Pflegenden den größten Anteil am Mitarbeitern im Hause darstellt ist hierfür eine gesonderte Stelle eingerichtet worden – Qualitätsmanagement Pflege.

Aufgaben der berufsgruppenübergreifenden Qualitätsmanagementkoordination des Qualitätsmanagements Pflege:

Qualitätsmanagement-Koordination	Qualitätsmanagement-Pflege
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Begleitung des QM Zyklus</li><li>▪ Erhebung der Ist-Situation und Identifikation qualitätsrelevanter Themen</li><li>▪ Identifikation von `Verbesserungspotenzialen` und `Stärken` der Organisation</li><li>▪ Konzeptentwicklung und Konzeptumsetzung (Qualitätsstrategie, Zielplanung)</li><li>▪ Erarbeitung von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren</li><li>▪ Kontinuierliche Anpassung des Qualitätsmanagementsystems an aktuelle, gesetzliche Anforderungen</li><li>▪ Beratung und Koordination von Projektgruppen und Qualitätszirkeln</li><li>▪ Moderation und pädagogische Begleitung der Projektgruppen und Qualitätszirkel</li><li>▪ Information und Beratung der Krankenhausleitung über aktuelle Entwicklungen zum Thema „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“</li><li>▪ Information der Mitarbeiter über aktuelle Aktivitäten im Qualitätsmanagement</li><li>▪ Motivation der Mitarbeiter zum Qualitätsmanagement</li><li>▪ Fortbildungen zum Thema Qualitätsmanagement</li><li>▪ Jährliche Berichterstattung bzw. Koordination der Berichterstattung über die Entwicklungen des Qualitätsmanagements</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aufbau von Qualitätsmanagementstrukturen im Pflegebereich, entsprechende Unterstützung des „allgemeinen“ Qualitätsmanagements</li><li>▪ Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches für den Pflegebereich</li><li>▪ Entwicklung und Aktualisierung pflegerischer Behandlungskonzepte anhand neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse</li><li>▪ Bereichsübergreifende Koordination und Unterstützung der Linienfunktionen bei der Weiter- und Neuentwicklung von Standards</li><li>▪ Entwicklung und praxisnahe Umsetzung bzw. Anwendung von Instrumenten zur Personalentwicklung im Pflegedienst</li><li>▪ Analyse von Schwachstellen im Hinblick auf Planungs- &amp; Organisationspraktiken sowie die Erarbeitung entsprechender Lösungen, konzeptuelle Arbeit</li><li>▪ Moderation und pädagogische Begleitung der Projektgruppen und Qualitätszirkel</li><li>▪ Bedarfsgestützte und systematische Beratung, Begleitung und Fortbildung</li><li>▪ Unterstützung und Koordination der Autoren aus dem Pflegebereich zur Erstellung des Qualitätsberichtes und des Selbstwertungsberichtes</li></ul>

### Qualitätskommission

Die **Qualitätskommission** ist eine multiprofessionell besetzte Gruppe von Repräsentanten des Hauses. Die Vertreter gehören überwiegend der 2. Führungsebene an. Die aktuelle Besetzung ist jeweils im Intranet veröffentlicht oder kann bei der Qualitätsmanagementkoordinatorin nachgefragt werden.

Die Qualitätskommission trifft sich alle 4 Wochen für 2 Stunden und setzt sich aus folgenden Vertretern zusammen: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Psychologischer Dienst, Sozialdienst, Technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Wirtschaftsdienst, Frauenbeauftragte, Personalrat, Qualitätsmanagementkoordinatorin, Qualitätsmanagement Pflege.

Aufgaben der Mitglieder der Qualitätskommission:

- Begleitung der Schritte des QM-Zyklus



- Identifikation von qualitätsrelevanten Themen
- Beratung zu Themenschwerpunkten für Projekte und Qualitätszirkel
- Entgegennahme und Bewertung von Gruppenergebnisse
- Beratung der Krankenhausleitung hinsichtlich Umsetzungsentscheidung
- Beratung und Unterstützung einzelner Projektgruppen und Qualitätszirkel
- Informationsweitergabe an die jeweilige Berufsgruppe über aktuelle Aktivitäten im Qualitätsmanagement

### **Arbeits- und Projektgruppen**

Arbeits- und Projektgruppen bilden sich je nach Bedarf und setzen sich personell entsprechend der zu behandelnden Thematik zusammen. Sie werden, falls gewünscht, durch eigens ausgebildete Moderatoren oder die Qualitätsmanagementkoordinatorin begleitet. Die Gesamtkoordination der Projekte erfolgt durch die Qualitätskommission. Entscheidungsbefugnisse liegen jeweils bei der Krankenhausleitung. Im Jahr 2000 haben insgesamt 5 Kolleginnen und Kollegen eine Grundausbildung zum Thema „Moderation“ erhalten.

### **EFQM Assessoren**

Auch die Fortbildung zum EFQM Assessor haben 15 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich abgeschlossen. Zu den Themen „Qualitätsmanagement“, „Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen“, „Selbstbewertung anhand des EFQM Modells“ und „Zertifizierung“ ist eine umfangreiche Schulung erfolgt. Hausintern wird dieses Wissen zur Erstellung von Qualitätsberichten aber auch im Rahmen der Selbstbewertungen genutzt.

## E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Der Crosswalk bildet die Grundlage unseres Qualitätsmanagements. Durch Soll-Ist-Vergleiche anhand der jährliche Qualitätsberichte und Selbstbewertungen, weiteren Erhebungen z.B. der BADO Daten und durch Anregungen von Patienten und Mitarbeitern werden Stärken und Verbesserungsbereiche des Hauses identifiziert. Hieraus werden Verbesserungsmaßnahmen und Projekte abgeleitet und Prioritäten gebildet. Ein strukturiertes Projektmanagement und der gezielte Einsatz von Methoden werden konsequent genutzt und eingesetzt. Aus der Prioritätenbildung wird durch die Krankenhausleitung eine Jahresplanung abgeleitet. Die Qualitätsmanagementkoordinatorinnen und die Qualitätskommission haben beratende Funktion und erarbeiten die Vorgehensweisen und entwickeln entsprechende Projektpläne. Verbesserungen werden dementsprechend umgesetzt und Projekte durchgeführt. Die Projekte werden regelmäßig evaluiert.

Die Arbeitsweise im Qualitätsmanagement wird auf unterschiedlichen Ebenen reflektiert und bei Bedarf überarbeitet:

- durch Rückmeldungen der Krankenhausleitung,
- in den monatlichen QM-Teamsitzungen,
- zwei mal jährlich in der Qualitätskonferenz der Krankenhausleitung mit der Qualitätsmanagementkoordination und Vertretern der Qualitätskommission.

Da die Selbstbewertung anhand des Qualitätsberichtes einen wichtigen Schritt im Qualitätsmanagement – Zyklus darstellt, wurden 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen zu EFQM-Assessoren ausgebildet. Diese Ausbildung bildet eine gute Grundlage in der Arbeit mit unterschiedlichen Bewertungssystemen im Qualitätsmanagement, so dass die EFQM Assessoren auch eine Selbstbewertung nach KTQ vornehmen können. Jeweils 5-7 EFQM-Assessoren führen die Selbstbewertung durch. Zu den Aufgaben der Assessoren gehört es zunächst den Selbstbewertungsbericht zu lesen, dann eine Ersteinschätzung vorzunehmen und anschließend sich in der Gruppe auf eine Bewertung zu einigen. Des weiteren erarbeitet die Gruppe der Assessoren Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen. Eine aktuelle Liste der EFQM-Assessoren befindet sich im Intranet.

### Selbstbewertung 2003

Auf der Grundlage des Qualitätsberichtes 2002 wurde Ende 2003 eine umfassende und systematische Überprüfung aller Tätigkeiten und Ergebnisse des NLKH Osnabrücks mittels einer definierten Vorgehensweise durchgeführt. Der Qualitätsbericht entsprach dem Aufbau des KTQ<sup>®</sup>-Kataloges und griff die hier aufgeführten Inhalte schwerpunktmäßig auf. Ergänzt wurde der Bericht im Hinblick auf unseren Crosswalk durch relevante EFQM-Kriterien. Die Bewertung wurde durch geschulte Assessoren des NLKH Osnabrück vorgenommen.

Die Selbstbewertung diente dazu, die Stärken und zentralen Verbesserungsbereiche des NLKH Osnabrücks klar zu identifizieren. Ergebnis war eine detaillierte Bewertung aller Kategorien des Qualitätsberichtes und ein daraus abgeleiteter Katalog mit Verbesserungsmaßnahmen. Die Maßnahmen wurden mit Handlungsprioritäten belegt und entsprechende Verbesserungsprojekte initiiert – wie sie im Hinblick auf eine KTQ<sup>®</sup>-Zertifizierung mit einem vollständig erfüllten PDCA-Zyklus gefordert werden. Einige Beispiele für initiierte Projekte: Nutzung der Prozessbeschreibungen der Elektroni-



schen Patientenakte aus 2002, Stellenbeschreibungen Pflegedienst, Erstellung einer Krankenhausbroschüre, Formularmanagement.

Eine weitere Selbstbewertung findet im April 2005 auf der Grundlage des Selbstbewertungsberichtes 2004 statt, der auf der Basis des Qualitätsberichtes 2002 alle KTQ®-Fragestellungen sowie relevante EFQM-Kriterien beinhaltet.

### **Mitarbeiter- und Patientenbefragung**

Im Februar und März 2003 beteiligte sich das NLKH Osnabrück an einer Mitarbeiter- und Patientenbefragung, die in allen zehn Niedersächsischen Landeskrankenhäusern durchgeführt wurde. Dem Projekt liegt der so genannte Mitarbeiter-Patientenorientierungsansatz (MPO) von Univ-Prof. Dr. André Büssing, Technische Universität München, zugrunde. Mit der Wahl dieses MPO-Ansatzes wird das Anliegen des QM-Prozesses nochmals unterstützt, nachhaltige Patientenorientierung auch durch eine systematische und wirksame Mitarbeiterorientierung zu gewährleisten.

Die Ergebnis-Präsentation fand im April 2004 statt. Eine Bearbeitung der Ergebnisse wurde durch die Qualitätskommission vorgenommen, die auf Grundlage der Ergebnisse der MPO-Befragung einen Maßnahmenkatalog mit konkreten Verbesserungsvorschlägen erstellt hat.

## **E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V**

Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie fallen nicht unter die Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 SGB V (bzw. §§ 137 und 115 sowie 112 SGB V).

Grundsätzlich erfüllt das NLKH Osnabrück die in SGB V §135a ff geforderten Leistungen. Differenziertere inhaltliche und zeitliche Ziele, sind dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK Juni 1999) zu entnehmen.

Kernmodul der Basis- und Ergebnisdokumentation für die interne und externe Qualitätssicherung in psychiatrischen Fachkrankenhäusern bildet die von den psychotherapeutischen Fachgesellschaften erarbeitete Psychiatrische Basisdokumentation (Psy-BADO). Für die interne Qualitätssicherung werden im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück folgende Daten systematisch erfasst:

Aufnahmebogen:

- administrative und soziographische Daten
- Aufnahmemodalitäten
- Sozialanamnese
- Krankenvorgeschichte
- Status bei Aufnahme

Entlassungsbogen:

- Behandlungsdaten (pharmakologische Behandlung, somatische Behandlungsformen, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Körperorientierte Behandlung, Diagnostik)
- Entlassungsmodalitäten
- Status bei der Entlassung.



Die entsprechenden Merkmale werden anhand der BADO-Auswertung regelmäßig vierteljährlich in der Klausurbesprechung der Leitenden Ärzte diskutiert. Soweit Abweichungen festgestellt werden, werden Schlüsse (Besprechung mit den Mitarbeitern, Veränderung von Rahmenvorgaben) daraus gezogen.

Die erhobenen Daten werden darüber hinaus auf Anfrage einzelner Abteilungsleiter ausgewertet und für die Planung berücksichtigt. Das Controlling arbeitet mit einer monatlichen Auswertung im Hinblick auf die Belegung des Hauses.

Im Suchtbereich erfolgte eine spezifische Auswertung der erfassten Daten zu den sog. „Drehtür-Patienten“ (Patienten, die immer wieder stationär in unserem Hause aufgenommen werden). Es wurde dabei zunächst die Anzahl der Aufnahmen, die Wohn- und Lebenssituation (allein lebend, Beruf, Wohnheim, etc.) und ob eine Betreuung vorliegt anhand der BADO erfasst. Diese Auswertung bildete die Grundlage für eine strategische Ausrichtung des therapeutischen Handelns für diese Patientengruppe. So ist geplant, im Rahmen der Institutsambulanz ein spezielles Angebot für diese Patientengruppe zu entwickeln – für das erste Quartal 2005 ist die Eröffnung einer suchtmmedizinischen Ambulanz geplant.

Zudem ist mit der abschließenden Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych. PV) im Jahr 1995 ein entscheidender Schritt in Sachen Qualitätssicherung getan worden, denn sie legt die notwendige Personalausstattung in bezug auf das Behandlungsangebot genau fest.

Zusätzlich hat die „Aktion psychisch Kranke e.V.“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Projekt ins Leben gerufen, welches sich mit dem Thema „Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken“ beschäftigt hat. Ergebnis ist der „Leitfaden zur Qualitätssicherung in psychiatrischen Kliniken“. Er beschreibt Qualitätsanforderungen und die Bereiche, in denen diese Anforderungen umgesetzt werden sollen. Neben den gesetzlichen Vorgaben und den Vorgaben der GMK dient der Leitfaden als ein Element unseres Qualitätsmanagements.

Darüber hinaus hat das NLKH Osnabrück an einem durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Freiwillige Krankenhausvergleiche mit der DGPPN-BADO zur externen Qualitätssicherung in der Psychiatrie“ teilgenommen. Ziel dieses Projektes ist die Entwicklung und Erprobung von Verfahren, um eine vergleichende Qualitätssicherung auf der Basis geeigneter Daten und angemessener methodischer Verfahren zu erreichen. Der Ergebnisbericht liegt Anfang 2004 vor.

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

### Projekt: Reorganisation des Aufnahmeprozesses im Funktionsbereich Suchtmedizin 2003

**Projektbeschreibung:** Im Rahmen der Projektarbeit soll der Aufnahmeprozess im Suchtbereich, unter Einbezug aller beteiligten Funktionsbereiche optimiert werden.

**Projektziel und -ergebnisse:** Der Aufnahmeprozess des Suchtbereiches liegt in visualisierter Form vor und kann bei den verantwortlichen Bereichsleitungen, den Projektteilnehmern sowie beim Qualitätsmanagement eingesehen werden. Im Sommer 2003 stellt sich nach einer Analyse der Wartezeiten heraus, dass diese bei ca. einer Woche liegen. Es besteht die Auflage möglichst rasch freie Betten zu belegen, Patienten auf der Warteliste werden telefonisch über freie Plätze informiert. Für die Stationen S2 – S5 besteht die Möglichkeit der Direktaufnahme.

### Projekt: Optimierung der Pflegedokumentation 2003

**Projektbeschreibung:** Das Projekt „Optimierung der Pflegedokumentation“ wurde initiiert, nachdem eine stichprobenartige Qualitätsüberprüfung der Dokumentation qualitative Mängel in der Pflegedokumentation nachgewiesen hat. Der Auftrag zur Erstuntersuchung beinhaltete die Vorgabe, ein standardisiertes Analyseinstrument zu entwickeln, mit dem der tatsächliche Ist-Zustand erhoben werden kann. Die Ergebnisse dienten im Jahr 2003 als Ausgangspunkt für gezielte optimierende Maßnahmen. Eine schriftliche Mitarbeiterbefragung ergänzte die Analyse, um zusätzlich zu ermitteln, wie die Mitarbeiter die Situation einschätzen und welche Verbesserungsmöglichkeiten sie vorschlagen.

**Projektziel und -ergebnisse:** Insgesamt sind 424 Pflegedokumentationen gesichtet und beurteilt worden. 56% aller im Pflegedienst tätigen Mitarbeiter haben sich zusätzlich an der schriftlichen Befragung beteiligt. Die Auswertungen haben Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen der Pflege aufgezeigt. Die eingeleiteten Maßnahmen beziehen sich entsprechend nicht ausschließlich auf die Dokumentation sondern auch auf die Organisation der Pflege.

### Projekt: MPO-Befragung

**Projektbeschreibung:** Im Februar 2003 hat sich das NLKH Osnabrück an einem Projekt aller Niedersächsischen Landeskrankenhäuser beteiligt: mit Unterstützung der TU München wurde eine umfassende Mitarbeiter- und Patientenbefragung durchgeführt. Die Präsentation der Ergebnisse erfolgte im April 2004.

**Projektziel und -ergebnisse:** Ziel der Befragung war es, mit den Ergebnissen zu arbeiten und damit die Patientenversorgung zu verbessern und die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen. Die Qualitätskommission wurde von der Krankenhausleitung beauftragt, aus den Ergebnissen mögliche Maßnahmen abzuleiten. Im Juni 2004 befasste sich die Qualitätskommission mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung (s.u.), für März 2005 ist gleiche Vorgehensweise mit der Patientenbefragung geplant.

### Projekt: Leitbild-Poster 2004

**Projektbeschreibung:** April 2004 startete als ständige Ausstellung die Leitbild-Poster-Aktion. An zentralen Stellen des Hauses hängen Poster zu den verschiedenen Leitbildthemen aus. Alle sechs Wochen werden die Poster gewechselt. Jeder Leitbildinhalt wird jeweils in Kurzform vorgestellt und mit einem Beispiel aus der Praxis hinterlegt.

**Projektziel und -ergebnisse:** Diese Posterausstellung soll dazu dienen, die Vernetzung zwischen dem Leitbild und der Praxis darzustellen, indem konkrete Umsetzungen und Praxisbeispiele dargestellt werden

### Projekt: Selbstbewertungsbericht 2003/2004

**Projektbeschreibung:** Auf der Grundlage des Qualitätsberichtes 2002 wurde der Selbstbewertungsbericht 2003/2004 erstellt. Dieser Bericht umfasst alle Fragestellungen des KTQ<sup>®</sup>-Manuals ergänzt um relevante EFQM-Kriterien.

**Projektziel und -ergebnisse:** Eine vollständige Übersicht über das NLKH Osnabrück im Sinne aller KTQ<sup>®</sup>-Fragestellungen sollte geschaffen werden, als Basis einer erneuten Selbstbewertung sowie als erste Vorbereitung für eine eventuelle KTQ<sup>®</sup>-Zertifizierung.



### Projekt: Krankenhausbroschüre 2003/2004

- Projektbeschreibung:** Im Dezember 2003 startete das Projekt Krankenhausbroschüre: Die strukturelle, inhaltliche und konzeptionelle Gestaltung erarbeitete eine Arbeitsgruppe. Design, Photos und Druck wurden von einer Agentur übernommen.
- Projektziel und -ergebnisse:** Mit einer Informationsbroschüre soll Patienten, Besuchern und auch Mitarbeitern ein Überblick über die therapeutischen Möglichkeiten und die Geschichte des Krankenhauses gegeben werden. Daneben soll sie einen Überblick über die Lage der Gebäude und die unterschiedlichen Berufsgruppen geben. Der Termin für die Fertigstellung und Veröffentlichung der Krankenhausbroschüre ist April 2005.

### Projekt: Kernteam „Formulare“

- Projektbeschreibung:** In Folge des Projektes „Elektronische Patiententakte“ wurde das Kernteam „Formulare“ gebildet. Seit Juli 2004 arbeitet diese AG daran, für das NLKH Osnabrück ein einheitliches, verbindliches Formularwesen für das gesamte Haus zu erarbeiten.
- Parallel wird daran gearbeitet, das Formularwesen durch eine elektronische Lösung zu vereinfachen. Dadurch soll zum Einen den Anwendern das Arbeiten mit den Formularen erleichtert werden. Zum Anderen wird damit eine schnelle und sichere Information zwischen allen am Behandlungs- und Verwaltungsprozess Beteiligten gewährleistet.
- Projektziel und -ergebnisse:** Ziel des Kernteams „Formulare“ ist es, ein logisches und konsequent organisiertes Formularwesen zu erarbeiten und damit auch die Arbeitsabläufe im Krankenhaus zu optimieren.

### Projekt: Ableitung von Ergebnissen aus der Mitarbeiterbefragung

- Projektbeschreibung:** Am 17. Juni 2004 setzte sich die Qualitätskommission im Rahmen eines ganztägigen Workshops zusammen, um im Auftrag der Krankenhausleitung aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung einen Katalog möglicher Maßnahmen zu erstellen.
- Im Februar 2005 wird sich die Qualitätskommission in gleicher Weise den Ergebnissen der Patientenbefragung widmen.
- Projektziel und -ergebnisse:** Der Katalog ist erarbeitet und der Krankenhausleitung zur abschließenden Priorisierung vorgelegt worden. Erste Maßnahmen sind umgesetzt (z.B. Sprechstunde der Krankenhausleitung, Gesundheitsmanagement).



### Projekt: Angehörigenarbeit im Gerontopsychiatrischen Zentrum

- Projektbeschreibung:** Seit Beginn der Organisationsentwicklung im GPZ wurde der Bedarf für klar strukturierte Angehörigenarbeit immer wieder deutlich. Im Rahmen der Erarbeitung zur Leitlinie „Multiprofessionelle Besprechungen“ wurde die Wichtigkeit des Informationsflusses zwischen Angehörigen und Mitarbeitern nochmals besonders deutlich.
- Projektziel und -ergebnisse:** Um das Ziel einer strukturierten Einbindung von Angehörigen in den Behandlungsprozess zu erreichen, wurde die Leitlinie „Angehörigenarbeit im GPZ“ erstellt, die seit März 2004 freigegeben und eingeführt ist.

### Projekt: Gesundheitsmanagement

- Projektbeschreibung:** Die Krankenhausleitung hat sich Anfang September 2004 darauf verständigt, ein Gesundheitsmanagement einzuführen. Ein erster Schritt war die im Oktober durchgeführte Umfrage zu den Bedürfnissen und Anregungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu diesem Thema. Über 150 Rückmeldungen zeigten das hohe Interesse aller Beschäftigten. Es folgte die Etablierung eines multiprofessionell besetzten Gesundheitszirkels, in dem verschiedene Angebote zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden erarbeitet werden sollen.
- Projektziel und -ergebnisse:** Der Gesundheitszirkel soll verhaltenspräventive Gesundheitsangebote planen und der Krankenhausleitung vorschlagen und die Umsetzung dieser Angebote und Maßnahmen begleiten. Mittlerweile gibt es einen Lauftreff, Nordic Walking, ein Tai Chi-Angebot, etc.

### Projekt: Dokumentationsdurchsicht im Pflegedienst 2004

- Projektbeschreibung:** Im Mai und Juni 2004 wurde eine erneute systematische Erhebung der Pflegedokumentationsqualität durchgeführt. Somit wurden in den Jahren 2002 und 2004 insgesamt 831 Pflegedokumentationen analysiert. Während die Zielsetzung der Ersterhebung darin bestand, einen Ist-Zustand zu ermitteln, ermöglichen nun die Vergleichsdaten aus 2004 den Erfolg der seither umgesetzten Handlungsstrategien zu überprüfen und weitere Maßnahmen zur Verbesserung festzulegen.
- Die Ergebnisse sind ausführlich in verschiedenen Gremien vorgestellt worden. Anschließend wurde in Zielvereinbarungen, die mit jedem Pflegeteam individuell erstellt wurden, festgelegt, wie und in welchem Zeitraum weitere Verbesserungen erreicht werden können.
- Projektziel und -ergebnisse:** Insgesamt hat sich die Dokumentationsqualität enorm verbessert, die Qualität der einzelnen Schritte im Pflegeprozess ist nachweislich gestiegen.



## Projekt: Stellenbeschreibungen im Pflegedienst

Projektbeschreibung: Seit März 2004 beschäftigt sich die Pflegekonferenz intensiv mit dem Thema Stellenbeschreibungen. Gemeinsam wurden in insgesamt drei Arbeitstreffen die Stellenbeschreibungen:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin,
- Fachkraft für psychiatrische Pflege,
- Stationsleitung (Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege),
- Altenpfleger/in,
- Stellvertretende Stationsleitung und
- Heilerziehungspfleger/in erstellt.

Die Stellenbeschreibungen für die Bereichleitungen und für die Stelle „Qualitätsmanagement Pflege“ wurden im Rahmen der Konferenz ebenfalls vorgestellt.

Projektziel und -ergebnisse: Alle Stellenbeschreibungen wurden unter Beteiligung und in direkter Abstimmung mit dem Personalrat erstellt. Mittlerweile haben über 90% aller Mitarbeiter/innen im Pflegedienst eine Stellenbeschreibung.

## Projekt: Fallbesprechungen (Pflegedienst)

Projektbeschreibung: Eine Handlungsstrategie hat sich in Bezug auf die Optimierung der Pflegedokumentation als besonders wirksam erwiesen: Es ist die regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen auf den Stationen, die dies in ihrer Zielvereinbarung gewünscht bzw. festgelegt haben. Im Rahmen der Fallbesprechungen werden vor Ort „reale“ Pflegedokumentationen bearbeitet und evaluiert.

Projektziel und -ergebnisse: Derzeit führen 13 Stationen wöchentliche Fallbesprechungen durch. Die Kolleginnen und Kollegen geben an, dass durch die fachliche Unterstützung Unsicherheiten in der Erstellung eines Pflegeplanes und Formulierungsschwierigkeiten reduziert werden konnten.



## **Aus-, Fort- und Weiterbildung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück**

### **Ärztliche Weiterbildung**

Die leitenden Ärzte des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück sind im Verbund zur vollen Weiterbildung in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie so-wie für die vorgeschriebenen psychiatrischen Anteile in anderen Gebieten ermächtigt. Darüber hinaus ist der Ärztliche Direktor zur berufsbegleitenden Weiterbildung im Bereich Psychotherapie (Methodenschwerpunkt: Verhaltenstherapie) in vollem Umfang ermächtigt. Der leitende Arzt des Gerontopsychiatrischen Zentrums ist ermächtigt zur Weiterbildung in Klinischer Geriatrie in der Psychiatrie und der Psychotherapie sowie als Balintgruppenleiter. Alle Anteile der Weiterbildung werden hausintern und kostenlos angeboten, teilweise in Form der Begleitung der täglichen Arbeit im "learning by doing", teilweise in einem strukturierten Seminar zu den theoretischen Inhalten der Weiterbildung, das in 14-tägigem Abstand mittwochs nachmittags stattfindet.

Wöchentlich findet eine 2-stündige Fortbildungsveranstaltung für Ärzte, Psychotherapeuten und andere interessierte Mitarbeiter statt, die von der Akademie für die ärztliche Fortbildung Niedersachsen akkreditiert ist. Durch Vorträge und anschließende Diskussion mit auswärtigen Referenten werden Themen aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, ihrer Grundlagen und Nachbargebiete behandelt.

### **Bildungszentrum Pflege (BZP)**

Unter dem Dach des Bildungszentrums Pflege ( BZP) sind die staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten "Fachkraft für psychiatrische Pflege" und "Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege" mit ihren internen und externen Angeboten organisatorisch zusammengefasst. Das Fort- und Weiterbildungsangebot des BZP richtet sich an alle interessierten Mitarbeiter der Pflegeberufe in den stationären und ambulanten Einrichtungen im nordwestlichen Niedersachsen und im angrenzenden Nordrhein-Westfalen.

### **Innerbetriebliche Fortbildung ( IBF )**

Die IBF-Angebote werden in Form von Seminaren, Referaten und Vorträgen angeboten, die sich an alle Berufsgruppen und externe Teilnehmerinnen und Teilnehmer richten. Das aktuelle Fortbildungsprogramm ist in einem halbjährlich erscheinenden Katalog zu ersehen.

### **Krankenpflegeschule**

Unsere Krankenpflegeschule verfügt über 75 Ausbildungsplätze und kooperiert im Rahmen der praktischen Ausbildung mit Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens der Stadt und Region Osnabrück. Das Krankenpflegegesetz vom 16.07.2003 und die entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bilden den gesetzlichen Rahmen für die Ausbildung der ca. 25 Schülerinnen und Schüler, die derzeit jährlich ihre Ausbildung im



Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück beginnen. Jeder der insgesamt drei Kurse wird von einer Kursleitung intensiv begleitet und betreut. Die Ausbildung dauert drei Jahre und beinhaltet 2500 Stunden Praxis und 2100 Stunden Theorie. Der Unterricht erfolgt im Blocksystem und an Studientagen. Grundlage für die theoretische Ausbildung ist ein fächerintegratives Spiralcurriculum, das in besonderer Form die Lernfeldorientierung und somit die Theorie-Praxisvernetzung in den Vordergrund stellt.



## G Weitergehende Informationen

### Verantwortlich für den Qualitätsbericht

Der vorliegende Bericht wurde erstellt in Verantwortung der Krankenhausleitung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück

unter Mitwirkung von:

- Dagmar Leigers (Controlling)  
[Dagmar.Leigers@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de](mailto:Dagmar.Leigers@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de)
- Verena Mack M.A. (Qualitätsmanagement)  
[Verena.Mack@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de](mailto:Verena.Mack@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de)

### Weitere Ansprechpartner

Funktionsbereich	Ärztliche Leitung	Pflegerische Leitung
Allgemeine Psychiatrie I	Dr. Claus Witte <a href="mailto:Claus.Witte@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Claus.Witte@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>	Renko Janßen <a href="mailto:Renko.Janßen@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Renko.Janßen@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>
Allgemeine Psychiatrie II	Klaus Winkelmann <a href="mailto:Klaus.Winkelmann@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Klaus.Winkelmann@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>	Frank Kriete <a href="mailto:Frank.Kriete@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Frank.Kriete@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>
Allgemeine Psychiatrie III	Dr. Uwe Kinzel <a href="mailto:Uwe.Kinzel@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Uwe.Kinzel@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>	Heike Rautenberg <a href="mailto:Heike.Rautenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Heike.Rautenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>
Suchtmedizin	Uwe Schwichtenberg <a href="mailto:Uwe.Schwichtenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Uwe.Schwichtenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>	Renko Janssen <a href="mailto:Renko.Janßen@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Renko.Janßen@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>
Gerontopsychiatrie	Dr. Hans-Christian Thuberg <a href="mailto:Hans-Christian.Thuberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Hans-Christian.Thuberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>	Heike Rautenberg <a href="mailto:Heike.Rautenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de">Heike.Rautenberg@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de</a>

### Links/ Verweise

- Unsere Internetpräsentation findet sich unter [www.psychiatrie-osnabrueck.niedersachsen.de](http://www.psychiatrie-osnabrueck.niedersachsen.de)
- Seit April 2005 ist eine umfassende Informationsbroschüre des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück erhältlich.
- Es besteht die verselbstständigte Abteilung für Forensische Psychiatrie unter der Ärztlichen Leitung von Otmar Binder und der Pflegerischen Leitung von Frank Kriete.



## **Lage und Verkehrsanbindung**

Durch die Nähe zur Osnabrücker Innenstadt verfügt das Krankenhaus über eine sehr gute Verkehrsanbindung. Das NLKH Osnabrück ist direkt an das Stadtbus-Verkehrsnetz angeknüpft: eine Haltestelle „Landeskrankenhaus“ steht direkt am Gelände des Hauses für Stadtbusnutzer zur Verfügung. Vom Hauptbahnhof aus ist das Krankenhaus mit dem Bus ohne umsteigen zu müssen innerhalb von 10 Minuten, vom Bahnhof Hasetor auch gut zu Fuß in wenigen Minuten erreichbar. Auf unseren Internetseiten ist eine detaillierte Anfahrtsbeschreibung für die Anfahrt per PKW, Bus und Bahn mit entsprechenden Stadtplanausschnitten und Wegbeschreibungen für Patienten und Besucher auch von außerhalb vorhanden.

Für die leichtere Orientierung auf dem Gelände steht ein Lageplan für das gesamte Krankenhaugelände mit allen Gebäuden, Hausnummern und entsprechender Bezeichnung der Gebäude zur Verfügung. Das Krankenhaugelände selbst ist mit Wegweiser ausgestattet, die ein leichtes Auffinden der entsprechenden Gebäude und Stationen ermöglichen. Bezeichnungen von Gebäuden und Stationen sind jeweils vor den Gebäuden und in den Eingangsbereichen durch entsprechende Beschilderung gut kenntlich gemacht.

## **Betriebsteile**

Die Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück befindet sich in der Knollstraße 29.

Das Gerontopsychiatrische Zentrum, die Gerontopsychiatrische Tagesklinik sowie die Stationen P1 und A4 des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück befinden sich in der Knollstraße 86.

## **H Entwicklungsperspektiven des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück**

Durch die konsequente Fortsetzung der bisherigen Politik kann eine gedeihliche weitere Entwicklung des Krankenhauses erwartet werden. Wichtig ist dabei, auf sich verändernde Bedarfe und Bedürfnisse, die auch zu einer Verschiebung des Spektrums der zu behandelnden Störungen führen, flexibel zu reagieren. Insbesondere ist auch an die Einrichtung weiterer Spezialangebote, etwa für Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu denken.

Durch die Zusammenlegung der Suchtstationen an einen Standort mit einer für den zukünftigen Bedarf angepassten Bettenzahl wird eine Entwicklung fortgeführt, die einen ressourcenschonenden Personal- und Sachmitteleinsatz gewährleistet. Der Verlagerung von bisher erbrachten stationären Leistungen in den ambulanten Bereich wird durch den Aufbau einer Suchtambulanz Rechnung getragen.

Geplant ist eine Erweiterung und Konsolidierung des ambulanten Behandlungsangebotes für Menschen mit Intelligenzminderung und begleitender psychischer Störung. Auch Planungen im Zusammenhang mit einem Allgemeinkrankenhaus der Region, eine „psychiatrisch-medizinische Behandlungseinheit“ (Psychointernistisches Zentrum) einzurichten, werden weiter verfolgt.