

Qualitätsmanagement-Handbuch

gemäß DIN EN ISO 9001:2000

Raphaelsklinik Münster GmbH

Loerstr. 23
48143 Münster

Stand: 15.5.2009

Dieses Handbuch ist Eigentum der Raphaelsklinik Münster GmbH.
Es darf ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung weder vervielfältigt noch an Unbefugte weiter gegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	3
2	Die Raphaelsklinik	4
2.1	Wer wir sind, Einleitung	4
2.2	Was wir leisten, Leistungsspektrum	5
3	Wovon wir uns leiten lassen (Konzernleitbild).....	6
4	Die Krankenhausleitung	7
4.1	Qualitätspolitik	7
4.2	Unsere Führungsgrundsätze	7
4.3	Unsere Mission	8
4.4	Unsere Visionen und unsere Zielsetzungen	9
4.5	Verpflichtung der Leitung.....	10
4.6	Planung des QM Systems	11
4.7	Kundenorientierung	11
4.8	Verantwortung und Befugnis	11
4.9	Managementbewertung	12
5	Aufbau der Klinik.....	13
5.1	Organigramm.....	13
6	Die medizinischen Abteilungen.....	15
6.1	Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie	15
6.2	Chirurgische Klinik I – Allgemein- und Viszeralchirurgie	17
6.3	Chirurgische Klinik II – Koloproktologie	20
6.4	Chirurgische Klinik III - Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie und Endoprothetik.....	22
6.5	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Belegabteilung)	25
6.6	Medizinische Klinik I	28
6.7	Medizinische Klinik II – Gastroenterologie.....	31
6.8	Innere Medizin III / Betriebstättenübergreifende Hämato-Onkologische Abteilung	33
6.9	Neurologie (Belegabteilung)	35
6.10	Radiologie und Nuklearmedizin	37
6.11	Urologie (Belegabteilung)	40
7	Pflege.....	43
7.1	Pflegeleitbild	43
7.2	Kurzzeitpflege	45
7.3	Ambulanter Pflegedienst.....	46
7.1	Ernährungsteam	48
7.2	Wund- und Stoma Therapie.....	49
7.4	Zentralschule für Gesundheitsberufe.....	51
8	Weitere Bereiche mit unterstützenden Prozessen.....	52
8.1	Arbeitssicherheit	52
8.2	Hygiene.....	52
8.3	Küche.....	53
8.4	Labor.....	53
8.5	Zentrale Sterilgut Versorgungsabteilung (ZSVA)	53
8.6	Physiotherapie	54
8.7	Seelsorge.....	54
8.8	Klinisches Ethikkomitee	55
8.9	Sozialdienst	56
8.10	Technik	56
8.11	Kooperationspartner	56
8.12	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	57
8.13	Zentrale interdisziplinäre Aufnahme (ZiA)	57
9	Die Abläufe in der Raphaelsklinik (Prozessdarstellung)	58
9.1	Leitungsprozesse.....	58
9.2	Unterstützende Prozesse	58
9.3	Kernprozess Patientenversorgung	58
9.4	Kernprozess Mitarbeitergewinnung und -qualifizierung.....	61
10	Wie wir Qualität gewährleisten (QM-System)	63
10.1	Aufbau und Geltungsbereich des QM-Systems	63
10.2	Ziele des Qualitätsmanagements	63
10.3	Qualitätsverbesserungszyklus	63
10.4	Dokumentation.....	64
11	Abkürzungen	65

1 Vorwort

Mit diesem QM-Handbuch informieren wir Sie über unsere Klinik und ihre einzelnen Bereiche. Es enthält die Unterlagen, die für eine Zertifizierung nach der Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2000 notwendig sind. Zu diesem Handbuch gehören Anlagen und weitere Dokumente, die bereichsintern den Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung stehen. Sowohl das Handbuch als auch die zugehörigen Anlagen und Dokumente sind für alle Mitarbeiter der gesamten Raphaelsklinik verbindlich.

Dieses Handbuch tritt am 15. Mai 2009 in Kraft.

Die Mitarbeiter der Klinik stehen Ihnen gerne für weitere Informationen zur Verfügung.

Die Betriebsleitung der Raphaelsklinik Münster GmbH



Sr. Reginfrieda
(Oberin)



H. Hagmann
(Geschäftsführung)



M. Fehrenkötter
(Pflegedirektor)



PD Dr. med. Möllenhoff
(Ärztlicher Direktor)



S. Kentrup
(Verwaltungsdirektor)

2 Die Raphaelsklinik

2.1 Wer wir sind, Einleitung

Als Krankenhaus „im Herzen Münsters“ kommt der Raphaelsklinik eine besondere Bedeutung zu. Kurze Wege zur Innenstadt und zum Bahnhof machen die Klinik für Patienten aus allen Teilen Münsters sowie der angrenzenden Region schnell erreichbar.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts präsentiert sich die Raphaelsklinik als modernes medizinisches Kompetenzzentrum mit 306 Betten und ca. 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Raphaelsklinik ist ein Plankrankenhaus für die medizinische Grundversorgung des Landes Nordrhein-Westfalen und seit 1998 akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Die Raphaelsklinik ist eine Einrichtung der Misericordia GmbH Krankenhaus-trägergesellschaft Münster im Krankenhausverbund mit 3 weiteren Kliniken:

- Clemenshospital GmbH Münster
- Augustahospital Anholt GmbH
- St. Walburga-Krankenhaus Meschede GmbH.

Die Raphaelsklinik hat mit ihrem Ambulanzzentrum frühzeitig ein Angebot für die Bürger der Region geschaffen, mit dem Anspruch, eine umfassende und kompetente Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Idee des Ambulanzentrums besteht darin, eine enge Verzahnung stationärer und ambulater Behandlung zu verwirklichen. Damit hat die Raphaelsklinik Zielsetzungen der Gesundheitspolitik bereits frühzeitig umgesetzt. Im Jahr 2004 wurde als Konsequenz dieser erfolgreichen Entwicklung das Ambulanzzentrum weiter ausgebaut.

Die technische Ausstattung der Raphaelsklinik entspricht dem neuesten Stand. Ein erheblicher Anteil der Investitionen fließt in die Neuanschaffung und Modernisierung medizintechnischer Geräte.

Im Jahr 2002 nahm die Raphaelsklinik nach einer großen Baumaßnahme den markanten Haupteingang zur Loerstraße in Betrieb, der als lebendiger Mittelpunkt des Hauses den offenen und freundlichen Charakter der Raphaelsklinik prägt.

Weitere Umbau- und Sanierungsmaßnahmen zur besseren Versorgung der Patienten in der Raphaelsklinik betreffen die folgenden Bereiche:

- die OP Abteilung wurde von fünf auf sieben Säle erweitert. Hierdurch wird die Kapazität für stationäre und ambulante Patienten erhöht.
- eine völlig neu eingerichtete, moderne Zentralsterilisation zur Aufbereitung der OP-Instrumente gewährleistet ein modernes OP-Management und erfüllt frühzeitig gesetzliche Auflagen.
- eine komplett modernisierte Röntgenabteilung sichert eine geringe Strahlenbelastung bei gleichzeitig optimalen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.
- die Physikalische Therapie sichert durch moderne Geräte den Erfolg der therapeutischen und medizinischen Maßnahmen und rundet den Behandlungsprozess ab.
- Im November 2007 wurde die zentralen interdisziplinären Aufnahme mit integrierter Aufnahmestation in Betrieb genommen
- Im November 2008 wurde die neue Endoskopie in Betrieb genommen.

Die Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen

Die Entwicklung der Raphaelsklinik zum Gesundheitszentrum treiben wir durch die Kooperationen und Zusammenarbeit mit vielen Partnern aktiv voran. Die drastischen Änderungen im Gesundheitswesen stellen auch für uns eine ständige Herausforderung dar. Eine Herausforderung, der wir uns im Interesse unserer Patienten auch in Zukunft offensiv und innovativ stellen werden. Bei aller strukturellen, baulichen und technischen Modernisierung möchten wir ausdrücklich betonen: gute Qualität entsteht vor allem deshalb, weil sie von unseren Mitarbeitern getragen wird.

2.2 Was wir leisten, Leistungsspektrum

Seit Dezember 2003 erfolgt die Abrechnung der stationären Patienten in der Raphaelsklinik über Fallpauschalen (DRGs). In den letzten Jahren wurden ca. 10.000 Patienten stationär und ca. 16.000 Patienten ambulant behandelt. Die Hälfte aller stationär behandelten Erkrankungsarten verteilen sich auf die vier Gruppen: Magen-Darm Erkrankungen, Knochen-, Kreislauf- oder Leber-/Bauchspeicheldrüsenerkrankungen. Die detaillierte Leistungsdarstellung erfolgt extern über den Qualitätsbericht (erstmalig veröffentlicht im Juli 2005) sowie intern über die monatlichen Medizin Controlling Berichte.

Die durchschnittliche Verweildauer der stationären Patienten ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken und liegt z.Z. bei 7,2 Tagen. Damit wurde der bundesdeutsche Wert vergleichbarer Fälle um 5% unterschritten. Wir führen die Verweildauerreduktion auf besser abgestimmte Abläufe in Diagnostik und Therapie zurück.

Das Haupteinzugsgebiet mit 65% aller Patienten ist die Stadt Münster, die restlichen Patienten kommen aus den umliegenden Städten und Gemeinden bis hin zum nördlichen Ruhrgebiet.

Die Raphaelsklinik verfügt über die folgenden Fachabteilungen (alphabetische Reihenfolge):

- Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Chirurgie I – Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Chirurgie II – Koloproktologie
- Chirurgie III - Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie und Endoprothetik
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Medizinische Klinik I
- Medizinische Klinik II – Gastroenterologie
- Medizinische Klinik III – Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Radiologie und Nuklearmedizin
- Urologie

Zwischen den verschiedenen Bereichen gibt es zahlreiche interdisziplinäre Kooperationen, besonders ausgeprägt in der zentralen interdisziplinären Aufnahme, auf der Intensivstation, im Zentral-OP, im Darmzentrum sowie auf der interdisziplinären Kurzliegerstation.

Das Leistungsangebot wird abgerundet durch das Angebot:

- Ambulantes Operationszentrum
- Essen auf Rädern
- Häusliche und ambulante pflegerische Versorgung, Pflegeüberleitung
- Seelsorge
- Sozialdienst
- Kurzzeitpflegestation mit 23 Betten
- Umfangreiche physiotherapeutische Maßnahmen
- Verein zur Förderung der Traumatologie und Endoprothetik
- Wund- und Stomatherapie incl. Schulungsangebote
- Ernährungsberatung
- Zentralschule für Gesundheitsberufe in Kooperation mit dem Clemenshospital Münster GmbH, dem Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup GmbH, Alexianer-Krankenhaus Münster GmbH und dem Stift Tilbeck GmbH
- Serviceangebote wie Cafe Raphael (Patientencafeteria), Friseur, Patientenbücherei, med. Fußpflege, Diätberatung

3 Wovon wir uns leiten lassen (Konzernleitbild)

Die Kultur unseres Handelns

Für uns als Krankenhaus steht das Wohlergehen der Patienten selbstverständlich im Mittelpunkt. Die Kultur unseres Handelns ist vor allem geprägt durch:

Unser Verständnis vom Christ sein „Misericordia“ bedeutet „Barmherzigkeit“. Mit der Namensgebung unserer Trägergesellschaft weisen wir auf unsere christliche Handlungsorientierung hin: Wir wollen jedem, der zu uns kommt, ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und gelebter Barmherzigkeit geben. Dabei kommt es uns nicht darauf an, welchen Glauben unsere Patienten haben, woher sie kommen oder welchen sozialen Stand sie haben - jeder wird von uns mit der gleichen Zuwendung behandelt.

Unseren Umgang mit Partnern Unsere Handlungsorientierung gilt nicht nur für Patienten, sondern für die Vielfalt aller Beziehungen mit Partnern, die ein Unternehmen Krankenhaus einget: Wir wollen als faire und verlässliche Partner Vertrauen schaffen und dieses durch unser tägliches Handeln immer wieder bestätigen.

Unsere Mitarbeiterkultur Viele Menschen unterschiedlichster Berufsgruppen arbeiten in unseren Einrichtungen. Unsere Handlungsorientierung verpflichtet uns auf die persönliche Wertschätzung und Respekt gegenüber allen Mitarbeitern. Wir praktizieren deshalb einen kooperativen Führungsstil, der einen vertrauensvollen Umgang miteinander ermöglicht. Unsere Fachkompetenz fordern und fördern wir durch regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Unsere Verantwortung als Krankenhaus Lassen sich christlich geprägtes Handeln und moderne Medizin und Pflege miteinander vereinbaren? In einem konfessionellen Krankenhaus wird die Verbindung dieser scheinbaren Gegensätze sichtbar: Barmherzigkeit bedeutet eben nicht nur, Menschen nach bestem Gewissen, sondern gleichermaßen nach bestem Wissen zu helfen. Deshalb ist ein christliches Krankenhaus zu moderner Medizin und Pflege geradezu verpflichtet. Für uns bedeutet das: Wir versorgen unsere Patienten nach den neuesten Erkenntnissen und Methoden. Die Qualitätsziele der Raphaelsklinik werden im Rahmen des internen Qualitätsmanagements regelmäßig analysiert und bewertet.

4 Die Krankenhausleitung

4.1 Qualitätspolitik

Die Krankenhausleitung der Raphaelsklinik besteht aus dem Geschäftsführer, dem Verwaltungsdirektor, der Krankenhausoberin, der Pflegedirektion und dem ärztlichen Direktor.

Die Krankenhausleitung verpflichtet sich gegenüber Patienten, ihren Angehörigen und/oder Bezugspersonen, den Haus- und Fachärzten sowie allen anderen Vertrags- und Kooperationspartnern die pflegerische, ärztliche und sonstige Versorgung in festgelegter hoher Qualität und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften durchzuführen.

Wir haben unser Leitbild um Führungsgrundsätze ergänzt. Diese Führungsgrundsätze sind Basis für unsere Entscheidungsprozesse und die Zusammenarbeit mit unseren Mitarbeitern.

Wir ermöglichen den Mitarbeitern der Raphaelsklinik die Würde der ihnen anvertrauten Menschen, unabhängig von Herkunft, Glauben, sozialer Stellung und gesellschaftlichem Ansehen zu wahren.

Wir sind uns bewusst, dass Führen von uns planerisches und systematisches Denken und Handeln bei gleichzeitiger aktueller Aufgabenbewältigung unter Berücksichtigung ökonomischer und ökologischer Rahmenbedingungen verlangt.

Ebenso gibt es Akte der Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe und Sorge um den Patienten, die sich im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems nicht immer darstellen lassen, die sich aber verbinden lassen müssen mit der vom Qualitätsmanagement geforderten Professionalität und Kompetenz.

Unsere Bestrebungen sind auf eine für alle Parteien zufrieden stellende und langfristige Zusammenarbeit ausgerichtet. Durch Festlegung unserer Qualitätsziele und deren konsequente Verfolgung wollen wir diese Qualitätspolitik für alle Beteiligten erlebbar machen.

Wir identifizieren uns mit dem Leitbild und den Unternehmenszielen und setzen die Führungsleitlinien um.

4.2 Unsere Führungsgrundsätze

a) Anforderungen erfüllen und Erwartungen übertreffen (Kundenorientierung)

- Wir überprüfen unsere Dienstleistung regelmäßig auf die Erfüllung externer und interner Anforderungen und versuchen, die an uns gerichteten Erwartungen zu übertreffen. Wir bewerten insbesondere die Angemessenheit und Wirksamkeit unserer Führungsarbeit.
- Wir richten unsere Dienstleistung auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Patienten aus. Wir messen die Zufriedenheit der Kunden mit regelmäßigen Befragungen und mit einem geordneten Beschwerdemanagement.
- Wir wahren die Würde der uns anvertrauten Menschen, unabhängig von Herkunft, Glauben, sozialer Stellung und gesellschaftlichem Ansehen.
- Wir nutzen Kritik als Chance, uns weiter zu verbessern.

b) Konstruktiv zusammen arbeiten

- Wir schaffen und erhalten durch einen kooperativen Führungsstil und eine ehrliche, konstruktive Zusammenarbeit ein Umfeld, in dem die Mitarbeiter die gesetzten Ziele und Anforderungen erreichen können.
- Wir beziehen die einzelnen Mitarbeiter sowie die angrenzenden Bereiche in angemessener Form in unsere Entscheidungen mit ein. Wir fördern die Teamarbeit und unterstützen uns gegenseitig.
- Wir verpflichten uns in Sachen Qualität zur Vorbildfunktion.

c) Zielgerichtet arbeiten

- Wir setzen uns selbst messbare Ziele und stellen die Erreichung der Ziele und damit eine ständige Verbesserung durch regelmäßige Messungen sicher.
- Wir treffen wirksame Entscheidungen auf Basis von gesicherten Daten, Nachweisen oder Informationen.

d) Prozesse gestalten, leiten und optimieren

- Wir stellen sicher, dass die Abläufe und Verantwortlichkeiten im Rahmen der Leistungserbringung eindeutig geregelt und bei Bedarf verbessert werden.
- Wir nutzen ein systematisches Kontrollsystem bei der Festlegung und Umsetzung von Maßnahmen. Damit sollen Fehler im Vorfeld vermieden werden.
- Wir bewerten neue wissenschaftliche Erkenntnisse und setzen sie nach sachlicher und ethischer Prüfung in die Praxis um.

e) Mitarbeiter fördern und fordern

- Wir fördern die persönliche und fachliche Weiterbildung unserer Mitarbeiter. Wir vermitteln jedem Mitarbeiter seine Bedeutung in unserer Gemeinschaft und seinen Anteil am Gesamterfolg.
- Wir vermitteln jedem Mitarbeiter seine Verantwortlichkeiten sowie Rechte und Pflichten und achten auf die Umsetzung der Vorgaben. Damit wird unser Handeln nachvollziehbar und das wechselseitige Vertrauen gestärkt.
- Wir stärken das Engagement und die Flexibilität jedes Mitarbeiters und unterstützen eigenverantwortliches, professionelles und zielgerichtetes Handeln.
- Wir fördern die Zusammenarbeit durch Lob und Anerkennung, notwendige Kritik äußern wir in angemessener, konstruktiver Form.

f) Kommunikation und Information als Mittel zur Zielerreichung nutzen

- Wir suchen den Kontakt zu den Mitarbeitern und setzen uns mit den Meinungen und Erwartungen auseinander. Konflikte sprechen wir offen und sachlich an mit dem Ziel, sie zeitnah zu lösen. Durch strukturierte Befragungen lassen wir uns von den Mitarbeitern bewerten.
- Wir versorgen unsere Mitarbeiter mit den Informationen, die für die Aufgabenerfüllung und das Verständnis von den Zusammenhängen und Entscheidungen erforderlich sind.
- Wir vereinbaren klare Regelungen mit unseren Lieferanten und stellen durch Kontrollen eine hohe Qualität der eingekauften Waren und Dienstleistungen sicher.
- Wir informieren durch aktive Öffentlichkeitsarbeit rechtzeitig und umfassend über die Arbeit in unserem Unternehmen.

g) Gesellschaftliche Verantwortung tragen

- Wir stellen uns dem Wettbewerb im Gesundheitswesen und der gesellschaftlichen Verantwortung, in dem wir aktiv am sozialen, karitativen und politischen Geschehen teilnehmen.
- Wir setzen unsere Ressourcen effektiv, effizient und umweltbewusst ein.

4.3 Unsere Mission

Die Raphaelsklinik Münster bietet umfangreiche medizinische Leistungen an. Die Kombination aus hoch qualifiziertem Personal und gleichzeitig modernster medizinischer Infrastruktur machen die Raphaelsklinik zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung in der Münsteraner Region. Aufgrund der zentralen Innenstadtlage ist die Raphaelsklinik die Anlaufstelle für Notfälle jeglicher Art. Kurze Wege zur Innenstadt und zum Bahnhof machen die Klinik für Patienten und Angehörige schnell erreichbar. Die konstant hohe Nachfrage bestätigt, dass die medizinischen Erwartungen der Patienten erfüllt werden.

Für alle am Behandlungsprozess Beteiligten ist es wesentlich, den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen, seinem körperlichen und seelischen Befinden und seiner Einstellung zu Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen. Mit der grundlegenden Überzeugung, dass Krankheit auch Grundlage sein kann, neue Werte zu erkennen und / oder Anpassungsmechanismen zu entwickeln, wollen wir dem Patienten begegnen und ihn begleiten. Dies wird möglich in einer von den Mitarbeitern geschaffenen Atmosphäre, die von Freundlich-

keit und Vertrauen getragen wird sowie von Wertschätzung und Achtung voreinander geprägt ist.

Die Raphaelsklinik ist bekannt für eine familiäre, patientenfreundliche Atmosphäre in einem ansprechenden Umfeld. Die Freundlichkeit des Personals im Umgang mit Patienten, aber auch im Umgang untereinander wird von vielen auch als der „Geist des Hauses“ beschrieben. Die besondere Mitarbeiterkultur ist von allen spürbar.

Neben den medizinischen Basisabteilungen verfügt die Raphaelsklinik über Spezialabteilungen, die auch als überregionale Kompetenzzentren für medizinische Fragen gelten. Seit Anfang 2006 besteht in der Raphaelsklinik Münster der Schwerpunkt Orthopädie. Seit Anfang 2007 ist die Viszeralchirurgie ausgewiesen. Wie regelmäßige Hausarzt- und Einweiserbefragungen bestätigen, haben alle medizinischen Abteilungen eine hervorragende medizinische Reputation.

In den letzten Jahren wurde - durch die Pain Nurse koordiniert - ein Schmerzmanagementsystem in enger Kooperation zwischen der Pflege und der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie interdisziplinär etabliert. Die interdisziplinäre palliativmedizinische Betreuung von unheilbar Kranken wurde in gleichem Rahmen ausgebaut.

Die Raphaelsklinik hat mit der innovativen Einrichtung des Ambulanzentrums und der Ansiedlung niedergelassener Fachärzte auf dem Klinikgelände Versorgungsformen geschaffen, in denen sich ambulante und stationäre Behandlung für den Patienten sinnvoll ergänzen. Dies gilt insbesondere für chronisch kranke Patienten, z.B. mit Herz- oder Nierenerkrankungen, Gerinnungsstörungen oder Diabetes mellitus oder chronischen Schmerzen.

Der Versorgung des „Patienten als Ganzes“ wird besonders berücksichtigt: Bei den Behandlungszentren und interdisziplinären Behandlungsschwerpunkten steht der Patient mit all seinen Beschwerden im Vordergrund, unabhängig von der Fachabteilung oder der Behandlungsart. Bei der Aufnahme des Patienten über die zentrale interdisziplinäre Aufnahme entscheidet im Bedarfsfall ein interdisziplinäres Team zusammen mit dem Patienten über die geeignetste Behandlung.

Falls es erforderlich sein sollte, wird die weitere Versorgung des Patienten für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt durch den klinischen Sozialdienst und die Überleitungspflege vorbereitet.

Die erforderlichen Maßnahmen werden zeitnah und unter Berücksichtigung der Wünsche und Ressourcen des Patienten zum Entlassungszeitpunkt umgesetzt.

Durch die Einführung einer umfassenden, EDV-gestützten Terminplanung (seit Anfang 2007) werden die Termine des Patienten optimal aufeinander abgestimmt.

4.4 Unsere Visionen und unsere Zielsetzungen

Wir wollen die Erwartungen unserer Patienten nicht nur erfüllen, sondern sogar übertreffen. Zur weiteren Verbesserung der Patientenversorgung haben wir u.a. folgende Visionen beziehungsweise Zielsetzungen.

- Wir wollen die „Rundumversorgung“ unserer Patienten weiter optimieren. Dazu wollen wir Behandlungszentren und Schwerpunktstationen bilden. Zusätzlich wollen wir die Kooperationen mit den ambulanten Bereichen und die strukturierte Anschlussversorgung (Pflegeüberleitung) weiter ausbauen.
- Wir wollen auch weiterhin die Erwartungen unserer Patienten erkennen und den intensiven Gedankenaustausch weiter fördern. Durch regelmäßige Patientenseminare wollen wir das Informationsbedürfnis unserer Patienten stillen.
- Die Einbindung der Hausärzte und einweisenden Ärzte in die medizinische Behandlung ihrer Patienten sollen auch durch EDV-technische Verbesserungen sowie verbesserter Informationsaustausch (Arztbriefe, Fortbildungen) noch intensiviert werden.

- Die bisherigen Schwerpunkte in der Patientenversorgung werden zukünftig weiter gestärkt werden.
 - Im Rahmen der Endoprothetik werden die Patienten in Kleingruppen („Joint care“) zielgerichtet und Leitlinien gerecht versorgt. Gleichzeitig und begleitend wird der Einstieg in die integrierte Versorgung angestrebt.
 - Bei der Umsetzung von neuen medizinischen Erkenntnissen in der Viszeralchirurgie werden die stationären Aufenthalte bei gleich bleibend guter Qualität abgekürzt werden können („fast-track Chirurgie“).
 - Neue Methoden in der gastroenterologischen und internistischen Diagnostik und Therapie stärken das nicht operative Profil der Klinik.
 - Der Schwerpunkt stationärer Schmerztherapie und die stationäre palliativmedizinische Versorgung soll in einem interdisziplinären Konzept unter schmerztherapeutischer Koordination und in Kooperation mit dem DGS Schmerzzentrum (in Gründung) Münster, ausgebaut werden.
- Durch Neubaumaßnahmen sollen die Kapazitäten für die Betreuung schwerst erkrankter Patienten erhöht werden.
- Wir wollen den räumlichen Komfort für die Patienten, insbesondere in den so genannten Altbau-Stationen, durch umfangreiche Sanierungsarbeiten weiter verbessern.
- Wir wollen die Behandlungsabläufe und das Belegungsmanagement weiter verbessern, in dem wir die Termine des Patienten besser koordinieren. Die EDV-gestützte Terminplanung wird auf alle wesentlichen Leistungsbereiche der Klinik ausgedehnt. Die unmittelbaren Vorteile für den Patienten sind zum Beispiel kürzere Wartezeiten bei den Untersuchungen sowie kürzere Krankenhausverweildauer insgesamt. Der Informationsfluss wird für alle Beteiligten verbessert und die Mitarbeiter werden durch verbesserte Planung bei gleichzeitig weniger Telefonaten entlastet.

Aus den Visionen und Zielsetzungen formuliert die Leitung des Krankenhauses gemeinsam mit den Mitarbeitern konkrete Ziele. Dabei werden auch die entsprechenden Maßnahmen und Termine zur Erreichung dieser Ziele sowie die dafür verantwortlichen Mitarbeiter benannt. Die Überprüfung und Weiterentwicklung der Ziele ist in einem strukturierten Verfahren festgelegt. Für die genannten Qualitätsziele sind gemäß DIN EN ISO 9001:2000 Kennzahlen (Indikatoren) definiert, die regelmäßig gemessen werden und mit denen die Zielerreichung bewertet wird. Die konkreten Ziele werden den beteiligten Mitarbeitern von der Leitung vermittelt.

4.5 Verpflichtung der Leitung

Die Klinikleitung stellt die Erfüllung der Kundenanforderungen u.a. dadurch sicher, dass sie

- die Qualitätspolitik und Qualitätsziele festgelegt und vermittelt
- das QM-System aufbaut und weiter verbessert
- regelmäßige Managementbewertungen durchführt
- die Verfügbarkeit der erforderlichen Ressourcen sicherstellt

4.6 Planung des QM Systems

Mit einer angemessenen Planung werden die notwendigen Prozesse festgelegt, damit die Qualitätsziele erreicht werden. Diese Ziele stehen mit der Qualitätspolitik in Einklang. Bei der Planung werden die einzusetzenden und erforderlichen Ressourcen mit festgelegt.

Eine Übersicht der wichtigsten Prozesse ist in der Prozesslandschaft dargestellt. Die Darstellung aller Teilprozesse würde den Rahmen dieses Handbuches sprengen. Die Prozesse mit der zugehörigen Dokumentation und den Prozessverantwortlichen sind für die Mitarbeiter zugänglich dokumentiert.

Durch die konsequente Anwendung des Qualitätsverbesserungszyklus (PDCA Zyklus) werden die festgelegten Prozesse ständig verbessert. Für die Planung, Aufrechterhaltung, Überwachung und Verbesserung der einzelnen Prozesse sind Verantwortliche festgelegt. Damit wird – auch bei organisatorischen Änderungen – der reibungslose Ablauf der Prozesse sichergestellt.

In der Geschäftsordnung Qualitätsmanagement ist festgelegt, dass alle QM Dokumente von den Mitarbeitern zu befolgen sind und nicht eigenständig geändert werden dürfen. Alle Änderungen müssen den in diesem Regelwerk vorgegebenen Änderungsprozess ordentlich und formell durchlaufen. Nur bei unvorhersehbaren und außerordentlichen Umständen kann ein Mitarbeiter ausnahmsweise von den vorgegebenen Regelungen abweichen. Er hat dies in jedem Fall gesondert zu dokumentieren.

4.7 Kundenorientierung

Als Kunden hat die Klinikleitung folgende maßgebliche Gruppen ermittelt: Patienten und ihre Angehörigen, einweisende Ärzte und Hausärzte, Rettungsstellen und Notärzte, Kooperierende Einrichtungen wie Reha- und AHB Kliniken, amb. Pflegedienste, verlegende Kliniken, Mitarbeiter sowie Kostenträger oder MDK

Die Kundenorientierung ist bereits im Leitbild und in den Führungsgrundsätzen festgelegt. Die Kundenbedürfnisse und -erwartungen werden durch regelmäßige Befragungen und Analysen sowie durch ein kontinuierliches Beschwerde- und Fehlermanagements systematisch ermittelt.

Die Erfüllung der Kundenzufriedenheit wird durch die Verfolgung der konkreten Haus- oder Abteilungsziele erreicht. Zusätzlich sind in den Prozessbeschreibungen Ziele formuliert, mit denen die Kundenzufriedenheit sichergestellt wird.

4.8 Verantwortung und Befugnis

Die Aufgaben, Verantwortungen und Befugnisse der einzelnen Mitarbeiter sind in der QM-Dokumentation festgelegt und bekannt. Die QM-Dokumentation hat Vorrang vor sonstigen allgemein bestehenden Regelungen. Die Leitungen der einzelnen Bereiche sowie die Prozessverantwortlich stellen sicher, dass die für den Bereich relevanten Festlegungen den Mitarbeitern bekannt sind.

QM Beauftragte der obersten Leitung

Die Aufgaben und Position des „QM Beauftragte der obersten Leitung“ (QM-Leitung) sind in der „Geschäftsordnung Qualitätsmanagement“ festgelegt. Die QM-Leitung ist organisatorisch unabhängig und hatte unter anderem die Verantwortung und Befugnis

- das QM-System und die notwendigen Prozesse aufzubauen, aufrechtzuerhalten und zu verbessern
- der Klinikleitung und den Mitarbeitern regelmäßig Bericht zu erstatten
- bei den Mitarbeitern das Bewusstsein zu fördern, dass Kundenforderungen höchste Priorität im Rahmen des Qualitätsmanagements haben.

Interne Kommunikation

Ziel der internen Kommunikation ist die unmittelbare, unmissverständliche, sachgemäße und harmonische gegenseitige **Information**. Sie ist unter anderem in den Verfahrensanweisungen und Standards festgelegt.

Kommunikationsforen sind auch z.B. Dienstbesprechungen, interdisziplinäre Teambesprechungen, Pflegeplangespräche, Übergaben, Audits, Mitarbeiterbefragungen, Schulungen,..

Die Leitung lässt im Rahmen von internen Audits die Wirksamkeit der Kommunikation überprüfen.

4.9 Managementbewertung

Die Klinikleitung bewertet in regelmäßig geplanten Abständen das eingeführte QM-System, um dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen. Dabei wird auch der Bedarf einer Aktualisierung des QM-Systems, der Qualitätspolitik sowie der Qualitätsziele ermittelt. Details sind in den entsprechenden Aufzeichnungen festgehalten.

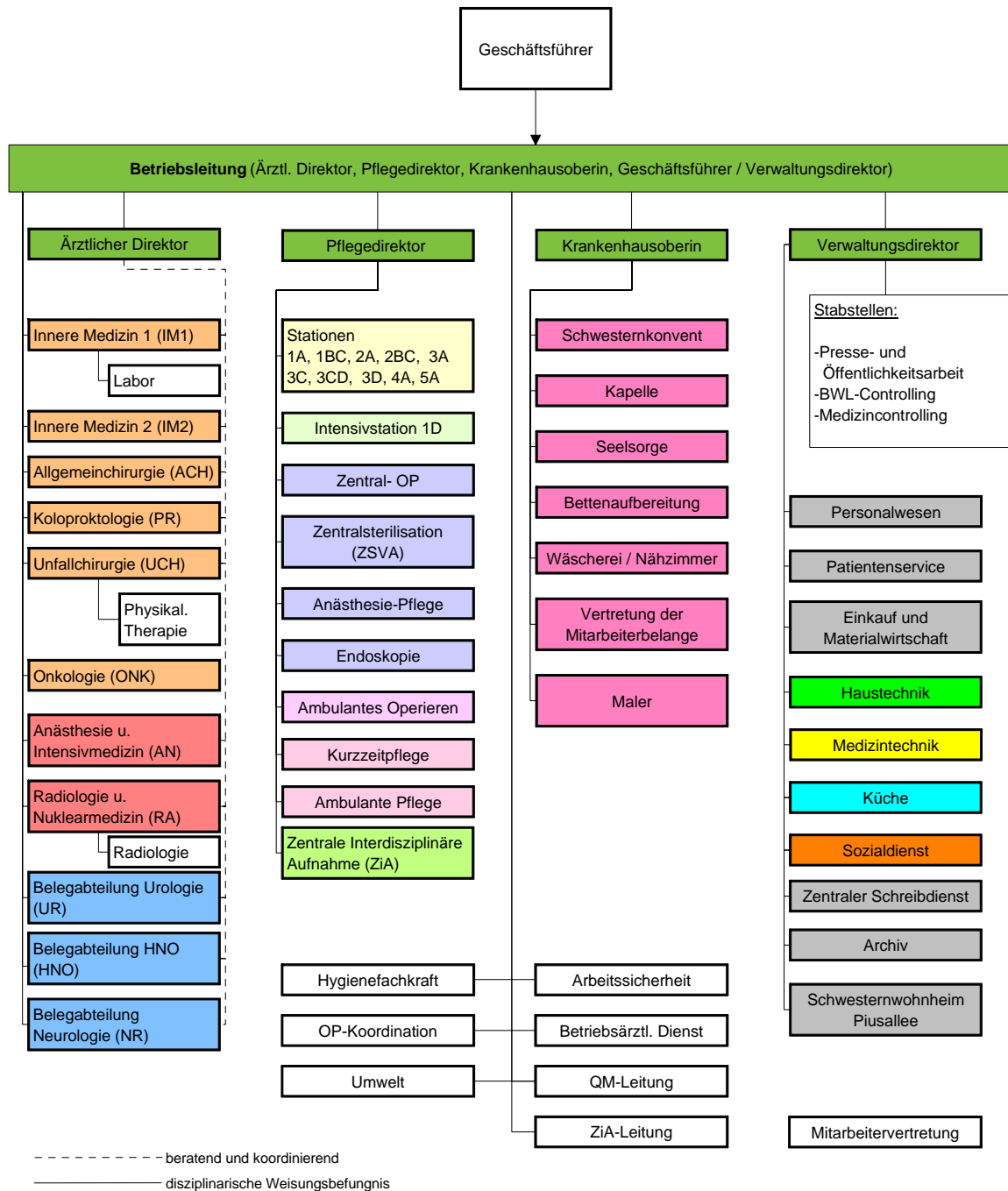
Bei der Bewertung werden unter anderem berücksichtigt: Vorangegangenen Managementbewertungen, die Eingaben aus dem Beschwerde- und Fehlermanagement oder Verbesserungsvorschlägen, der Stand von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen sowie der Zielbearbeitung, Auditberichte, Bewertung der Prozesse.

Die Ergebnisse der Managementbewertung enthalten den Stand, Entscheidungen und Maßnahmen zu:

- Verbesserung der Wirksamkeit des QM-Systems und seiner Prozesse
- Verbesserungen der Dienstleistung im Bezug auf die Anforderungen der Kunden und den
- Bedarf an Ressourcen.

5 Aufbau der Klinik

5.1 Organigramm



Die Ausstattung der Raphaelsklinik

Das Kerngebäude der Raphaelsklinik, angebaut an das Mutterhaus der Clemensschwwestern, verfügt über folgende Raumaufteilungen:

- Untergeschoss: Physikalische Therapie, Tiefgarage, Prosektur, Handwerker, Küche, Wäscherei, Materiallager
- Erdgeschoss: Eingangsfoyer mit Aufnahme und Patientenverwaltung, Pflegedirektion, Krankenhausoberin, katholische und evangelische Seelsorge, ZiA®, Medizinische Klinik I und Medizinische Klinik II, Chirurgie I, Chirurgie II und Chirurgie III, Anästhesie/Schmerztherapie, Mitarbeiterrestaurant, Funktionsdiagnostik, Labor, Kapelle und Patientengarten.
- 1. Etage: Stationen 1A, 1BC, und 1D (Intensivstation), Zentral-OP, Röntgenabteilung, Nuklearmedizin, Angiographie.
- 2. Etage: Stationen 2A, 2BC, 2D, Sozialdienst, ambulante Pflege, Augenarzt und HNO, Zentral-OP, ambulantes OP Zentrum
- 3. Etage: Stationen 3A, Urologisches Untersuchungszimmer, 3C, 3D mit 3CD, Computertomographie, Friseur.
- 4. Etage: Station 4A, Betriebsarzt, MAV, Umweltbeauftragte, EDV-Schulungsraum
- 5. Etage: Station 5A, Konferenzräume, Bibliothek, Ärzte-Casino
- 6. Etage: Technik, Medizintechnik

6 Die medizinischen Abteilungen

6.1 Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

6.1.1 Wer wir sind

Die Abteilung für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie wird seit dem 01.01.1999 durch den Chefarzt der Abteilung Dr. med. N. Mertes vertreten. Er ist im Besitz der Qualifikationen, Facharzt für Anästhesie, Rettungsmedizin, leitender Notarzt, Leiter des Blutdepots, Intensivmedizin, spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin.

Leitender Oberarzt und ständiger Stellvertreter des Chefarztes ist Dr. med. N. Gödde mit den Qualifikationen Facharzt für Anästhesie, Rettungsmedizin, Intensivmedizin, Hygienebeauftragter, Qualitätsmanagementbeauftragter, Risikomanagementbeauftragter.

Oberärztin ist Dr. S. Schmidt mit den Qualifikationen Fachärztin für Anästhesie, Rettungsdienst, spezielle Schmerztherapie.

Eine Versorgung durch qualifiziertes und erfahrenes ärztliches und pflegerisches Personal ist sowohl im OP, im Aufwachraum als auch im Intensivbereich und in der Schmerztherapie sichergestellt.

Die Abteilung betreut die stationäre und ambulante Anästhesie der Raphaelsklinik, alle operativen Intensivpatienten, die Patienten in der postoperativen und chronischen Schmerztherapie, Notfallpatienten des Hauses im Rahmen des Herzalarmsystem und Patienten im Rahmen der interdisziplinären palliativmedizinischen Behandlung. Die Untersuchung, Information und Aufklärung über das geplante Narkoseverfahren findet in der Anästhesiesprechstunde der Abteilung und auf den Bettenstationen statt.

6.1.2 Was wir leisten

Die Anästhesiologische Abteilung deckt das gesamte Spektrum ihres Faches kompetent ab. Sie gliedert sich in die Säulen ihres Fachgebietes:

a) Anästhesie:

Durch Anwendung moderner und wissenschaftlich etablierter Anästhesieverfahren und Intensivbehandlung ist die Abteilung in der Lage Patienten mit ausgedehnten operativen Eingriffen des oberen und unteren Abdomens, Thorax (inkl. zwei Höhlen Eingriffe), Halsweichteile, Becken und Extremitäten perioperativ zu betreuen. Durch konsequente Anwendung moderner Regionalanalgese zur postoperativen Schmerztherapie wird eine hohe Patientenzufriedenheit erreicht und die Liegedauer verkürzt. Der Chefarzt der Abteilung ist ärztlicher OP Koordinator.

Angewandte Anästhesieverfahren:

- Allgemeinanästhesie (balanciert und total intravenös)
 - Thorakale + lumbale Epiduralanästhesie (mit –Katheter), -Spinalanästhesie
 - Interskalenäre, axilläre Plexusblockaden, Nervus femoralis Blockaden (alle mit –Katheter), periphere Nervenblockaden
 - Bei großen Eingriffen werden Allgemein- und Regionalanästhesien in der Regel kombiniert.
- Die Abteilung strebt eine hohe Rate an Regionalanästhesien an, diese liegt bei ca. 45 % der Gesamtanästhesien. Der Kernprozess der Anästhesie wird durch eine kontinuierliche Patientenbefragung abgebildet. Die Fragebögen werden jedem Patienten postoperativ ausgehändigt und anonymisiert maschinell ausgewertet. Die Ergebnisse werden von der Abteilung ausgewertet und zeigen prä-, intra- und postoperativ eine hohe Patientenzufriedenheit.

b) Intensivmedizin:

Die Intensivtherapie wird nach modernen und wissenschaftlich etablierten Konzepten durchgeführt. Der Chef- und die Oberärzte sind im Besitz der Weiterbildung Intensivmedizin.

- Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen stehen alle Möglichkeiten des invasiven Monitorings inkl. kontinuierlicher Herzzeitvolumenmessung, Lungenwassermessung und Echokardiographie (auch in Kooperation mit den Kollegen der Inneren Medizin I) zur Verfügung.
- Alle etablierten Beatmungs- und Entwöhnungsverfahren kommen zur Anwendung. Die Abteilung führt bei Langzeitbeatmungen minimal invasive Punktionstracheotomien durch.
- Bei dialysepflichtigen Patienten wird durch die Abteilung eine kontinuierliche Hämofiltration durchgeführt.
- Bronchoskopien, Drainagen und Anlage von zentralen Venenkathetern werden durch die Abteilung vorgenommen.
- Andere Endoskopien (ERCP, Colo-, Gastroskopie) erfolgen durch die Abteilung Innere II, die interventionellen radiologischen Eingriffe werden in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie durchgeführt.

Die Patienten werden ärztlich und pflegerisch rund um die Uhr von qualifiziertem Personal betreut.

c) Akute und chronische Schmerztherapie, Palliativmedizin:

Die Abteilung führt ein bewährtes Konzept zur multimodalen und patientenkontrollierten Schmerztherapie durch.

- Die thorakale Epiduralanalgesie kommt nach großen Operationen in hohem Maße zum Einsatz.
- Zusammen mit dem Schmerztherapeuten und der „Pain Nurse“ der Abteilung sind die Patienten in der Lage ihre Schmerztherapie selbst zu kontrollieren und werden mindestens einmal täglich durch eine Schmerzvisite untersucht. Mit diesem Konzept besteht seit Jahren große Erfahrung.
- Die Pflegekräfte der Bettenstationen werden von der leitenden Schmerztherapiepflegekraft in der Schmerztherapie geschult. Durch diese engmaschige Betreuung und gute Zusammenarbeit mit den Kollegen der chirurgischen Fächer wird eine hohe Patientenzufriedenheit erreicht.

Der Chefarzt und beide Oberärztinnen der Abteilung besitzen die Weiterbildung zur speziellen Schmerztherapie.

- Schmerzpatienten aller Abteilungen werden konsiliarisch betreut.
- Die Abteilung bietet eine Schmerztherapiesprechstunde für ambulante Patienten.
- Zur Anwendung kommen alle Verfahren der medikamentösen Schmerztherapie
- Die etablierten interventionellen Therapieverfahren werden durch die Abteilung selbst oder in enger Kooperation mit der Abteilung für Radiologie erbracht.
- Der Chefarzt der Abteilung ist im Besitz der Qualifikation und Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Es werden in einem interdisziplinären Konzept Patienten aller Abteilungen behandelt.

Die Abteilung deckt in allen Teilbereichen Ihres Fachgebietes die Ansprüche des Hauses kompetent ab.

6.1.3 Was wir wollen

- Die Abteilung will den hohen Standard halten und die erforderliche Kapazität zur Umsetzung der operativen Leistungen bereitstellen.
- Die stationären palliativmedizinischen Leistungen sollen in einer Palliativstation ausgebaut werden.

- Der Schwerpunkt stationärer Schmerztherapie soll in einem interdisziplinären Konzept unter schmerztherapeutischer Koordination der Abteilung und in Kooperation mit dem DGS Schmerzzentrum Münster, ausgebaut werden.
- Eine eigens strukturierte stationäre interdisziplinäre palliativmedizinische Einheit soll den Patienten aller Abteilungen des Hauses, dem kooperierenden Palliativnetzwerk und den palliativmedizinisch einweisenden Hausärzten zur Verfügung stehen.

6.2 Chirurgische Klinik I – Allgemein- und Viszeralchirurgie

6.2.1 Wer wir sind

Die Abteilung Chirurgie I für Allgemein- und Viszeralchirurgie ist Hauptabteilung der Raphaelsklinik Münster GmbH. Zum 01.12.2006 hat Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Matthias Hoffmann die Leitung der Abteilung übernommen. Prof. Hoffmann ist Chirurg mit Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie. Der Abteilung sind 3 Oberarzt- und 7 Assistenzarztstellen zugeordnet, durch welche die Notfallversorgung und stationäre Patientenbetreuung rund um die Uhr gewährleistet wird.

Als einziges nicht-universitäres Krankenhaus Münsters ist die Abteilung im Krankenhausbedarfsplan NRW für die Viszeralchirurgie mit 30 Betten ausgewiesen. Für die Allgemeinchirurgie (einschl. Koloproktologie) sind 44 Betten vorgesehen. Prof. Hoffmann besitzt die Weiterbildungsbefugnis für die Allgemeinchirurgie. Die Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt Viszeralchirurgie (36 Monate) bzw. in Zukunft den Common Trunk und die Schwerpunkte Allgemein- und Viszeralchirurgie sind beantragt. Prof. Hoffmann ist Mitglied des rheinisch-westfälischen Zentrums für Beckenchirurgie e.V.

6.2.2 Was wir leisten

Die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie ist durch ihre Schwerpunkte in der Schilddrüsenchirurgie und in der Maximalversorgung von gastrointestinalen Erkrankungen (Dick- und Enddarm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Magen) über die Grenzen Münsters bekannt. Regional erfolgt die Zuweisung für das breite Spektrum der Allgemeinchirurgie, insbesondere die minimal-invasive Chirurgie und die Hernienchirurgie.

In der an jedem Werktag besetzten Indikationssprechstunde können Patienten jederzeit vorgestellt werden. Die Mehrzahl der Patienten mit Schilddrüsen- und allgemeinchirurgischen Erkrankungen wird prästationär in der Sprechstunde vorbereitet und erst am OP-Tag stationär aufgenommen. Die Notfallversorgung durch fachärztlichen Standard ist in der Notfallambulanz rund um die Uhr gewährleistet. Kleinere Operationen (Portimplantation, Lymphknotenexstirpationen) und Leistenhernienoperationen werden bei geeigneten Patienten ambulant durchgeführt.

Die Schilddrüsenchirurgie ist ein besonderer Schwerpunkt der Abteilung. Neben der routinemäßigen Darstellung der Stimmbandnerven (N. laryngeus recurrens), des Einsatzes des Neuromonitoring zur intraoperativen Kontrolle der Nervenfunktion und der Verwendung von Lupenbrillen wird besonderer Wert auf die Schonung und ggf. die Autotransplantation der Nebenschilddrüsen gelegt. Bei den an Häufigkeit zunehmenden Schilddrüsenkarzinomen wird stadien- und leitliniengerecht die Komplettierungsoperation mit Lymphknotenentfernung des zentralen Halskompartimentes bis hin zur radikalen funktionellen Neck Dissection durchgeführt. Die Betreuung und Weiterbehandlung der Patienten mit bösartigen Schilddrüsenerkrankungen erfolgt in enger Absprache mit der Abteilung für Nuklearmedizin des UKM (Prof. Dr. Schober). Für den standardisierten stationären Ablauf nach Schilddrüsenoperationen wurde ein klinisches Behandlungsmuster „Schilddrüsen-Operationen“ (RKC1-75-BM-01) eingeführt.

Besonderer Schwerpunkt der Abteilung ist die interdisziplinäre Therapie von Lebertumoren. Hierbei werden resezierend chirurgische Verfahren mit interventionell radiologischen Verfahren

wie Radiofrequenzablation, Chemoembolisation oder Ethanolinjektion (Dr. Pützler) sowie Chemotherapie durch unsere Onkologen abgestimmt und koordiniert eingesetzt.

Zur beschleunigten Rehabilitation und zur Vermeidung postoperativer Komplikationen wurde seit März 2007 in enger Zusammenarbeit mit der Schmerztherapie der Abteilung Anästhesie und operative Intensivmedizin (Dr. Mertes) und der Krankenpflege das „Fast Track Chirurgie“-Programm nach Bauchoperationen eingeführt. Dieses wird inzwischen bei allen geplanten Darm- und anderen Baucheingriffen in Form eines standardisierten Therapieplanes mit großem Erfolg und hervorragender Patientenakzeptanz eingesetzt.

Gemeinsam mit den Partnerabteilungen und externen Kooperationspartnern der Raphaelsklinik werden gastrointestinale Tumoren in der interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen und die Therapien festgelegt. Eine besonders enge Zusammenarbeit besteht mit den Abteilungen für Medizinische Klinik II für Gastroenterologie (Leitung: PD Dr. Peitz), Medizinische Klinik I (Prof. Dr. C. Spieker) und Medizinische Klinik III (Hämatologie und Onkologie), sowie den Abteilungen für Anästhesie und operative Intensivmedizin (Dr. Mertes) und Radiologie (Dr. Cromme). Externe Partner sind die Institute für Pathologie am Clemenshospital (Prof. Schmidt, Prof. Kuhnen, PD Dr. Kasper) und an dem Universitätsklinikum Münster (Prof. Böcker), die onkologische Schwerpunktpraxis Dres Burstedde/Kriebel-Schmitt sowie die Abteilung für Strahlentherapie des Clemenshospitals (Prof. Fishedick).

a) Chirurgische Schwerpunkte der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie:

Schilddrüse , Nebenschilddrüse, Nebenniere

- Schilddrüsenresektion (routinemäßige Recurrensdarstellung und Neuromonitoring)
- Nebenschilddrüsenresektion und – autotransplantation
- Minimal-invasive videoskopisch assistierte Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsen-resektion (MIVAP)
- Systematische radikale Lymphadenektomie der zentralen und der lateralen Halsregion (Neck dissection) bei Schilddrüsenkarzinom
- Laparoskopische Nebennierenresektion (Adrenalektomie)

Speiseröhre

- Ösophagusresektion bei Speiseröhrenkrebs (transhiatal, abdomino-thorakal, abdomino-cervical) durch Magenhochzug oder Koloninterponat
- Ausschälung gutartiger Speiseröhrentumoren
- Abtragung von Zenker-Divertikeln

Magen

- Radikale Gastrektomie bei Magenkarzinom mit D2-Lymphadenektomie
- Kombiniert endoskopisch-laparoskopische Magenwandresektion
- Laparoskopische Übernähung bei Magenperforation
- Laparoskopische Fundoplicatio

Gallenblase und Bauchspeicheldrüse

- Cholezystektomie (konventionell oder MIC)
- Papillenresektion
- Pancreasresektion (pyloruserhaltend nach Longmire/Traverso; konventionell nach Kausch / Whipple; duodenerhaltend; Pancreasschwanzresektion; Pankreatektomie), ggf. kombiniert mit Pfortaderteilresektion
- Zystojejunostomie

Leber

- Leberresektion (atypische Resektion; anatomische Resektion: Hemihepatektomie, erweiterte Hemihepatektomie; Hepatojejunostomie)
- Hepaticusgabel- und Gallengangsresektion

- Laparoskopische Entdachung von Leberzysten

Dick- und Enddarm

- Minimal-invasive oder konventionelle Kolonresektion (Segmentresektion, Hemikolektomie)
- Tiefe anteriorer Rektumresektion und Rektumexstirpation mit total mesorektaler Exzision
- Laparoskopische Proktokolektomie mit ileoanalem Pouch
- Transanale Vollwandexzision

Hernienchirurgie

- Leisten- und Schenkelbruch (konventionell: Shouldice, Lichtenstein; MIC: TEPP)
- Nabelbruch
- Bauchwandbruch

Gefäßchirurgie und Schrittmacher

- Varizen
- Arteriovenöse Dialyse-Shunts (Cimino-Brescia-Fistel, Goretex-Shunts)
- Venöser Port
- Vorhofkatheter
- Herzschrittmacher

Adipositas

- Laparoskopische Magenbandimplantation (Gastric Banding)
- Laparoskopischer Magenbypass
- Bauchdeckenreduktionsplastik nach Gewichtsreduktion

Der postoperativen Schmerztherapie wird in der Abteilung ein besonderer Stellenwert zugemessen. Diese erfolgt interdisziplinär in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin und wird komplementärmedizinisch ergänzt. Dies ist beispielhaft im neu eingeführten Konzept der beschleunigten Rehabilitation nach Baueingriffen (Fast Track Chirurgie) umgesetzt, welches zu einer sehr schnellen und schmerzarmen Rekonvaleszenz und früher postoperativer Entlassung der Patienten führt.

b) Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung:

- Interdisziplinäre Fortbildungsreihe der operativen Abteilungen (14-tägig)
- Viszeralmedizinisches Kolloquium in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik II für Gastroenterologie (PD Dr. Peitz)
- Studentenausbildung im Praktischen Jahr und für Famulanten im Rahmen des Lehrauftrages durch das UKM
- Ausbildung ausländischer Ärzte im Rahmen des Anerkennungsjahres
- Abteilungsinterne Fort- und Weiterbildung (1x / Woche)
- Abteilungsinterne Komplikationsbesprechung (1x / Monat)
- Lehr- und Forschungstätigkeit an der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Hoffmann)

6.2.3 Was wir wollen

Strategische Ziele der Abteilung sind:

- Kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung (hohe Patientenzufriedenheit, geringe Komplikationsrate, optimales Komplikationsmanagement)
- Pflege und Verbesserung der Kommunikation mit Haus- und Fachärzten durch persönliche Kontaktpflege und zeitnahe Information (z.B. Arztbrief am Entlassungstag; Informationsbroschüren; Weiterbildungsangebot)
- Etablierung eines zertifizierten Darmzentrums in Zusammenarbeit mit den Abteilungen Chirurgie II und Medizinische Klinik II in Kooperation mit dem Westdeutschen Darmzentrum
- Optimierung und Ausweitung des Fast Track Behandlungskonzeptes nach Bauchoperationen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Anästhesiologie und operative Intensivmedizin sowie der Krankenpflege

- Ausbau und Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Partnerabteilungen der Raphaelsklinik, insbesondere der Inneren Medizin II zur Gestaltung eines Viszeralzentrums mit regionaler und überregional prominenter Marktstellung.
- Maximalversorgung viszeralchirurgischer Erkrankungen aller Schweregrade mit Ausnahme der Transplantationschirurgie.

6.3 Chirurgische Klinik II – Koloproktologie

6.3.1 Wer wir sind

Die Abteilung Chirurgie II/Koloproktologie wurde im Jahr 1991 eingerichtet, und zwar als Hauptabteilung, ausgewiesen im Bettenbedarfsplan des Landes NRW. Aus rückblickender Sicht hat sich die Entscheidung zur Errichtung der Abteilung für Koloproktologie als eine zukunftsgerichtete Entscheidung herausgestellt.

Die Koloproktologie ist als wissenschaftliche Subdisziplin der Chirurgie in Deutschland im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern nicht etabliert. Insofern sieht sich die Abteilung Chirurgie II/Koloproktologie eingebettet in eine kleine Gruppe von Krankenhausabteilungen mit gleicher Ausrichtung.

Im Rahmen der Umstrukturierung des Hauses wurde die Koloproktologie 2008 als selbständiges Department der Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie angegliedert. Das Department wird seit Mai 2008 von Herrn Dr. Denkers geleitet.

Dr. Denkers verfügt neben den Gebietsbezeichnungen Chirurgie und Proktologie auch über die Europäische Qualifikation für Koloproktologie (EBSQC), er ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie, des Berufsverbandes der Koloproktologen Deutschlands und im Berufsverband der Deutschen Chirurgen.

6.3.2 Was wir leisten Kernleistungen

a) Diagnostisches Leistungsspektrum:

Die Kernleistungen der Abteilung für Koloproktologie betreffen das gesamte Spektrum der Diagnostik und konservativen sowie operativen Therapie der Erkrankungen von Darm, After und Beckenboden.

Vor diesem Hintergrund ist es unverzichtbar, dass in der Abteilung selbstverständlich neben den starren endoskopischen Untersuchungen der Rektoskopie und Proktoskopie auch die endoskopischen Untersuchungen der Koloskopie und der interventionellen Koloskopie durch die Ärzte der Abteilung selbst durchgeführt werden.

Für die diagnostische Abklärung funktioneller Störungen kooperiert die Abteilung mit der Radiologie, die die notwendigen bildgebenden Verfahren vorhält.

Zur Staging-Untersuchung der Rektum-Karzinome sowie zur bildgebenden Diagnostik von Sphinkterdefekten wird in der Abteilung die endorektale Ultraschalldiagnostik betrieben.

b) Medizinisches Leitungsspektrum:

Das operative Spektrum umfasst ebenfalls die gesamten Eingriffe bei Erkrankungen von Darm und Afterkanal.

- umfassende Therapie aller gutartigen und bösartigen Tumoren von Darmtrakt und After
- offene und laparoskopische Dickdarmchirurgie
- operative Behandlung von Erkrankungen des Afters wie Hämorrhoiden, Abszesse, Fisteln, Fissuren
- operative Behandlung komplexer Fisteln und Fistelrezidive
- kontinenzverbessernde Operationen einschließlich Schließmuskelerersatzoperationen und Operationen bei Rektumprolaps
- operative und konservative Behandlung von Stuhlentleerungsstörungen
- operative Therapie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen einschließlich Pouchverfahren
- minimal invasive Therapie von Mastdarmtumoren
- ambulante Operationen

Zusammen mit dem Stomatherapeuten der Klinik Herrn Hagedorn wird eine intensive stomatherapeutische Beratung durchgeführt. Die operativ zu korrigierenden Befunde werden in der Abteilung regelhaft operiert.

c) Beratungsleistung

In der Abteilung wird eine ausgedehnte ambulante Sprechstunde durchgeführt, die neben der Diagnostik auch die eingehende Beratung der Patienten insbesondere bei funktionellen Störungen wie Obstipation und Inkontinenz umfasst. Durch die ausgedehnte ambulante Sprechstunde wird die Patienten entdeckt, die einer operativen Therapie bedürfen und die dementsprechend entweder ambulant oder unter stationären Bedingungen operiert werden. Zu den Kernleistungen gehört weiterhin die Konsiliartätigkeit für die anderen Abteilungen des Hauses, sowie die Erstellung von Gutachten.

d) Unterstützende Leistungen

Hierzu zählen insbesondere Verwaltungsleistungen sowie Organisationsleistungen im Rahmen der Patientenüberleitung nach Beendigung der stationären Therapie.

Die Organisationsleistungen zur Patientenüberleitung nach der stationären Behandlung werden von der Abteilung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Klinik erbracht. Für diese Überleitung ist ein enger Zeitablauf mit zeitnaher Bereitstellung aller erforderlichen Unterlagen wesentlich.

Des Weiteren zählen zu den unterstützenden Leistungen Schulungsleistungen für die Mitarbeiter der eigenen Abteilung bzw. der übrigen Abteilungen des Hauses. Im Department für Koloproktologie werden Ausbildungsaufgaben auch von Gastärzten durchgeführt, die in der Abteilung im Auftrag des Berufsverbandes der Koloproktologen Deutschlands um eine Weiterbildung nachsuchen.

Von der Abteilung wird eine zeitaufwendige Betreuung von Patientenselbsthilfegruppen der Deutschen ILCO, des VDAK, der DCCV und der Deutschen Kontinenz Gesellschaft geleistet.

6.3.3 Was wir wollen

Aus der jetzigen Situation und nach Analyse der Stärken und Schwächen hat die Abteilung folgende strategische Ziele formuliert:

- Zeitgerechte und komplikationsarme operative Therapie
- Ausbau der operativen Behandlung von Stuhlentleerungsstörungen
- Einführung moderner Verfahren zur Behandlung der anorektalen Inkontinenz

Zu diesen Zielsetzungen wurden jeweils konkrete Ziele verabschiedet.

6.4 Chirurgische Klinik III - Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Orthopädie und Endoprothetik

6.4.1 Wer wir sind

Seit dem 1. Oktober 2000 ist Priv.-Doz. Dr. med. Gunnar Möllenhoff Leiter der Abteilung. Einer der Oberärzte nimmt die Aufgaben des Qualitätsmanagementbeauftragten wahr.

Außerhalb der Dienstzeiten wird die Patientenversorgung sichergestellt durch einen Bereitschaftsdienst-Arzt, der fächerübergreifend durch einen Assistenten einer der drei chirurgischen Disziplinen gestellt wird. Im Hintergrund ist jeweils ein Oberarzt für jede der drei Abteilungen rund um die Uhr zum Dienst eingeteilt.

Neben der rund um die Uhr besetzten Notfallambulanz und Spezialsprechstunden umfasst die Abteilung zwei Bettenstationen mit insgesamt 40 Betten, denen jeweils ein Oberarzt mit Assistenten zugeordnet ist. Die operative Versorgung der Patienten erfolgt in einer modernen zentralen Operationsabteilung. Für die intensivmedizinische Betreuung steht die interdisziplinäre Intensivstation zur Verfügung. Der Schmerztherapie operativ und konservativ behandelter Patienten wird in der Abteilung ein besonderer Stellenwert zugemessen. Diese erfolgt interdisziplinär in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin. Der Leiter der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie ist zugleich ärztlicher Leiter der physikalischen Abteilung der Raphaelsklinik.

Die Abteilung für Unfall- und Wiederherstellung befasst sich mit der umfassenden Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen und degenerativen Veränderungen des gesamten Bewegungsapparates und des Körperstammes.

Neben der Behandlung von Unfallverletzten ist in den letzten fünf Jahren der künstliche Gelenkersatz konsequent ausgebaut worden. Dies geschieht auch im Hinblick auf die Tatsachen, dass einerseits die Zahl von Unfallverletzten insgesamt in Deutschland in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist, andererseits die Unfallchirurgie und Orthopädie in Deutschland zu einem Fach bis 2008 zusammengeführt werden sollen. Die Leistungskennzahlen der vergangenen drei Jahre bestätigen eine deutliche Steigerung endoprothetischer Eingriffe in der Abteilung. Durch den Ausbau der Endoprothetik konnte die Abteilung zu einem anerkannten Schwerpunkt auf diesem Gebiet etabliert werden.

Zur Optimierung der Behandlung von Patienten wurde als zusätzliches Angebot das sogenannte Joint Care-Programm in der Abteilung für Patienten mit künstlichem Hüft- und Kniegelenkersatz etabliert. Die Behandlung aus einem Guss, wie es schlagwortartig so schön heißt, dient dazu, die Grenzen von niedergelassenem Bereich, stationärer Behandlungsphase, ambulanter oder stationärer Rehabilitation und schließlich der weiteren physikalischen Therapie bis zum definitiven Abschluss der gesamten Behandlung besser zu vernetzen, Kooperationen und Synergien zwischen den Bereichen zu schaffen und die Patienten noch besser als Partner in den gesamten Prozess einzubinden. Die Patienten werden in kleinen Gruppen von bis vier Personen zusammengeführt, die an einem Tag eine Woche vor dem geplanten Eingriff gemeinsam die vorbereitenden Untersuchungen durchlaufen, an einem Tag operiert werden und anschließend in der Gruppe die stationäre Phase erleben, die insgesamt eine Woche dauert. In einem gemeinsamen Aufenthaltsraum verbringen die Patienten die Tage, erfahren dort ihre Physiotherapie und unterstützen sich gegenseitig. Die sog. Joint Care Managerin ist feste Ansprechpartnerin für die Patienten, die alle Termine koordiniert und den Ablauf der Behandlung in Absprache mit den Patienten plant. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine sehr positive Resonanz.

Auf dem Joint Care Programm aufbauend wurde mit der Barmer Ersatzkasse ein Integrierter Versorgungsvertrag geschlossen für Patienten mit künstlichem Hüft- und Kniegelenkersatz. Seit dem Jahr 2008 bietet die Integrierte Versorgung Patienten der Barmer Ersatzkasse, niedergelassenen Kollegen, dem Krankenhaus und den Rehabilitationseinrichtungen, an diesem Programm zu partizipieren. Die Ausweitung auch auf andere Kassen ist angestrebt.

Mit der Orthopädischen Klinik – Sektion Schulterchirurgie - vertreten durch die orthopädische Praxisklinik, besteht eine enge Zusammenarbeit. Diese wird seit dem 01.07.2004 vertreten durch Prof. Dr. med. Jörn Steinbeck, Dr. med. Kai-Axel Witt und durch Privatdozent Dr. med. Björn Marquard. Außerhalb der Dienstzeiten wird die Versorgung der Patienten mit dem diensthabenden Chirurgen gewährleistet. Im Hintergrund ist jeweils der unfallchirurgische Oberarzt oder einer der o.g. Orthopäden erreichbar. Pro Woche werden etwa 20 bis 30 Operationen durchgeführt. Die stationäre Versorgung der Patienten wird durch einen Rotationsassistenten der Unfallchirurgie gestellt.

6.4.2 Was wir leisten

Die Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie befasst sich mit der Behandlung und Rehabilitation von Unfallverletzten und Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. Rund um die Uhr wird die Versorgung von Weichteil- und Skelettverletzungen unter Einsatz moderner Operationsverfahren gewährleistet. Mit optimal auf den einzelnen Patienten abgestimmten Implantaten und schonenden OP-Verfahren werden Verletzungsfolgen beseitigt, die Gehfähigkeit und Mobilität wieder hergestellt und schmerzhaftige Funktionsstörungen behoben. Der Einsatz minimal-invasiver Operationsverfahren dient der schnelleren Rekonvaleszenz und Verbesserung der Rehabilitation. Ein Schwerpunkt der Abteilung ist der endoprothetische Gelenkersatz insbesondere des Hüft-, Knie- und Schultergelenkes. Ein wesentlicher Fortschritt war die Einführung der Navigation in der Knieendoprothetik im Jahre 2003. Mit diesem computergestützten Verfahren lässt sich der chirurgische Gelenkersatz durch bildgestützte Navigation optimieren. Dadurch kann eine noch größere Genauigkeit bei der Einbringung von künstlichen Gelenken erzielt und die Voraussetzung für eine noch längere Haltbarkeit und Standzeit der Prothesen geschaffen werden. Weitere Schwerpunkte sind die konservative und operative Behandlung knöcherner Verletzungen, die arthroskopische und plastische Chirurgie und der Ausbau ambulanter Operationen.

Die Abteilung Orthopädie der Praxisklinik befasst sich mit der operativen Versorgung auf dem Spezialgebiet der Schulter- und Ellenbogenchirurgie sowie der Sporttraumatologie. Das Indikationsspektrum umfasst das Impingementsyndrom, die Kalkschulter (Tendinosis calcarea), Rotatorenmanschettenerkrankungen, sowie die Schulterinstabilität. Die meisten Operationen werden arthroskopisch durchgeführt. Ein anderer Schwerpunkt ist die Chirurgie des Kniegelenkes, überwiegend arthroskopisch werden Kreuzbandverletzungen, Meniskusverletzungen, Kniescheibenschmerzen und Knorpelschäden behandelt. Eine weitere Option ist die operative Versorgung von Sprunggelenkerkrankungen. Zum Indikationsspektrum zählen Sportverletzungen mit Knorpelschäden, chronische Überlastungsschäden. Arthroskopisch werden z.B. ein Debridement des Sprunggelenkes durchgeführt, Entfernung freier Gelenkkörper, arthroskopische Abtragung von Osteophyten sowie die Mikrofrakturierung zur Induktion eines Knorpelersatzgewebes.

a) Ambulanz und Sprechstunden

Mehr als 10.000 Patienten suchen die Ambulanz und die Sprechstunden der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie pro Jahr auf. Diese Zahl umfasst einerseits die Notfallsprechstunde, andererseits aber auch zahlreiche Spezialsprechstunden, welche regelmäßig angeboten werden.

Um speziellen Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates gerecht zu werden, werden diese aus dem Routinebetrieb der Klinik ausgegliedert und besonderen Sprechstunden zugeordnet. Hier steht entweder direkt in der Klinik oder im Rahmen von Kooperationen mit benachbarten Kollegen das gesamte Spektrum moderner Diagnostik, einschließlich notwendiger Spezialuntersuchungen, zur Verfügung. Zu den Spezialsprechstunden zählen:

- kassenärztliche Sprechstunde
- Osteosynthesprechstunde
- Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde
- Endoprothetik-Sprechstunde

- Knie-Sprechstunde
- Handchirurgische Sprechstunde
- Sprechstunde septische Chirurgie

b) Therapieschwerpunkte

Die umfassende und kompetente Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen und Verletzungen des Skelettsystems wird von der Abteilung rund um die Uhr gewährleistet. Dabei haben sich in den letzten Jahren folgende Schwerpunkte entwickelt:

- Endoprothetischer Gelenkersatz
- Navigation
- Konservative und operative Behandlung knöcherner Verletzungen
- Minimal-invasive Chirurgie
- Arthroskopische Chirurgie der großen Gelenke
- Verletzungen im Wachstumsalter
- Handchirurgie
- Achsenkorrekturingriffe
- Behandlung mehrfach und schwerstverletzter Patienten (Polytraumen)
- Rekonstruktive Chirurgie
- Ambulante Operationen
- Physikalische Therapie und Rehabilitation

c) Unterstützende und ergänzende Leistungen:

- Schulungsleistungen
 - Ausbildung von Studenten im Praktischen Jahr im Rahmen der Funktion als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
 - Aus- und Weiterbildung von ärztlichen Mitarbeitern im Fach Allgemeinmedizin, im Fach Chirurgie, im Schwerpunkt Unfallchirurgie sowie zum Erwerb von Zusatzbezeichnungen, für die die Abteilung ausbildungsberechtigt ist.
 - Zertifizierte Fortbildungsleistungen für Klinikmitarbeiter und außerhalb tätige Ärzte in Zusammenarbeit mit Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, darüber hinaus Durchführung eines internationalen Kongresses „Endoprothetik Forum Münster“
- Wissenschaftliche Tätigkeit
 - Lehrtätigkeit an der Universität Münster, Halten wissenschaftlicher Vorträge, Erstellen wissenschaftlicher Arbeiten
- Überleitungsleistungen
 - Gestaltung der Überleitung von der stationären in die anschließende Phase durch Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, Kontaktpflege zu Haus- und Fachärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialdiensten und ambulante Dienste
- Organisationsleistungen
 - Externe Qualitätssicherung, Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, Korrespondenz mit Krankenkassen, Schnittstellenleistungen mit kooperierenden Abteilungen
- Entwicklungsleistungen
 - Navigation: In dem computergestützten Verfahren der Navigation in der Kniegelenkendoprothetik ist die Abteilung Referenzabteilung sowohl für den Hersteller des Navigationssystems als auch für den Implantathersteller der verwendeten Knieendoprothesen. Dies führt zu regelmäßigem Besuch von Gastärzten und Hospitanten aus verschiedenen Kliniken, welche in die Technik der Navigation und deren Anwendung im Rahmen von Operationen eingeführt und geschult werden.
- Leistungen der orthopädischen Klinik
 - Schulungsleistungen, Ausbildung von Studenten im praktischen Jahr im Rahmen der Funktion als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
 - Aus- und Weiterbildung von ärztlichen Mitarbeitern in Fachorthopädie/Unfallchirurgie. Zertifizierte Fortbildungsleistung für Klinikmitarbeiter .

- Wissenschaftliche Tätigkeit: Lehrtätigkeit an der Universität Münster, Halten wissenschaftlicher Vorträge, Erstellen wissenschaftlicher Arbeiten.
- Organisationsleistungen: Externe Qualitätssicherung, Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, Korrespondenz mit Krankenkassen, Schnittstellenleistungen mit kooperierenden Abteilungen.

6.4.3 Was wir wollen

Die Abteilung hat folgende strategische Ziele abgeleitet:

1. Nutzung und Verbesserung des Standortvorteiles
2. Kooperation mit Haus- und Fachärzten
3. weiterer Ausbau der Endoprothetik als Endoprothetik-Zentrum
4. Steigerung der computerassistierten navigationsgestützten Operationen und Etablierung der Klinik als Referenzzentrum
5. weitere Etablierung minimal-invasiver Verfahren
6. Etablierung als Kompetenzzentrum Traumatologie
7. Förderung der Qualifizierung der Mitarbeiter durch interne Aus-, Weiter- und Fortbildung
8. Herausarbeitung einer klaren Profils der Abteilung
9. Angebot eines zertifizierten Fortbildungsangebotes für Ärzte
10. Durchführung eines internationalen Kongresses zur Dokumentation der fachlichen und wissenschaftlichen Kompetenz und zur Erreichung weiterer Kundengruppen
11. Behandlung von Patienten außerhalb des vorhandenen Budgets zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

Aus den strategischen Zielen wurden konkrete Ziele verabschiedet.

6.5 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Belegabteilung)

6.5.1 Wer wir sind

Nach langjähriger, intensiver Beschäftigung auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde gründeten die beiden HNO-Oberärzte des Universitätsklinikums Münster, Herr Dr. med. Wolfgang und Frau Dr. med. Gaby Eikenbusch am 1. April 2005 die HNO-Gemeinschaftspraxis **Hermann & Eikenbusch** in Münster.

Ihr Bestreben, neben der gesamten Diagnostik und nicht-chirurgischen Therapie auch ihre operativen Spezialgebiete in der HNO-Heilkunde auf höchstem Niveau zu gewährleisten, wurde in der frühen Partnerschaft zur Raphaelsklinik Münster verwirklicht. In diesem Zusammenhang entwickelte sich auch die enge Zusammenarbeit mit der HNO-Praxis Dr. med. Sigrid Schwing in Hilstrup. Frau Dr. Schwing absolvierte ebenfalls an der HNO-Universitätsklinik in Münster ihre Facharztausbildung und gründete im Jahre 1999 ihre HNO-Praxis.

Inzwischen existiert eine eigene, wachsende HNO-Belegabteilung **Hermann & Eikenbusch & Schwing** mit eigens dafür ausgestatteten OP-Kapazitäten.

Dr. med. Sigrid Schwing

Nach erfolgreichem Medizinstudium und zunächst medizinischer Anstellung in der Allgemeinchirurgie der städtischen Kliniken Arnsberg begann Frau Dr. Schwing im April 1993 ihre Facharztausbildung an der HNO-Universitätsklinik Münster unter Professor Dr. Wolfgang Stoll. Bereits in Ihrer Ausbildungszeit beschäftigte Frau Dr. Schwing sich schwerpunktmäßig mit der Nasennebenhöhlenchirurgie. Fortbildungen in der Universitätsklinik Bochum sowie in der renommierten HNO-Abteilung der Universitätsklinik Graz (Nasennebenhöhlenchirurgie: Prof. Stamberger) vertieften das in der Klinik in Münster erlernte chirurgische Wissen. In ihre Facharztausbildung integrierte sie eine Weiterbildung in der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie der Uni-Klinik Münster. Nach erfolgreicher Facharztprüfung im Februar 1998 erhielt sie danach die Zusatzbezeichnung „**Stimm- und Sprachstörungen**“. Die Niederlassung in Hilstrup in der Marktallee durch Übernahme der HNO-Praxis von Landeghem erfolgte schließlich im Jahre 1999 und erfreut sich seitdem wachsender Beliebtheit.

Nach Etablierung der HNO-Belegabteilung zusammen mit der HNO-Gemeinschaftspraxis **Hermann & Eikenbusch** operiert die Praxis **Schwering** regelmäßig in der Raphaelsklinik:

Dr. med. Gaby Eikenbusch

Nach erfolgreichem Medizinstudium begann Fr. Dr. Eikenbusch im April 1997 ihre Facharztausbildung an der HNO-Universitätsklinik Münster unter Prof. Dr. Wolfgang Stoll.

Neben der Spezialisierung in den Bereichen Mittelohrchirurgie sowie Nasennebenhöhlenchirurgie verwendete sie einen Großteil ihrer Ausbildungszeit auf die Durchführung plastischer Operationen in der HNO-Heilkunde. Nach erfolgreicher Facharztprüfung im Juli 2002 arbeitete Frau Dr. Eikenbusch bis März 2005 als Oberärztin weiter in der HNO-Klinik. Danach Anerkennung der Zusatzbezeichnung „**Plastische Operationen**“.

Gemeinsam mit Ihrem Oberarztkollegen Herrn Dr. Wolfgang Hermann gründete sie am 1. April 2005 die HNO-Gemeinschaftspraxis **Hermann & Eikenbusch** durch Übernahme der HNO Praxis Zahida und Dr. Sigurd Baumeister an der Rothenburg 43-44 in Münster.

Dr. med. Wolfgang Hermann

Herr Dr. Hermann studierte zunächst Psychologie in Münster. Diplom Mai 1988. Seit Herbst 1987 Medizinstudium und parallel Ausbildung zum Psychotherapeuten (Gesprächstherapie GWG, Klinischer Psychologie BDP).

Nach erfolgreichem Medizinstudium am 01.08.1995 Beginn der Facharztausbildung an der HNO-Universitätsklinik unter Prof. Dr. Wolfgang Stoll.

Spezialisierung auf den Gebieten: Funktionelle- und ästhetische Rhinochirurgie, Nasennebenhöhlenchirurgie sowie Plastische Operationen. Integration des Ausbildungsganges „Stimm- und Sprachstörungen“ in die Facharztausbildung.

Erfolgreiche Facharztprüfung im September 2000. Oberarzt seit November 2001 bis März 2005. Zusatzbezeichnungen:

„**Stimm- und Sprachstörungen**“, „**Plastische Operationen**“, „**Spezielle HNO-Chirurgie**“.

Gemeinsam mit seiner Oberarztkollegin Dr. Gaby Eikenbusch Gründung der HNO-Gemeinschaftspraxis **Hermann & Eikenbusch** am 1. April 2005.

6.5.2 Was wir leisten

a) Diagnostikleistungen

- Hördiagnostik bei Kindern und Erwachsenen
- Hörgeräteverordnung und Überprüfung
- Tinnitusdiagnostik
- Abklärung von Stimm- und Sprachstörungen
- Abklärung von Geruchs- und Geschmacksstörungen
- Endoskopische Untersuchungen
- Schwindel – und Gleichgewichtsdiagnostik
- Ultraschalluntersuchungen
- Untersuchungen an den Speicheldrüsen

b) Operatives Spektrum

Die HNO-Belegarztabteilung bietet zurzeit folgendes operative Spektrum an:

- Operationen des Mittelohres (Cholesteatomoperationen,
- Ossikelaufbau, Trommelfellplastik)
- plastische Ohrmuschelkorrekturen
- endonasale Nasennebenhöhlenchirurgie
- Operationen an der inneren Nase: Septumplastik; Conchotomie;
- Verschluss von Nasenseptum-Perforationen
- Funktionelle- und ästhetische Nasenchirurgie („Rhinoplastik“)
- Adenotomie, Paukenhöhlendrainage
- Tonsillektomie
- Operationen an den Unterkieferspeicheldrüsen
- Diagnostische Entfernung suspekter Halslymphknoten
- Diagnostische Eingriffe an Kehlkopf und Hypopharynx

c) Konsultätigkeit

Die medizinischen Abteilungen

Die Raphaelsklinik stellt den HNO-Belegärzten einen HNO-Untersuchungsraum mit allem notwendigen Instrumentarium zur Verfügung. Im Bedarfsfall kann auch eine einfache tonaudiometrische Untersuchung durchgeführt werden.

Die HNO-Belegabteilung betreut die Raphaelsklinik in allen konsiliarärztlichen Fragen. Auch akute, HNO-spezifische Notfälle bei Patienten der anderen Abteilungen werden von den HNO-Ärzten betreut. Innerhalb der Woche sind zwei feste Konsiltermine (Dienstag und Donnerstag jeweils ab 12:30) eingerichtet. Auch außerhalb dieser Termine stehen die HNO-Ärzte beratend zur Seite. Wenn eine weitergehende HNO-Diagnostik notwendig ist, werden die Konsil - Patienten in der Praxis **An der Rothenburg 43-44** untersucht.

6.5.3 Was wir wollen

a) Unsere Mission

Medizin ohne Kompromisse ist unser oberstes Motto. Wir glauben nicht an Wunder, aber an gute Medizin auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Im Mittelpunkt steht dabei immer der Patient, der von Anfang an in einen absolut transparenten Diagnose- und Behandlungsweg eingebunden wird.

Es liegt uns fern, notwendige Operationen durch unwissenschaftliche Behandlungen lange hinauszuzögern oder gar nicht durchzuführen.

Die Therapie soll stets am optimalsten Standart orientiert sein und wird bei Versagen detailliert überdacht. Dies betrifft sowohl das Infektionspotential eines Patienten als auch das „standardisierte“ OP-Verfahren, welches hin und wieder in Frage gestellt werden muss.

Besonders wichtig ist die medizinische Betreuung aus einem Guss. Diagnostik, Therapie und Nachbetreuung können bestens gewährleistet werden, da der Behandler und Nachbetreuer in aller Regel identisch ist mit dem Diagnostiker. Selbst bei Abweichung sind die Informationswege so kurz, dass das Gesamtkonzept nicht gefährdet wird.

b) Unsere Vision

Unsere mittelfristige Vision ist die feste Etablierung der HNO-Abteilung in der Raphaelsklinik Münster. Insbesondere der finanzielle Nutzen als auch die Vorteile der breiteren Ausbildung bei der Patientenversorgung durch andere ärztliche Disziplinen und in der erweiterten Pflege sollen dabei berücksichtigt werden.

Bei derzeit 3 HNO-Ärzten in der Belegabteilung werden jährlich 500-600 operative Eingriffe angestrebt. Höchste medizinische Qualität und Umsicht sollen trotz maximaler Wirtschaftlichkeit erfüllt werden.

c) Unsere Strategie

Die Behandlung der Patienten orientiert sich an den Leitlinien der deutschen HNO-Gesellschaft. Diese sind im Internet jederzeit einsehbar. Zusätzlich sind Leitlinien orientierte Standards bzgl. der Patientenversorgung und der logistischen Abläufe erarbeitet.

Die Ärzte bilden sich kontinuierlich insbesondere durch Teilnahme an Kursen und Workshops in ihren operativen Spezialgebieten fort. Besuch von Fachkongressen ist obligat. Aktuelle Fachliteratur ist selbstverständlich (z.B. Fachzeitschriften: HNO, Oto-Rhino-Laryngologie, Rhinology)

Die Ärzte nehmen regelmäßig an den Treffen des bereits organisierten, HNO-spezifischen überregionalen Arbeitskreises teil, um sich mit Kollegen bundesweit auszutauschen.

Die Kommunikation mit den Patienten bezüglich der operativen Eingriffe wird durch einen speziell entwickelten Behandlungsausweis gesichert. Ein Notfallkonzept ist erarbeitet. Die Kommunikation mit den niedergelassenen, zuweisenden Fachkollegen wird über Arztbriefe oder direkt telefonisch sichergestellt.

Sowohl in der Praxis selbst (Flyer, Info-Material), als auch in sachlich korrekten Broschüren (Service-Guide Münster) wird für die HNO-Belegabteilung mit ihren operativen Spezialgebieten geworben.

Ebenso wird der Internetauftritt regelmäßig aktualisiert (www.hno-muensterland.de) Eine Verlinkung mit der Internetseite der Raphaelsklinik ist eingerichtet.

6.6 Medizinische Klinik I

6.6.1 Wer wir sind

Die Medizinische Klinik I der Raphaelsklinik wird von Herrn Prof. Dr. med. Claus Spieker seit 1997 geleitet. Herr Prof. Dr. med. C. Spieker ist Facharzt für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Endokrinologie, Nephrologie, Intensivmedizin und den Fachkunden Geriatrie, Labormedizin und Hypertensiologie BHL.

Als Oberarzt ist Herr Dr. med. F. Lieder, Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Kardiologie und Intensivmedizin an der Medizinischen Klinik I tätig. Herr Dr. Lieder führt in Kooperation mit der kardiologischen Praxis Dr. Weber und Dr. Castrucci am Ambulanzzentrum der Raphaelsklinik, die komplette invasive, diagnostische und therapeutische Kardiologie durch, d.h. diagnostische Koronarangiographien, invasive Akutversorgung von Herzinfarkten, Stent Implantationen, PTCA, etc. Darüber hinaus ist er als Oberarzt der Intensivstation tätig, und als leitender Oberarzt ständiger Vertreter des Chefarztes.

Frau Dr. Barbara Stroetmann ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Kardiologie und Intensivmedizin. Frau Dr. Stroetmann ist schwerpunktmäßig für die nicht invasive Diagnostik verantwortlich, wie Echokardiographie, Doppleruntersuchungen, Lungenfunktion, etc.

Herr Dr. Landgraf ist ebenfalls Oberarzt und Facharzt für die Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Kardiologie. Herr Dr. Landgraf führt nicht invasive kardiologische Untersuchungen durch und kümmert sich schwerpunktmäßig um die Herzschrittmacherpatienten.

Frau Dr. med. Ursula Scholz ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Kardiologie. Sie hat besondere Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Herzvitien, Kardiomyopathien, Herzrhythmusstörungen sowie ICD-Patienten erworben. Frau Dr. Scholz leitet als verantwortliche Oberärztin die Funktionsabteilung und ist für die Planung und Durchführung nicht invasiver kardiologischer Untersuchungen verantwortlich.

Herr Dr. Kloer arbeitet als Oberarzt ab dem 01.06.2009 in der Medizinischen Klinik I der Raphaelsklinik. Er ist schwerpunktmäßig zuständig für die allgemeininternistischen Patienten. Er ist Facharzt für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Kardiologie und Angiologie sowie Intensivmedizin. Herr Dr. Kloer beherrscht das komplette invasive und nicht invasive kardiologische Untersuchungsspektrum.

Die Medizinische Klinik I verfügt darüber hinaus über 10 Assistenzarztstellen. Die Ärzte arbeiten auf drei internistischen Stationen, wie auch auf einer Kurzzeitliegestation und auf der Intensivstation. Zusätzlich werden Patienten mit internistischen Krankheitsbildern auch in anderen Kliniken der Raphaelsklinik, in der internen Notaufnahme und in der Funktionsabteilung der Medizinischen Klinik I versorgt. Pro Jahr werden ca. 3.000 Patienten stationär und ca. ca. 5000 Patienten ambulant behandelt.

Die Zuweisungen für die Medizinische Klinik I der Raphaelklinik erfolgen überwiegend aus internistischen bzw. hausärztlichen Praxen, aus Münster und der Umgebung von Münster. Es werden jedoch auch Patienten von anderen Krankenhäusern zugewiesen. Auch ein wesentlicher Anteil der Patienten gelangt normalerweise aus hausärztlichen Praxen oder auch ohne Einweisung in die Klinik.

6.6.2 Was wir leisten

Zum Leistungsspektrum der Medizinischen Klinik I gehört das gesamte Spektrum der Inneren Medizin. So werden Patienten mit Herzkreislauferkrankungen, Infektionserkrankungen, Lungenerkrankungen, Bluterkrankungen, rheumatologischen Erkrankungen, endokrinologischen Störungen, nephrologischen Erkrankungen, hämatologischen Erkrankungen, onkologischen Erkrankungen und in Kooperation mit der Medizinischen Klinik II (Gastroenterologie) auch gastroenterologische Erkrankungen diagnostiziert und therapiert. Ebenfalls ein breites Spektrum nehmen Patienten ein, die mit speziellen Fragen der Diabetologie, bzw. Hypertonologie betreut werden. Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik hat sich in der Abklärung unklarer Krankheits-

Die medizinischen Abteilungen

bilder herausgebildet, d.h. in vielen Krankenhäusern ist die Innere Medizin heute in vier bis fünf Fachabteilungen unterteilt worden. Für Hausärzte ist es häufig nicht eindeutig klar, wo welcher Patient mit welchen Symptomen zugeordnet werden soll.

Hier hat sich die Medizinische Klinik I einen besonders guten Ruf geschaffen diese Krankheitsbilder zu klären, insbesondere auch unter Mithilfe der im Haus- bzw. Ambulanzbereich tätigen Spezialdisziplinen.

Das kardiologisch/ angiologische Leistungsspektrum umfasst sämtliche gängigen nicht- invasiven und invasiven Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie die transthorakalen und transoesophagealen Echokardiographie (inkl. Gewebe, Dopplerechokardiographie, pharmakologischer und ergometrischer Stress-Echokardiographie), Duplex/ Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien und peripheren Gefäße, Schrittmacherimplantationen und Nachkontrolle sowie Kontrolle von implantierbaren Kardioverttern/ Defibrillatoren (ICD Aggregate), Belastungs-, Langzeit-EKG mit ambulanter Überwachung von Patienten mit unklaren Herzrhythmusstörungen und/ oder Synkopen mittels externer Eventrecorder-Analysen.

Ein weiterer Schwerpunkt des kardiologischen Leistungsspektrum ist die invasive kardiologische Diagnostik bei Patienten mit akuter oder chronisch koronarer Herzerkrankung (KHK) mit einem modernen digitalen Linksherzkathetermessplatz, der gemeinsam mit der kardiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Weber und Dr. Castrucci betrieben wird.

Somit werden in enger Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung Patienten mit koronarer Herzerkrankung entweder ambulant, teilstationär oder stationär nach Herzkatheterdiagnostik und ggf. Therapie (perkutane Koronarangiographie, PTCA und Stent-Implantationen) versorgt, wobei sehr individuell die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden können.

Als Akutkrankenhaus im „Herzen der Stadt Münster“ kommt der Raphaelsklinik nicht nur durch diese exponierte Lage in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes und der belebten Innenstadt eine besondere Verantwortung bei der Behandlung von Akutpatienten mit Herzerkrankungen, wie z.B. der akute Herzinfarkt, akute Herzrhythmusstörungen oder kardiale Dekompensation mit Lungenödem etc. zu teil. Seit September 2007 verfügt die Raphaelsklinik über eine 24-h-Bereitschaft zur Versorgung von Patienten mit einem akutem Herzinfarkt mittels sofortiger Herzkatheteruntersuchung und –behandlung (PTCA und Stentimplantation etc.). Zusammen mit der Berufsfeuerwehr der Stadt Münster, der Universitätsklinik Münster sowie dem Franziskus-Hospital Münster wurde das „Kardio-Netzwerk Münster“ gegründet, damit der Patient mit einem akuten Herzinfarkt standardisiert nach den nationalen und internationalen Qualitätsleitlinien unmittelbar behandelt wird.

Zusammen mit der Akutbehandlung kardialer Patienten liegt auch ein Schwerpunkt in der Intensivmedizinischen Versorgung akut erkrankter Patienten aus dem gesamten internistischen Spektrum (wie Intoxikationen, Nierenversagen, Blutungen, etc.).

Durch die gut ausgestattete Intensivstation mit allen Möglichkeiten moderner Intensivmedizin, wie sämtliche Formen der maschinellen Beatmungstherapie, Dialyseverfahren und der Etablierung eines externen maschinellen Kreislauf-Unterstützungssystems, der Intraaortalen Ballonpumpe (IABP), hat sich hier die Medizinische Klinik I der Raphaelsklinik, zusammen mit der besonderen Ausbildung der Mitarbeiter, den Oberärzten und dem Chefarzt, die alle über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin verfügen und auch die volle Weiterbildungsermächtigung in diesem Fach verfügen, ein weiterer Schwerpunkt geschaffen.

Im Rahmen der Konsultätigkeit werden die anderen Fachabteilungen des Hauses in dem gesamten Spektrum von internistischer Diagnostik und Therapie sowie OP-Vorbereitung beraten, wobei ein besonderer Schwerpunkt in der Kooperation in der Abteilung für Unfall- und Allgemeinchirurgie, sowie der Urologischen Abteilung besteht, da innerhalb dieser Disziplin ein deutlich zunehmender Anzahl von multimorbiden und zum Teil schwerkranken Patienten zu verzeichnen ist.

Eine besondere Zusammenarbeit besteht ebenfalls mit der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen.

Die medizinischen Abteilungen

Besondere Fortbildungsmöglichkeiten für hausinterne und niedergelassene Kollegen werden regelmäßig organisiert und von der Medizinischen Klinik I ausgerichtet (Klinischer Abend, interne Fortbildungen jeden Donnerstag).

Für beratende Tätigkeit sowohl therapeutischer als auch diagnostischer Art stehen der Chefarzt und die Fachärzte den niedergelassenen Kollegen jederzeit zur Verfügung.

Im Rahmen der Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Unterrichtsfunktionen der Inneren Medizin I als Akademisches Lehrkrankenhaus, erfolgen regelmäßig Famulaturen der Studenten, sowie die Ausbildung der Studenten im Rahmen des universitären Unterrichts (z.B. Blockpraktikum) und die Ausbildung der Studenten im Praktischen Jahr im Bereich der Inneren Medizin. Der Chefarzt der Abteilung ist als Prüfer für das Staatsexamen ebenfalls tätig.

Die Oberärzte der Medizinischen Klinik I unterrichten Krankenschwestern und Pfleger in der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard. Weiterhin erfolgt durch den Chefarzt und die Oberärzte die Weiterbildung von ärztlichen Mitarbeitern im Fach Innere Medizin, Fach Intensivmedizin und dem Fach Geriatrie 1 Jahr, in dem Fach Endokrinologie ebenfalls 1 Jahr.

6.6.3 Was wir wollen

Wir wollen die Behandlungsqualität unserer Patienten kontinuierlich verbessern. Durch umfassende Aufklärung, leitliniengerechte Diagnostik und Therapie, Umsetzung aller hausinternen Standardisierten Maßnahmen, z.B. Hygienemaßnahmen, etc. sowie guter Kooperation mit den anderen Abteilungen im Hause und den Hausärzten, sowie den im Ambulanzzentrum ansässigen Kollegen, soll die Ergebnisqualität und damit die Patientenzufriedenheit verbessert, bzw. gesichert werden.

Weiterhin wollen wir sowohl dem ambulanten Patienten als auch dem niedergelassenen Arzt eine permanente Versorgung anbieten, wobei akut auftretende Symptome wie akuter Brustschmerz und oder akute Luftnot ohne zeitliche Verzögerung abgeklärt und leitliniengerecht ärztlich behandelt werden.

Auch zu diesem Zweck wurde eine moderne zentrale interdisziplinäre Notaufnahme (ZIA) in der Raphaelsklinik konzipiert.

Ziel der Medizinischen Klinik I ist es, in diesem Zusammenhang auch einen festen Ansprechpartner bzw. eine feste spezialisierte Einheit in Kooperation mit der ZIA zu implementieren, die als so genannte „Chest Pain Unit“ für Patienten und Hausärzte und Patienten mit Thoraxschmerz jederzeit ansprechbar ist und auf die Behandlung und Diagnostik derartiger Krankheitsbilder spezialisiert ist. Eine Zertifizierung nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) steht an.

Der Schwerpunkt der Intensivmedizin der Medizinischen Klinik I soll ebenfalls gestärkt werden, insbesondere durch Ausweitung der Intensivstation auf 17 Betten, die bereits von der Bezirksregierung genehmigt sind.

Durch die Einrichtung von Spezialsprechstunden im Bereich der Kardiologie, der Allgemeinen Inneren Medizin, (bzw. zur Abklärung unklarer Krankheitsbilder), im Rahmen der Endokrinologie, Nephrologie und Hypertonologie soll eine noch engere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gewährleistet werden.

Die zurzeit bestehenden und gut gelebten Kooperationen mit Fachärzten für Kardiologie Dr. Weber/ Dr. Castrucci und Dr. Fechrup. Mit dem Pulmologen Dr. Lingenfelser und den Nephrologen Prof. Dr. Gräfe, PD Dr. Langer und Dr. Pöppelmann, sowie dem Kuratorium für Hemodialyse Dr. Zangerl und Dr. Lepper, den Hämostasiologen Dr. Pollmann und Diabetologen Dr. Nitsche sowie die ORAG sollen weiter ausgebaut werden.

Dieses geschieht einerseits jetzt schon, durch gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen, durch gemeinsame Betreuung von Patienten und durch die vorgesehene Rotation von Assistenzärzten in die entsprechenden Spezialgebiete.

Die Medizinische Klinik I der Raphaelsklinik hat sich neben den Spezialisierungen einen besonderen Ruf in der Abklärung von unklaren internistischen Krankheitsbildern erarbeitet, d.h. Pati-

enten mit nicht klaren Symptomen, bzw. Symptomen aus verschiedenen Fachbereichen, z.B. Durchfall (Gastroenterologie) Fieber (Allgemeinmedizin) und Herzschmerzen (Kardiologie) werden einer entsprechenden Diagnostik zugeführt und die letztendlich zur Aufklärung und Therapie des Krankheitsbildes führt.

In diesem Zusammenhang soll von der Medizinischen Klinik I unter Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen, eine Ambulanz für Diagnostik (vor- und nachstationär, „ADia“) implementiert werden. Dort können Patienten mit unterschiedlichen Symptomen bzw. unklaren Befunden zur Abklärung vorgestellt werden. Eine derartige Institution existiert in Münster nicht und wird zu einer Bereicherung der Medizinischen Klinik I führen.

Letztendlich ist es Ziel der Medizinischen Klinik I, sich weiterhin als kompetente allgemeininternistische Klinik darzustellen, mit den Schwerpunkten kardiovaskuläre Erkrankungen, Nephrologie, Endokrinologie, Alterserkrankungen und mit den Schwerpunkten in der Notfallversorgung, Infarktversorgung und Intensivmedizin.

6.7 Medizinische Klinik II – Gastroenterologie

6.7.1 Wer wir sind

Die Medizinische Klinik II – Gastroenterologie (IM2) der Raphaelsklinik wird als Hauptabteilung geführt und von Herrn Priv. Doz. Dr. med. Ulrich Peitz seit dem 15.8.2006 geleitet. Der Abteilung sind zwei Oberärzte und vier Assistenzärzte zugeordnet.

Dr. Peitz ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie und Zusatzbezeichnung Diabetologie. Als Privatdozent lehrt er Innere Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster.

Leitender Oberarzt und Qualitätsmanagementbeauftragter ist Dr. med. D. Albers, Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie.

Oberarzt ist Herr U. Brunk, Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie und Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin.

Mindestens zwei der vier Assistenzärzte sind Fachärzte für Innere Medizin.

Die Abteilung IM2 befasst sich mit der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit gastroenterologischen Krankheiten. Hierunter fallen alle Krankheiten der Speiseröhre, des Magens, des Dün- und Dickdarms, der Leber, der Gallenorgane sowie der Bauchspeicheldrüse. Es werden stationäre und darüber hinaus auch solche ambulanten Leistungen angeboten, die von niedergelassenen Gastroenterologen nicht angeboten werden. Beim Regierungspräsidenten Münster wird die Abteilung mit 30 Betten geführt. Neben der Universitätsklinik Münster ist die Abteilung IM2 die einzige Hauptabteilung für Gastroenterologie im Stadtgebiet Münster sowie im Umkreis von ca. 50 km.

Dr. Peitz leitet auch die Funktionsabteilung der Endoskopie, in der neben den Ärzten der Abteilung Medizinische Klinik II zudem Ärzte der Klinik Chirurgie II – Proktologie und Dr. Lingenfelser als niedergelassener Pulmonologe tätig sind. Diese Abteilung hat im November 2008 neue erweiterte Räume bezogen, in denen die neueste endoskopische Technik vorgehalten wird. Der Chefarzt und die beiden Oberärzte gewährleisten eine 24-stündige Bereitschaft für die endoskopische und gastroenterologisch-internistische Notfallversorgung.

Die Zuweisung in die Abteilung erfolgt sowohl von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Internisten und Gastroenterologen als auch von Krankenhausabteilungen. Insbesondere Krankenhausabteilungen, die Patienten mit Gallengangs- und Pankreaserkrankungen, Tumoren sowie gastrointestinalen Blutungen behandeln, jedoch nicht über spezielle endoskopische Techniken wie ERCP, Endosonographie oder Ballon-Enteroskopie verfügen, überweisen Patienten. Somit kommen etwa 50 % der Patienten aus dem Stadtgebiet Münster, die übrigen aus dem näheren und fernerem Umland, speziell des Münsterlandes, des Sauerlandes und des nördlichen Ruhrgebiets.

6.7.2 Was wir leisten

6.7.2.1 Patientenversorgung

Kernleistungen der Abteilung IM2 sind die Diagnostik und Therapie aller gastroenterologischen Krankheiten.

6.7.2.1.1 Technische Voraussetzungen

- Oesophagogastroduodenoskopie, Coloskopie und Single-balloon-Enteroskopie, jeweils mit hochauflösender Nahtfeldoptik (High density Television HDTV) und Farbfilter (Narrow Band Imaging NBI)
- Endoskopische retrograde Cholangiopancreatikographie (ERCP) und perkutane transhepatische Cholangiographie (PTC) mit eigener neuester Röntgen-Durchleuchtungseinheit (Dezember 2008)
- Kapselendoskopie
- Sonographie und Endosonographie mit Tissue Harmonic Imaging, Duplex-Sonographie und Farb-Doppler-Sonographie
- Laparoskopie
- Bronchoskopie
- pH-Metrie
- Ösophagusmanometrie
- H₂-Atemtest-Analyse
- ¹³C-Atemtest-Analyse in Kooperation mit Universität Magdeburg

6.7.2.1.2 Schwerpunkte innerhalb der Gastroenterologie

- Krankheiten der Gallenwege und des Pankreas mit endoskopischer oder kombiniert perkutan-endoskopischer Drainage von Stenosen infolge von Entzündung, Tumoren oder Steinen (ERCP, PTCD, ERCP-PTCD-Rendezvous)
- Frühdiagnostik von Tumoren und Präneoplasien des Gastrointestinaltraktes mittels hochauflösender Endoskopie, Narrow Band Imaging, Chromoendoskopie und Bürstenzytologie
- Organerhaltende endoskopische Therapie von Tumoren und Präneoplasien des Gastrointestinaltraktes mittels Polypektomie, endoskopischer Mukosaresektion, endoskopischer Submukosadisektion und Mukosa-Ablation (Argon-Plasma-Koagulation)
- Sonographisch und endosonografisch gesteuerte Punktion von Herden in Leber, Pankreas, mediastinalen und abdominalen Lymphknoten sowie von pathologischen Flüssigkeitsansammlungen wie Abszessen und Pseudozysten
- Therapie gastrointestinaler Blutungen einschließlich Single-balloon-Enteroskopie, Kapselendoskopie, Fibrinklebung, Hämoclip, angiographischer Embolisation, Argon-Plasma-Koagulation
- Enterale und parenterale Ernährungstherapie einschließlich perkutan endoskopischer Gastrostomie (PEG), PEG mit jejunalem Jet-Katheter, perkutan endoskopischer Jejunostomie (PEJ)

6.7.2.1.3 Spezielle Kooperation

- Darmkrebszentrum der Raphaelsklinik, im Zertifizierungsprozess durch Onkozert (Mitte 2009)
- Ernährungsteam der Raphaelsklinik
- Stoßwellenlithotripsie Prof. Dr. L. Greiner, Klinikum Wuppertal

6.7.2.2 Aus-, Weiter- und Fortbildung

- Ausbildung von Studenten im Praktischen Jahr als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
- Volle Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer für Schwerpunkt Gastroenterologie

Die medizinischen Abteilungen

- Volle Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer für das Fach Innere Medizin zusammen mit Herrn Prof. Dr. Spieker (Chefarzt der Medizinische Klinik I)
- Fortbildung in Innere Medizin-Gastroenterologie mit wöchentlichen Seminaren im Wechsel mit Medizinische Klinik I
- Viszeralchirurgisches Kolloquium mindestens einmal jährlich als überregionale Fortbildung in Kooperation mit der Chirurgischen Klinik I, Prof. Dr. Dr. Hoffmann.
- Wissenschaftliche Publikationen in Medline-gelisteten Journalen

6.7.3 Was wir wollen

Mission ist die Therapie des gesamten Spektrums gastroenterologischer Krankheiten auf höchstem medizinischen Niveau für die Region zu gewährleisten. Ausgenommen sind seltene Fälle mit Indikation zur Stoßwellenlithotripsie von Gallensteinen, die an das Klinikum Wuppertal überwiesen werden.

Visionen sind

- Die Qualität unserer Leistungen transparent zu machen.
- Neuste Entwicklungen der Wissenschaft in die praktische Medizin aufzunehmen unter besonderem Augenmerk auf folgende Gebiete
 - Tumoren des Verdauungstrakts,
 - Infektionskrankheiten,
 - funktionelle Magen-Darm-Krankheiten.

Strategische Ausrichtung und Zielsetzungen::

- Schwerpunkt „Gallen- und Pancreaskrankheiten“ weiterentwickeln mit innovativer Technik (Cholangioskopie)
- Schwerpunkt „Frühdagnostik von Tumoren und Präneoplasien des Gastrointestinaltraktes“ weiterentwickeln mit molekularer Diagnostik in Kooperation mit Forschungseinrichtungen
- Schwerpunkt „Organerhaltende endoskopische Therapie von Tumoren und Präneoplasien“ ausbauen mit vermehrter Anwendung der Submukosadisektion
- Neue Instrumente zur Messung der eigenen Qualität einführen, wie z.B. Zweitbegutachtung der bildgebenden Diagnostik
- Verbesserung der Kommunikation mit Zuweisern
- Kooperation mit Mikrobiologen zur Infektionsdiagnostik intensivieren, standardisieren und neue wissenschaftlichen Entwicklungen aufnehmen
- Kooperation mit Neurologen intensivieren, standardisieren und neue wissenschaftlichen Entwicklungen aufnehmen
- Intensivierung der Fortbildung mit langfristiger Planung und Ankündigung über das Ärzteblatt
- Nutzung weiterer externer Zertifizierungen, u.a. Darmkrebszentrum durch Onkozert, Pappilotomie-Register der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Barrett-Register, GIO-Net

6.8 Innere Medizin III / Betriebstättenübergreifende Hämato-Onkologische Abteilung

6.8.1 Wer wir sind

1999 wurde die hämato-onkologische Praxis von Dr. Jürgen Wehmeyer gegründet. Mit Sitz zunächst am Haus Sentmaring konnten die Kollegen Dr. Christian Lerchenmüller und Dr. Kratz-Albers aufgrund des großen Patientenzuspruchs den Kollegenkreis erweitern. Es folgte 2004 der Umzug der Gemeinschaftspraxis an die Steinfurterstr. 60b in neue nach den Ansprüchen einer onkologischen Therapiepraxis ausgerichtete Räumlichkeiten. Aufgrund der weiteren Ausweitung der vielfältigen Aufgaben auch in den Krankenhäusern der Region mit Konsiliartätigkeit und Tumorkonferenzen sowie der zunehmenden Patientenzahlen ergänzte 2007 Dr. Holger Timmer das Team, das zur Zeit ambulant 1200 Patienten im Quartal aus dem gesamten Münsterland versorgt.

Seit Gründung der Praxis bestand eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern der Misericordia GmbH Raphaelsklinik und Clemenshospital. Aus dieser Kooperation entstand die Idee für eine krankenhausübergreifende onkologische Hauptabteilung die vier Praxisinhaber im stationären Bereich mit der Leitung zu beauftragen. Die vier Praxisinhaber sind wie in der Praxis selbst gleichberechtigte leitende Chefarztkollegen der übergreifenden Abteilung mit 4 Planbetten in der Raphaelsklinik und 8 Betten im Clemenshospital.

Dr. Wehmeyer, Dr. Lerchenmüller und Dr. Kratz-Albers haben nach ihrer internistischen Weiterbildung am Uniklinikum Münster die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie an der UKM erworben. Dr. Timmer hat die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie am St. Johanneshospital Dortmund erworben und anschließend die Weiterbildung zum Hämato-Onkologen abgeschlossen. Alle Kollegen tragen die Zusatzbezeichnung für Palliativmedizin.

Die vier Chefarztkollegen sind davon überzeugt, dass eine umfassende erfolgreiche Diagnostik und Behandlung von hämato-onkologischen Krankheitsbildern nur im interdisziplinären Team in guter Zusammenarbeit mit den Hausärzten und ggf. palliativmedizinischen Spezialisten gelingt. Dies findet seinen Ausdruck in den seit Gründung der Praxis mitgetragenen oder initiierten Tumorkonferenzen am Clemenshospital, der Raphaelsklinik, dem Herz Jesu Krankenhaus und dem Josefs-Hospital in Warendorf. Die Praxisinhaber engagieren sich in der Weiterbildung der nichtärztlichen Mitarbeiter hämato-onkologischer Praxen in Westfalen-Lippe mit Unterricht und Erstellung des Curriculums an der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Im Studiensekretariat der Praxis werden 25-30 nationale und internationale Studien geführt, die wir unseren Patienten anbieten können, um von neuen Therapieverfahren zu profitieren.

Die am 1.3.2009 gegründete neue Hauptabteilung Hämatologie-Onkologie, Medizinische Klinik III bietet onkologischen Patienten die weitreichenden diagnostischen, operativen und therapeutischen Möglichkeiten der Raphaelsklinik unter fachlicher Begleitung onkologischer Spezialisten.

Patienten der Praxis können bei notwendigen stationären Aufenthalten, stationären Chemotherapien oder in Notfällen von den Ihnen bekannten Onkologen auch im stationären Rahmen weiter behandelt werden. Dies vermeidet Informationsverlust, gewährleistet Kontinuität in der Behandlung und schafft Vertrauen.

6.8.2 Was wir leisten

- Konsiliartätigkeit in den medizinischen Kliniken I und II sowie den anderen Disziplinen der Raphaelsklinik
- Erstellung von Diagnostik- und Therapiekonzepten für hämato-onkologische Patienten
- Punktionen von Knochenmark, Pleura, Aszites und Liquor und zytologische Untersuchung
- Punktionen von Organen zur Histologiegewinnung
- Teilnahme an den Tumorkonferenzen der Raphaelsklinik und des Clemenshospitals
- Partner des zertifizierten Darmzentrums Raphaelsklinik und des zertifizierten Darmzentrums Clemenshospital
- Partner des Brustzentrums Münsterland
- Durchführung von leicht-, mittel- und hochkomplexen Chemotherapien sowie Antikörpertherapien bei hämato-onkologischen Krankheitsbildern
- Diagnostik von hämato-onkologischen Krankheitsbildern in enger Zusammenarbeit mit der medizinischen Klinik I und II
- Palliativmedizinische Betreuung unserer Patienten im stationären Rahmen
- Kontinuierlicher Rufbereitschaftsdienst der Chefarzte

6.8.3 Was wir wollen

Onkologische Therapiekonzepte erfahren durch den medizinischen Fortschritt mit neuen Medikamenten und Studienergebnissen einen raschen Wandel. Unsere Patienten sollen unmittelbar von diesen Fortschritten und neuen Erkenntnissen profitieren. Dies gelingt durch die regelmäßige Teilnahme aller Chefarzte an hämato-onkologischen Fortbildungen und Kongressen. Es besteht eine Selbstverpflichtung der Praxisinhaber alle 3 Jahre die sogenannte ESMO-Prüfung der europäischen Krebsgesellschaft (ESMO) zu wiederholen.

Die Leitlinien der Fachgesellschaften für eine evidence-basierte Medizin sind für die onkologische Abteilung Behandlungsgrundlage für eine sichere und erfolgreiche Therapie.

Die Therapien sollen sich aktuellen Erkenntnissen orientieren und an die individuelle Situation des Patienten angepasst sein. Die ausführliche Beratung und Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen über die oft Angst auslösenden Diagnosen und ihre Behandlung ist ein essentieller Bestandteil unserer Arbeit.

Nur ein aufgeklärter Patient kann selbstbestimmt Therapieempfehlungen zustimmen oder ablehnen.

Besonders in nur palliativ behandelbaren Krankheitsstadien müssen die Therapieziele mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen immer wieder neu überprüft werden.

Unsere Vision

Unsere kurzfristige Vision ist die erfolgreiche Etablierung der krankenhausübergreifenden Hauptabteilung in beiden Häusern der Misericordia unter Einbindung der bestehenden Ressourcen.

Im Jahresmittel streben wir 400 Patientenfälle bei 75%iger Auslastung an.

Wir unterstützen die Mitarbeiter der Pflege im Erwerb von Zusatzqualifikationen z.B. zur onkologischen Fachschwester. Wir schulen die Mitarbeiter z.B. im Umgang mit Zytostatika und unterstützen die innerbetriebliche Fortbildung.

6.9 Neurologie (Belegabteilung)

6.9.1 Wer wir sind

Die Abteilung für Neurologie der Raphaelsklinik wird im kooperativen Belegarztsystem von Herrn Dr. Joachim Elbrächter, Dr. Hans Bernd Rickert und Dr. Gideon Enck geführt.

Herr Dr. Joachim Elbrächter besitzt folgende Qualifikationen:

Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde und die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Von der Ärztekammer Westfalen-Lippe wurde ihm die Weiterbildungsermächtigung für zwei Jahre für das Fach Neurologie (Klinik) verliehen. Er ist Mitglied des Prüfungsausschusses für die Neurologie und Laboruntersuchungen in der Neurologie bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, darüber hinaus wurde er zum Prüfer/Begutachter für die Nervenheilkunde von der Ärztekammer Westfalen-Lippe berufen. Schließlich ist er zertifizierter Begutachter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Herr Dr. Hans Bernd Rickert besitzt folgende Qualifikationen:

Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie. Er ist zertifizierter Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und Gutachter bei der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer. Von der Ärztekammer Westfalen-Lippe wurde ihm die Befugnis zur Weiterbildung für 12 Monate im Gebiet Neurologie in der Praxis erteilt. Er ist Mitglied des Prüfungsausschusses für die Neurologie und Laboruntersuchungen in der Neurologie bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, darüber hinaus wurde er zum Prüfer/Begutachter für die Nervenheilkunde von der Ärztekammer Westfalen-Lippe berufen.

Herr Dr. Gideon Enck besitzt folgende Qualifikationen: Facharzt für Neurologie und Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Die Abteilung für Neurologie befasst sich mit der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit organischen Nervenerkrankungen. Es werden Patienten therapiert, die zum Beispiel an einer gefäßbedingten Krankheit des Gehirns und Rückenmarks (Apoplex) leiden, oder aber an einem Anfallsleiden (Epilepsie), an degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (Bandscheibenvorfall), an einem M. Parkinson, an einer Stoffwechselstörung oder an einer Erkrankung der peripheren Nerven (Polyneuropathie) oder der Muskulatur (Myopathie, Myositis). Es werden auch akute und chronische Entzündungen des zentralen Nervensystems (Meningitis, Multiple Sklerose) diagnostiziert und therapiert sowie die Folgen traumatischer Hirnschädigung.

Die medizinischen Abteilungen

gen und Tumorerkrankungen des ZNS. Zudem werden psychiatrische Begleiterkrankungen (Erschöpfungszustände, depressive Episoden, Psychosen und Demenzerkrankungen) diagnostiziert und therapiert.

Der Abteilung sind zurzeit 12 stationäre Betten zugeteilt. Der Schmerztherapie wird in der Abteilung ein besonderer Stellenwert zugemessen. Diese erfolgt interdisziplinär in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin und der Abteilung für Radiologie.

Die neurologische belegärztliche Abteilung der Raphaelsklinik Münster füllt eine Nischenposition aus, da es keine ähnlichen Einrichtungen im Bereich der Stadt Münster und des näheren Umlandes gibt und im belegärztlichen System keine Vergleichsmöglichkeiten vorhanden sind.

Die Zuweisungen in die Abteilung erfolgen zu ca. 50% aus der neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis Dres. med. Elbrächter, Rickert und Enck, Marktallee 8, 48165 Münster-Hiltrup, etwa ca. 20% von niedergelassen hausärztlichen Kollegen, 10% von niedergelassen fachärztlichen Kollegen und 20 % Übernahmen aus anderen Abteilung der Raphaelsklinik. Etwa 80 % der Patienten kommen aus Münster und der näheren Umgebung.

6.9.2 Was wir leisten

Kernleistungen der Abteilung für Neurologie beinhalten vornehmlich beratende diagnostische und therapeutische Leistungen auf dem Gebiet.

Folgende diagnostische und therapeutische Kernleistungen werden angeboten:

1. Elektroenzephalographie (EEG) unter Normalbedingungen, aber auch nach Schlafentzug und im Schlaf
2. Elektromyographie (EMG) und Elektroneurographie (NLG), durchgeführt in der Praxis
3. Duplexsonographie incl. transkraniale Dopplersonographie, auch in der Praxis
4. Evozierte Potentiale (visuell evozierte Potentiale, sensibel evoziert Potentiale und akustisch evozierte Potentiale), durchgeführt in der Praxis
5. Computertomographie (Abteilung für Radiologie)
6. Myelographie und native Röntgendiagnostik (Abteilung für Radiologie)
7. Kernspintomographie (ORAG)
8. Laboruntersuchung (hauseigenes Labor wie auch Speziallabor wie z. B. Laborgemeinschaft Nordhorn)
9. Liquordiagnostik (Speziallabor wie z. B. Laborgemeinschaft Nordhorn)
10. Testpsychologische Untersuchungen

Das therapeutische Leistungsspektrum besteht aus einer medikamentösen Therapie und aus einer physikalischen Therapie (Physiotherapie). Viele Erkrankungen erfordern eine gezielte Aktivierung und Mobilisierung des Körpers. Die physikalische Therapie bietet im stationären wie im ambulanten Bereich ein umfassendes Angebot an aktiven und passiven Maßnahmen, die die Genese unterstützen und den Wiedereinstieg in den Alltag erleichtern sollen (Gangschule nach Schlaganfall, M. Parkinson, Anwendungen wie Fango, Heißluft und Massage zur Schmerzlinderung ebenso wie ein Bewegungsbad oder Wannenbad).

Die Therapie erfolgt gestützt auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Beratungsleistung:

Angehörigenberatung:

- Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgt eine Beratung zum Umgang mit Patienten insbesondere bei chronischen neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Demenz, M. Parkinson und Epilepsie.

Konsile:

- Im Rahmen der Konsiltätigkeit werden die weiteren Fachrichtungen des Hauses in neurologisch-psychiatrischen wie auch psychotherapeutischen Fragen beraten.

Unterstützende Leistungen:

Schulungsleistungen:

Die medizinischen Abteilungen

- Weiterbildung von ärztlichen Mitarbeitern im Fach Neurologie
- Famulaturen von Studenten

Überleitungsleistungen:

- Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, intensive Kontaktpflege zu Haus- und Fachärzten, Kontaktpflege zu Rehabilitationseinrichtungen, Kontaktpflege zu Sozialdiensten und ambulanten Diensten.

Organisationsleistungen:

- Externe Qualitätssicherung, EDV-gestützte Codierung von Diagnosen und Prozeduren, Kontaktpflege und Korrespondenz mit Krankenkassen, Schnittstellenleistungen mit kooperativen Abteilungen

6.9.3 Was wir wollen

Strategische Ausrichtung

- Die Vorteile des innerstädtischen Standortes sollen einerseits genutzt werden, andererseits eine Verbesserung hinsichtlich Erreichbarkeit, Infrastruktur und Beschilderung unterzogen werden.
- Kooperation mit Haus- und Fachärzten. Die niedergelassenen Kollegen sollen bereits im prästationären Bereich in Diagnostik und Behandlungskonzepte eingezogen werden.
- Gewährleistung eines klaren Profils der Abteilung: Um die Stärken und die Leistungsfähigkeit der neurologischen Abteilung auch nach außen ausreichend darzustellen.

Zielsetzungen bestehen je nach Kundengruppe und werden in konkret messbare Ziele umgesetzt.

- Zuweisende Ärzte: Zeitnahe stationäre Aufnahme der zugewiesenen Patienten
- Patienten: Zufriedenheit mit der Behandlung
- Konsil-anfordernde Stellen: Zufriedenheit mit der Empfehlung und der fristgerechten Durchführung des Konsils
- Angehörige / Patienten: Gute Organisation der Weiterbehandlung
- Behörden: Zeitnahe Übermittlung der Diagnosen und Befunde

6.10 Radiologie und Nuklearmedizin

6.10.1 Wer wir sind

Die neu umgebaute Röntgenabteilung der Raphaelsklinik ist seit langem eine Schnittstelle in der prästationären, stationären und poststationären Diagnostik unserer Haupt- und Belegabteilungen.

Die Schwerpunkte der Abteilung sind, neben der gesamten modernen Röntgen- und der nuklearmedizinischen Diagnostik zunehmend die radiologischen Interventionen, die wir aufgrund von internen und externen Fortbildungen auf dem neuesten Stand der Technik durchführen.

Alle Untersuchungen werden digital aufgenommen, an Monitoren ausgewertet und befundet. Die Bildarchivierung erfolgt in einem modernen DVD-Speichersystem (PACS) und ist daher über das Intranet jederzeit im gesamten Krankenhaus für Ärzte zugänglich.

Unser Ärzte-Team besteht aus dem Chefarzt Dr. R. Cromme, den Oberärzten M. Pützler, Dr. A. Ruppel, der Fachärztin Dr. J. Schatorje und einem Ausbildungsassistentenarzt.

Neben den Facharztanerkennungen für Radiologie besitzt Dr. Cromme zusätzlich die Facharztanerkennung für Nuklearmedizin. Herr M. Pützler besitzt die Fachkunde für Nuklearmedizin sowie einen Diplomabschluss in Physik und Dr. A. Ruppel einen Diplomabschluss in Informatik.

Alle medizinisch technischen Assistenten (MTRA) verfügen über die umfassende Fachkunde in allen diagnostischen und radiologisch therapeutischen Bereichen.

6.10.2 Was wir leisten

Zu unserem Leistungsspektrum gehören die gesamte konventionelle Röntgendiagnostik (DR) einschließlich der Durchleuchtung (RF), die Computertomographie (CT), die digitale Subtrakti-

onsangiographie (DSA), die nuklearmedizinische Diagnostik und die bildgesteuerten radiologischen Interventionen.

Die Abteilung besitzt einen Bucky-Arbeitsplatz, ein Rasterwandstativ, einen C-Bogen Durchleuchtungskombinationsgerät und einen modernen 16-Zeilen-Computertomographen (CT) mit Durchleuchtungszusatz (CT-Fluoroskopie) für CT-gesteuerte Interventionen.

Der nuklearmedizinische Bereich umfasst eine Gamma-Kamera und eine Nuklidauflerungskammer mit Technetiumgenerator. In der nuklearmedizinischen Routine-Diagnostik verwenden wir zur Dosisreduktion überwiegend Substanzen (KITS) mit kurzlebigen Technetiummarkierungen.

Kernleistungen

Konventionelle Radiologie

- Röntgenaufnahmen des Skeletts, der Lunge und des Herzens
- Traumatologische Beurteilung und Begutachtung
- Diagnostik von Fehlstellungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Knochensystems sowie der röntgenschattegebenden Weichteile
- Digitale Durchleuchtung und Subtraktionsangiographie mit einem C-Bogen-Kombinationsgerät

Diagnostik:

- Konventionelle Funktionsdiagnostik von Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm, der Nieren und ableitenden Harnwege, sowie der Ausscheidungsfunktion
- Durchleuchtungsbeurteilung der Herz- und Lungenfunktion sowie deren krankhafter Veränderungen
- Darstellung krankhafter und fehlgebildeter Gangsysteme des Körpers

Interventionen:

- Gelenkpunktionen und Infiltrationen bei gereizten oder entzündeten Gelenken.
- Digitale Subtraktionsangiographien (DSA) der arteriellen und venösen Gefäße in allen Körperregionen.
- Gefäßinterventionen wie Ballondilatation (PTA), Stentimplantation, lokaler medikamentöser Thrombolyse in Bein, Arm-, Bauch- und Hals-Gefäßen (Carotis-Stent)
- Verschluss von Blutungsquellen, Gefäßmalformationen, Aneurysmata oder Tumorgefäßen durch Embolisation mit Metallspiralen (coils) und Mikro-Partikeln
- Selektive Chemotherapie und Chemoembolisation von Tumoren, besonders in der Leber und Niere.
- Darstellung (PTC), Drainage (PTCD) Dilatation (PTA) und Stentung der Gallenwege bei Entzündungen und Verengungen der Gallenwege bzw. ggfs. Drainage der Gallenblase bei Verschluss des Gallenblasenganges.
- Perkutane Extraktion von Gallensteinen aus den Gallenwegen, wenn endoskopische Verfahren nicht möglich sind
- Einlage und Wechsel von Drainagen
- Einbringung eines Filters in die Hohlvene (Cava-Filter) zum Schutz vor Lungenembolien
- Stenteinlage in die Hohlvene bei tumorbedingter Einflusstauung
- Selektive Venenblutentnahme (Mapping) der Halsgefäße (Parathormon) und Nebenniere
- DSA, PTA und Thrombolyse eines Dialyse-Shunts
- Dilatation und Stenteinlage bei nicht operabler Harnleiterverengung
- Vertebroplastie und Kyphoplastie

Computertomographie

Routinediagnostik:

- Moderne Schnittbilddiagnostik des gesamten Körpers, insbesondere des Gehirns, der Wirbelsäule, des Herzens und der Lunge, der Gefäße, der Bauchorgane und der Weichteile

Spezialuntersuchungen:

- Virtuelle Untersuchungen von Dickdarm, Bronchien, Magen und der Koronargefäße

Die medizinischen Abteilungen

- Dental-CT vor kieferchirurgischer Operation
- Hochauflösendes Felsenbein-CT (HRCT) z. B. bei Missbildungen, Frakturen, Entzündungen und Tumoren
- CT der Nasennebenhöhlen (NNH-CT) vor und nach Operation
- Darstellung der Herzkranzgefäße (Kardio-CT)
- CT der Hirngefäße und der Hirnperfusion (Cerebrales Perfusions-CT)
- CT-Kontrollen vor und nach eigenen Interventionen (RFA, Chemoembolisation, Drainage)
- CT-Angiographie, speziell CT-Meß-Aortographie vor Operation bzw. Intervention

CT-gesteuerte Interventionen:

- Behandlung von Tumoren bzw. Metastasen der Leber, der Niere, der Lunge, des Knochen-skeletts und andere durch Hitzeokoagulation mit einer Radiofrequenznadel (RFA)
- Zielgenaue Biopsie unter CT-Kontrolle zur schonenden Gewinnung von Körpergeweben
- Therapie von Patienten mit Abszessen durch Punktion und Drainage,
- Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden (periradikuläre Infiltration) und fortgeschrittenen Durchblutungsstörungen (Sympatikolyse)
- Schmerztherapie bei speziellen Tumoren des Oberbauchs mittels Zöliakusblockade
- Einlage einer Nierenfistel bei gestauter Niere

Konventionelle Nuklearmedizin

- Knochenszintigraphie: dient zum Nachweis von Knochentumoren oder Knochenmetastasen bei bekannten Tumoren wie z.B. Mammakarzinom, Prostatakarzinom...
- Entzündungsdiagnostik bei der Suche nach Entzündungen in Weichteilen und Knochen, insbesondere bei der Frage nach Lockerung von Prothesen
- Suche nach einer Blutungsquelle des unteren Darmtraktes (z.B. Tumor, Gefäßmissbildungen, Meckelsches Divertikel).
- Schilddrüsendiagnostik: Zur Erkennung von kalten und heißen Knoten besonders in vergrößerten Schilddrüsen.
- Nebenschilddrüsendiagnostik: bei Hyperparathyreodismus.
- Nierenfunktionsdiagnostik: im Seitenvergleich zur Beurteilung der verbleibenden Restniere vor Nierenentfernung, bei Harnaufstau oder bei Bluthochdruck.
- Myokardszintigraphie: besonders bei der Frage nach vitalem Restgewebe und zur Unterscheidung von Narbengewebe und vermindert durchblutetem Herzmuskelgewebe nach Herzmuskelbelastung und in der Erholungsphase.
- Wächter-Lymphknotenszintigraphie (Sentinel) zur Diagnostik von Lymphknotenmetastasen bei z.B. einem Brustdrüsenkarzinom. Hierbei wird während der Operation nur der 1. Wächterlymphknoten entfernt. Die sonst aufwendige Entfernung von mehreren Lymphknoten in der Achselhöhle entfällt, sodass die sonst häufigen Armlymphödeme nach Operation nicht mehr auftreten.
- Lungenperfusions- und Inhalationsszintigraphie bei Lungenembolie, bei obstruktiven Lungenerkrankungen und vor Lungenoperationen.

Nuklearmedizinische Therapie

- Radiosynoviorthese

Ergänzende Leistungen:

- Durchführen von täglichen Bilddemonstrationen mit den Abteilungen der Unfall- und Allgemein-chirurgie, der Inneren Medizin 1 und 2 sowie der Koloproktologie.
- Konsiliarische Demonstration von Fremdaufnahmen
- Mitbetreuung der radiologisch interventionell behandelten Patienten
- Durchführen der interdisziplinären Tumorkonferenz in Zusammenarbeit mit der Allgemein-chirurgie, der Pathologie, den niedergelassenen Onkologen und der Inneren Medizin
- Ausbildung von Radiologie-Assistenten, Medizinstudenten, medizinischtechnischen Radio-logieassistenten (MTRA) und Mitarbeit in dem Unterricht der angegliederten Krankenpflege-schule.

6.10.3 Was wir wollen

- Mit den oben genannten standardisierten diagnostischen Leistungen wollen wir weiterhin in einem interdisziplinären Dialog einen wichtigen Beitrag zur schnellen Diagnosefindung einer Erkrankung liefern.
- Mit Hilfe der minimal invasiven, perkutanen Interventionen bieten wir nach interdisziplinärer Rücksprache (z.B. Tumorkonferenzen) dem Patienten eine oftmals weniger belastende Behandlungsalternative und können damit den Heilungsprozess ermöglichen oder beschleunigen bzw. den Krankenhausaufenthalt verkürzen
- Mit Spezialuntersuchungen wollen wir die ambulanten diagnostischen Untersuchungsmethoden ergänzen.
- Verfahren, die zunächst noch stationär durchgeführt werden, wollen wir zunehmend ambulant durchführen und diese aufgrund von speziellen Sachkompetenzen gegenüber Mitbewerbern sichern (z.B. Sympathikolyse, CT-Angiographien)
- Wir möchten die Einsatzoptimierung des Personals durch interne und externe Fortbildung sowie durch Zentralisierung der Untersuchungsgeräte fördern.
- Wir möchten unser Leistungsangebot den Zuweisern durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit transparent vorstellen und Patienten in speziellen interdisziplinären Sprechstunden hierüber beraten.
- Wir möchten den eigenen Mitarbeitern Perspektiven in ihrer beruflichen Entwicklung aufzeigen und sie hierbei bestmöglich unterstützen. Insbesondere soll die Mitarbeitermotivation durch Information, Fortbildung und Arbeitsplatzorganisation gefördert werden.
- Wir streben eine Stärkung des Bereiches Nuklearmedizin an, u.a. mit der Anschaffung einer neuen Gamma-Kamera.

6.11 Urologie (Belegabteilung)

6.11.1 Wer wir sind

Die Belegabteilung für Urologie wird kooperativ von Dres. med. Cohausz, Palizban, Otto, Saliveros und Gronau gleichberechtigt geführt. Jeder Arzt ist als Facharzt für Urologie qualifiziert. Zusätzlich besitzt die Praxis die Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Westfalen-Lippe für 36 Monate im Fach Urologie. Dr. Otto ist Gründungsmitglied des rheinisch-westfälischen Zentrums für Beckenchirurgie e.V. Dr. Gronau führt die Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthapie“. Ergänzend dazu ist ein Assistenzarzt in der Abteilung tätig. Die Urologie umfasst 28 Betten, die sich auf 2 interdisziplinären Stationen verteilen.

Pro Jahr werden circa 1000 Patienten stationär behandelt. Die Zuweisungen in die Abteilung erfolgen überwiegend aus der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Cohausz, Palizban, Otto, Gronau sowie durch kooperierende niedergelassene Fachärzte für Urologie. Ein geringer Anteil der Patienten stellt sich notfallmäßig mit hausärztlicher oder ohne Einweisung vor.

6.11.2 Was wir leisten

Zum Leistungsspektrum gehört die Therapie typischer urologischer Erkrankungen wie Veränderungen an den Nieren, den Harnleitern (Ureter), der Blase, der Harnröhre (Urethra) sowie den Hoden, Nebenhoden, der Prostata und dem Penis.

Es werden z.B. Patienten mit folgenden Krankheiten behandelt: bösartige Neubildungen von Niere, Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase, Prostata, Hoden und Penis; gutartige Erkrankungen der oben genannten Organe mit Krankheiten wie Nierenzysten, Harnsteinen, Prostatavergrößerung, Harnröhrenverengungen, Hydrocelen, Varikozelen, Spermatozelen, Vorhautverengungen und Harninkontinenz beider Geschlechter.

Beim Mann werden auch die Erkrankungen der Sexualorgane in der urologischen Abteilung behandelt. Bei der Frau dagegen gehört die Behandlung der Sexualorgane in der Regel zum Aufgabengebiet der Gynäkologie, mit der eine enge Kooperation besteht.

Der postoperativen Schmerztherapie wird in der Abteilung ein besonderer Stellenwert zugemessen. Diese erfolgt interdisziplinär in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin und wird komplementärmedizinisch ergänzt.

Die Bildgebende Diagnostik wird in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Radiologie durchgeführt.

a) Kernleistungen

Kernleistungen der Abteilung für Urologie beinhalten das gesamte konservative und operative Spektrum des Fachgebietes. Operative Eingriffe werden sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt.

Im Besonderen sind hierbei zu nennen die große Tumorchirurgie an Niere, Prostata und auch der Harnblase mit Bildung kontinenter Harnableitungen (z.B. Neoblase oder Pouch). Im Speziellen wird hierbei auf den Erhalt der Kontinenz und Sexualfunktion geachtet. Hierzu findet u.a. ein Wasserstrahldissektor seine Anwendung.

Ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung ist die Diagnostik, konservative und operative Therapie von komplexen Harninkontinenzstörungen.

Ein weiteres Feld ist die endoskopische Behandlung von Erkrankungen der Harnblase und der Prostata sowie von Harnsteinen. Dabei ist insbesondere die Anwendung der bipolaren Resektion (potenzschonend) sowie die ureterorenoskopische Steinsanierung unter Sicht hervorzuheben.

In Kooperation mit Frau Dr. med. Otto werden chinesische Medizin und Akupunktur als komplementärmedizinische Ergänzung oben genannter Therapie angeboten.

Die Therapie erfolgt gestützt auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

b) Beratungsleistung

- Angehörigenberatung: im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgt die Beratung zum Umgang mit Patienten nach onkologischer Tumorthherapie sowie bei künstlicher Harnableitung
- Konsile: Im Rahmen der Konsultitätigkeit werden die anderen Fachabteilungen des Hauses in urologischen Fragen beraten.

c) Unterstützende Leistungen

- Schulungsleistungen:
 - Weiterbildung von ärztlichen Mitarbeitern im Fach Urologie
 - Famulaturen von Studenten
 - Unterricht an der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard
- Überleitungsleistungen:
 - Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen
 - Kontakt zu Haus- und Fachärzten
- Organisationsleistungen:
 - EDV-gestützte Codierung von Diagnosen und Prozeduren
 - Korrespondenz mit Krankenkassen

6.11.3 Was wir wollen

Wir wollen die Behandlungsqualität unserer Patienten kontinuierlich optimieren. Durch umfassende Aufklärung, leitliniengerechte Diagnostik und Therapie, Umsetzung aller erforderlichen Hygienemaßnahmen sowie gute Kooperation mit allen anderen beteiligten Bereichen wird die Ergebnisqualität und damit die Patientenzufriedenheit gesichert. Zusätzlich werden alternative Behandlungsmethoden (Akupunktur) angeboten.

Wir wollen den Vorteil der kontinuierlichen Patientenversorgung im Rahmen des Belegarztsystems für den Patienten konsequent nutzen. Belastende Doppeluntersuchungen des Patienten werden weitgehend vermieden. Die Vorbereitung des stationären Aufenthaltes sowie die anschließende Nachbetreuung sind durch die urologische Gemeinschaftspraxis und kooperierende Fachärzte sichergestellt.

Wir wollen die Zufriedenheit der Zuweiser weiter verbessern und den Zuweiserkreis regional weiter ausdehnen. Entscheidend hierfür ist die Sicherung der Ergebnisqualität, aber auch die Verbesserung der Kommunikation / Information mit den Zuweisern. Die adäquate Information wird durch aussagekräftige und eindeutige Arztbriefe sichergestellt. Die Kommunikation und

Die medizinischen Abteilungen

Darstellung des Abteilungsprofils wird im Rahmen von Qualitätszirkeln, Kooperationen und der Tätigkeit im Zentrum für Beckenchirurgie e.V. gefördert.

Klinikintern garantieren wir ebenfalls eine umfassende und adäquate Information und Kommunikation. Diese soll weiter verbessert werden, indem die Gemeinschaftspraxis mit der Raphaelsklinik EDV technisch vernetzt wird. Im Rahmen der internen Befunddokumentation sollen die Möglichkeiten der Digitalisierung verstärkt genutzt werden.

Letztendlich wollen wir die Stellung der Urologie der Raphaelsklinik innerhalb Münsters festigen und weiter ausbauen.

7 Pflege

Die Krankenpflege der Raphaelsklinik arbeitet nach dem Pflegemodell von Nancy Roper, das sich an den physiologischen Grundbedürfnissen des Menschen orientiert. Das bevorzugte Pflegesystem in der Raphaelsklinik ist die Bereichspflege.

Die elf Stationen der Raphaelsklinik haben momentan eine Größe von 25 bis 42 Betten. Vier Stationen davon sind interdisziplinär. Auf monodisziplinären Stationen ergeben sich dadurch je nach Belegung 2-3 Bereiche für die Pflege.

Der Pflegeprozess ist klar am PDCA-Zyklus orientiert und basiert auf Pflegestandards, die von einer hauseigenen Arbeitsgruppe erarbeitet wurden und einer ständigen Aktualisierung auf unterliegen.

In der Koloproktologie arbeiten seit 1991 speziell ausgebildete Pflegekräfte, Enterostomatherapeuten, in der Stomapflege und Enterostomatherapie. Die pflegerische Kompetenz umfasst des Weiteren vor allem die moderne Wundbehandlung und eine enttabuisierende Inkontinenzberatung. Für die gesamte Klinik und die ambulante Pflege ist ein Krankenpfleger für die Stoma/Wundtherapie 1999 verantwortlich ernannt worden. In diesem Zuge wird am Aufbau der Abteilung „Pflegeüberleitung“ – als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Pflege – gearbeitet.

7.1 Pflegeleitbild

Präambel

Unser Konzern-Leitbild, abgeleitet aus den Zielen der Clemensschwestern, auf das wir uns verpflichten, legt dar, wie wir uns und unsere Aufgabe verstehen, wie wir da sein und Menschen begegnen wollen.

Das vorliegende Pflegeleitbild beschreibt unsere grundsätzlichen pflegerischen Zielsetzungen und dient als offener Gestaltungsrahmen für die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems.

Basierend auf unserem Konzern-Leitbild will das Pflegeleitbild den MitarbeiterInnen Ziel- und Handlungsorientierung sein.

Den Patienten, deren Angehörigen und allen Kooperationspartnern ist es eine verbindliche Zusage der Qualität unserer Arbeit.

Es gibt jedoch Akte der Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe und Sorge für Patienten und Angehörige, die sich im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems nicht darstellen lassen, die sich aber verbinden lassen müssen mit der vom Qualitätsmanagement geforderten Professionalität und Kompetenz.

Christliches Menschenbild

Jeder Mensch ist das Ebenbild Gottes. Ihm kommt dadurch Einzigartigkeit, Würde und Selbstbestimmung zu. Wir sehen den Menschen in seiner Ganzheit, in seinen somatischen, geistigen, psychosozialen und religiösen Aspekten als eigenverantwortlichen Gestalter seiner Existenz. Seine Würde und sein Wert sind ungeachtet seiner Herkunft, Konfession, Hautfarbe, seines Geschlechtes, seiner Bildung und Leistungsfähigkeit unantastbar.

Auch durch Krankheit, im Alter und bei Behinderungen verliert er sie nicht.

Der Mensch steht nicht allein im Leben, sondern in ständigen Wechselbeziehungen zu anderen Menschen und seiner Umwelt.

Er weiß um seine körperliche Endlichkeit und ist somit Fragen nach dem Sinn des Lebens, der Krankheit, des Leidens, des Sterbens und des Todes ausgesetzt. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen beinhaltet die Chance zur persönlichen Entwicklung und Reifung.

Gesundheit, Krankheit, Sterben

Gesundheit ist körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden (WHO). Somit unterliegt der Begriff Gesundheit der subjektiven Einschätzung.

Wir nehmen die Dimensionen des menschlichen Lebens wie Geburt, gesund sein, krank werden, krank sein, gesund werden, Sterben und Tod wahr.

Uns ist bewusst, dass diese Dimensionen sich gegenseitig bedingen, steuern und ergänzen und so den Grad von Abhängigkeit/ Unabhängigkeit während einer bestimmten Lebensphase bedingen. Krankheit kann Grundlage sein, neue Werte zu erkennen und/oder neue Anpassungsmechanismen zu entwickeln.

Ziel ist es daher, Gesundheit durch vorbeugende Maßnahmen zu erhalten, den Gesundungsprozess zu fördern, Leiden zu lindern und den Menschen in einer für ihn angemessenen Weise zu einem würdigen Tod zu begleiten.

Pflegeverständnis

Gesundheits- und Krankenpflege ist ein in das Gesundheitswesen integrierter, eigenständiger Beruf.

Unser professionelles, pflegerisches Handeln orientiert sich am Rahmenmodell ganzheitlich-fördernder Prozesspflege nach der Pflgetheorie von Nancy Rooper und dem modifizierten Modell nach Monika Krohwinkel

Wir sind verantwortlich für die Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, die Ausführung und die Bewertung von Pflege.

Dabei ist für uns wesentlich, dass jeder Mensch als Individuum gesehen wird und bei der Planung und Umsetzung der Pflege sein seelisches und körperliches Befinden, seine geistige Einstellung und sein soziales Umfeld berücksichtigt werden.

Um diese individuelle Pflege auf der Grundlage unserer Pflegemodelle nachvollziehbar zu realisieren, wenden wir den Pflegeprozess als methodisch-systematische Arbeitsweise an.

So lässt sich zwischen den Patienten, den Angehörigen und den Pflegenden eine Beziehung gestalten, die gekennzeichnet ist durch Respekt, Akzeptanz und Toleranz.

In einem Klima, welches von Vertrauen, Wertschätzung und Achtung voreinander getragen wird, schaffen wir professionell Pflegenden ein Arbeitsfeld, das im partnerschaftlichen Miteinander das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden der zu Pflegenden fördert.

Mit der Aufnahme des Beziehungsprozesses beginnt der Pflegeprozess, wobei der Pflegende sich daran orientiert, dass der zu Pflegende seine Existenz so gesund und sinnvoll wie möglich erfährt.

Getragen von einer derart gestalteten Beziehung wird ein Problemlösungsprozess mit folgenden grundsätzlichen Zielen in Gang gesetzt:

- Wir unterstützen den Patienten in seiner Auseinandersetzung mit gesund sein und krank sein, so dass er eine Position zu seiner gegenwärtigen und evtl. zu erwartenden zukünftigen Situation finden und Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln kann.
- Wir erkennen und fördern Ressourcen der Patienten, um sie im Prozess der Gesundung nutzen zu können.
- Wir halten und fördern die pflegerische Unabhängigkeit der Patienten.
- Wir verhindern Schäden, die ohne professionelle Hilfe wahrscheinlich oder möglicherweise auftreten würden.
- Wir begleiten auch Sterbende unter dieser Wertschätzung.

Aus-, Fort,- und Weiterbildung

Die Gestaltung des Pflegeprozesses erfordert von den Pflegenden, ihre Persönlichkeit einzubringen.

Wir verstehen Bildung als Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel, Verantwortung zu übernehmen sowohl für die anvertrauten Pflegebedürftigen als auch für sich selbst, um die gestellten Aufgaben produktiv und kreativ bewältigen zu können.

Im Rahmen der Ausbildung ermöglicht die enge Verzahnung zwischen der Aneignung theoretischen Wissens und der Einübung praktischer Fertigkeiten und Fähigkeiten den Erwerb und Ausbau beruflicher Handlungskompetenzen.

Die am Bedarf der Pflegenden, an den gesetzlichen Vorgaben und am aktuellen Forschungsstand orientierten Angebote und Maßnahmen der Fort - und Weiterbildung schaffen die Voraussetzungen für die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Pflegenden. Sie gewährleisten die Sicherung und Steigerung des Qualitätsniveaus unserer pflegerischen Arbeit.

Kooperationsbeziehungen

Für den Organisationsablauf in der Einrichtung sind Strukturen notwendig, vorrangig sind jedoch Beziehungen im Miteinander.

Alle MitarbeiterInnen sind am Pflegeprozess verantwortlich beteiligt und tragen in Ihrer Funktion und Dienststellung fachlich und menschlich Verantwortung füreinander und für die Pflegequalität.

Durch Offenheit, Wertschätzung und Informationsaustausch schaffen wir ein Klima des Vertrauens und der Beheimatung.

Soziale Einstellung, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Engagement, Verlässlichkeit und gegenseitige Achtung sind für uns von großer Bedeutung.

Mit unterschiedlichen Standpunkten und Meinungen wollen wir sachlich und argumentativ umgehen, um gemeinsam konstruktive Lösungen zu erarbeiten.

Selbstbewertung, kollegiale Beratungen und Unterstützung sind für uns Ausgangspunkte für Verbesserungsmaßnahmen zur Erreichung festgelegter und vereinbarter Qualitätsziele.

Wir stehen in engem Kontakt mit den behandelnden Ärzten sowie anderen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und pflegen den Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen und Kooperationspartnern.

Ökonomische und ökologische Ressourcen

Wirtschaftliches und umweltbewusstes Handeln in Zeiten knapper Finanzmittel und belasteter Umwelt bedeutet für uns sowohl die am Bedarf orientierte Dienst- und Einsatzplanung als auch der angemessene Einsatz und Lagerung vorhandener Sachmittel.

7.2 Kurzzeitpflege

7.2.1 Wer wir sind

Die Kurzzeitpflege ist der Raphaelsklinik Münster angegliedert und liegt zentral in der Innenstadt. Sie besteht seit 1997, es stehen 23 Plätze in Einzel- oder Zweibettzimmern über zwei Etagen zur Verfügung. Alle Zimmer liegen zum ruhigen und hübschen Innenhof der Raphaelsklinik, haben einen hellen und wohnlichen Charakter und sind mit Rufanlage, Pflegebett, Telefon und Fernseher ausgestattet.

Ein großer Tagesraum lädt zum gemütlichen Beisammensein ein. Besuchern steht das Parkhaus der Raphaelsklinik zur Verfügung. Wenige Meter vom Eingang entfernt befinden sich eine Bushaltestelle und ein Taxistand.

7.2.2 Was wir leisten

Kurzzeitpflege bedeutet Pflege und Betreuung auf Zeit.

Ist die Pflege zuhause nicht gewährleistet, kommen pflegebedürftige Menschen zu uns. Häufig sind die pflegenden Angehörigen durch Krankheit oder Urlaub verhindert. Ein anderer Grund für den Aufenthalt in der KZP ist die Überbrückung der Wartezeit, bis die Aufnahme in eine andere Einrichtung (Seniorenheim, Hospiz) erfolgen kann. Auch wenn die Wohnung eines pflegebedürftigen Menschen renoviert werden muss, stehen wir zur Verfügung.

Wir möchten unseren Gästen ein Zuhause auf Zeit geben.

a) Die Pflege und Betreuung in Form einer individuellen, ganzheitlichen Pflege

Unser professionelles pflegerisches Handeln orientiert sich am Pflegemodell nach M. Krohwinkelel.

Wir stellen den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit dem Gast/ Angehörigen fest, wir planen die Pflege, führen sie aus und bewerten sie. Dabei ist für uns wichtig, dass jeder Mensch als Individuum gesehen wird und bei der Planung und Umsetzung der Pflege sein seelisches und körperliches Befinden, seine geistige Einstellung und sein soziales Umfeld berücksichtigt wird.

Um diese individuelle aktivierende Pflege realisieren zu können, wenden wir den Pflegeprozess als methodisch-systematische Arbeitsweise an, und orientieren uns in unserer Pflege(in unserem Handeln) am Pflegeleitbild der Raphaelsklinik.

b) Die medizinische Behandlungspflege

Benötigt ein Gast Behandlungspflege (Wundversorgung, Einreibungen, Vitalzeichen- Kontrollen usw.) werden diese nach Arztanordnung (Hausarzt oder Facharzt) fachgerecht durchgeführt.

c) Hotelleistungen

Auch bei den Hotelleistungen gilt es die individuellen Wünsche des Gastes zu berücksichtigen. Die Zimmer sind sowohl wohnlich als auch funktionell ausgestattet. Kleine Einrichtungsgegenstände z.B. Sessel, Regal oder Tischleuchten können mitgebracht werden. Ein großzügiges Angebot bei der Auswahl des Essens sorgt dafür, dass jeder Gast entsprechend seiner Bedürfnisse und Vorlieben seine Mahlzeiten zusammenstellen kann. Eine Diätberatung steht bei besonderen Problemen zur Verfügung.

d) Soziale Beschäftigungsangebote

Durch unser soziales Beschäftigungsangebot möchten wir unsere Gäste vielseitig ansprechen. Einige Menschen arbeiten gerne kreativ, sie basteln oder malen Mandelas. Andere suchen soziale Kontakte beim Bingospielen oder Gedächtnistraining. Die körperliche Bewegung bei der Seniorengymnastik oder bei Spaziergängen durch den Garten empfinden viele Gäste als gelungene Abwechslung.

Darüber hinaus steht das Team der Klinikseelsorge für Gespräche zur Verfügung. Ein Gottesdienst oder eine Andacht findet täglich in der Klinikkapelle statt.

7.2.3 Was wir wollen

Wir wollen die Pflegequalität in unserer KZP kontinuierlich verbessern. Dabei sollen uns die Instrumente des Qualitätsmanagements wie z.B. interne Audis, das Beschwerdemanagement oder auch die Pflegevisiten helfen. Durch intensiven Kontakt mit anderen Kurzzeitpflegenden möchten wir den fachlichen Austausch gewährleisten.

Wir wollen uns trotz großer Konkurrenz am Markt behaupten. Hierfür sind wir im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit besonders aktiv. ...

7.3 Ambulanter Pflegedienst

7.3.1 Wer wir sind

Der Ambulante Pflegedienst ist eine Einrichtung der Raphaelsklinik GmbH Münster, die es pflegebedürftigen, kranken und Menschen mit Behinderung ermöglicht weitestgehend selbstständig zu Hause zu leben.

Für Pflegebedürftige kann es die Erhaltung von Eigenständigkeit und Würde bedeuten, nicht vollständig von ihren Angehörigen abhängig zu sein, sondern im Bedarfsfall auf professionelle Hilfe zurückgreifen zu können. Auch für die Angehörigen kann professionelle ambulante Pflege eine Entlastung bedeuten. Denn die Angehörigen sind nicht nur durch die eigentliche pflegerische Hilfeleistung stark beansprucht, auch die enge Beziehung zum Pflegebedürftigen kann zur starken Belastung werden. Dort greift die professionelle Hilfe der Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes mit Übernahme der täglichen Körper- und Behandlungspflege, um die Pflegesituation zu verbessern.

Das examinierte Pflegepersonal des ambulanten Pflegedienstes hat die häusliche Umgebung der Kunden als Arbeitsumfeld und unterstützt diese, in eingebundenen Gemeinschaften zu verbleiben bzw. in neue Gemeinschaften eingebunden zu werden.

Durchschnittlich betreuen wir rund 40 - 60 Kunden mit Grund- und / oder Behandlungspflege. Das Versorgungsgebiet ist die Innenstadt, Süd- und Aaseviertel sowie der Stadtteil Coerde. Durch die enge Zusammenarbeit mit der Raphaelsklinik GmbH Münster, seinem Sozialdienst und der Überleitungspflege wird für die Patienten eine schnelle und umfassende Hilfe bei Entlassungssituationen gewährleistet. Zudem werden enge Kooperationen mit anderen sozialen Institutionen der Gesundheitspflege wie andere ambulante Mitanbieter, Infobüro Pflege, Palliativnetzwerk Münster oder die Hospizbewegung Münster gepflegt.

7.3.2 Was wir leisten

Wir kommen zu den Kunden nach Hause und übernehmen zuverlässig, qualifiziert und individuell die Grundpflege sowie die vom Arzt verordnete Behandlungspflege. Dabei arbeiten wir eng mit dem Kunden, der Familie, Ärzten und anderen an der Pflege beteiligten Institutionen zusammen.

Unter den Begriff Grundpflege fallen nicht nur die Durchführung der Körperpflege und die damit verbundene Krankenbeobachtung, sondern auch Hilfeleistungen wie das Anlegen von Hilfsmitteln, Hilfe beim An- und Auskleiden oder das Betten und Lagern. Die vom Arzt verordneten Behandlungspflegen wie Injektionen, Blutzuckerkontrollen, Verbandwechsel, Wundversorgungen, Infusionstherapien werden ausschließlich von examinierten Pflegekräften durchgeführt. Weiterhin übernehmen wir auch im Rahmen ambulanter Operationen die verordneten grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen.

a) Kernleistungen

Unser Pflegeprozess basiert auf dem Pflegemodell von Dorothea Orem und beinhaltet die Sammlung von Informationen über den Kunden, seine Bedürfnisse, das Erkennen und Benennen seiner Selbstpflegedefizite, die Vereinbarung gemeinsamer Pflege- und Behandlungsziele und das Formulieren und Umsetzen eines Pflegeplans, sowie die abschließende Evaluation der Pflegeergebnisse. Dabei wird ein großes Gewicht auf die Einbeziehung von Kunden und Angehörigen gelegt.

In einem Erstgespräch vor Aufnahme der Pflege wird in der häuslichen Umgebung der ambulante Pflegedienst vorgestellt sowie über organisatorische Abläufe informiert. In diesem Gespräch wird der erste Pflegebedarf ermittelt und schriftlich festgehalten. Weiterhin werden dem Kunden Informationen zur Finanzierung gegeben und in einer Kostenanalyse wird dargestellt, welche Kosten auf den Kunden / Angehörigen zukommen.

Die Bezugspflegekraft erstellt dann anhand der im Aufnahmegespräch erhobenen Daten eine Pflegeplanung und stimmt diese mit den Wünschen und Erwartungen des Patienten / Kunden und seinen Angehörigen ab. Auf dieser Basis und der Vereinbarung laut Pflegevertrag wird dann die Pflege zielgerecht durchgeführt und in regelmäßigen Abständen evaluiert und ggf. angepasst.

Die Durchführung der ärztlich angeordneten Behandlungspflege erfolgt auf Basis der Pflegerischen Handlungsrichtlinien der Raphaelsklinik. Bei der Behandlung von Wunden im Rahmen der Behandlungspflege wird alle 4 Wochen der Wundstatus anhand eines Wundprotokolls erhoben, um die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen zu überprüfen. Durch den engen Kontakt zum behandelnden Arzt und dem Wund- und Stomatherapeuten der Raphaelsklinik oder externen Wundtherapeuten wird das notwendige Feed-back zur Überprüfung der Maßnahmen eingeholt.

b) Beratungsleistung

Kunden und Angehörige des ambulanten Pflegedienstes werden im Rahmen der Pflege umfassend zu Hilfsmitteln, Wohnraumanpassung, Finanzierungsfragen und weiteren Hilfsangeboten wie Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Nachtwachen, Tages- und Kurzzeitpflege beraten.

Patienten der Raphaelsklinik GmbH Münster werden im Rahmen des Entlassungsmanagements durch die Pflegeüberleitungsbeauftragte neutral und umfassend beraten. Dabei erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten entsprechend dem Hilfebedarf und den Wünschen des Patienten.

c) Unterstützende Leistungen

Die Ambulante Pflege der Raphaelsklinik Münster GmbH unterstützt ihre Kunden und Angehörigen durch ergänzende Hilfeleistungen wie das Zubereiten kleiner Mahlzeiten oder die Erledigung von Arzt- und Apothekenbesuchen, Vermittlung von Haushaltshilfen, Nachtwachen, Essen auf Rädern, Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen und die Organisation von Hilfsmitteln.

Des Weiteren werden Patienten / Kunden und Angehörige in Grenzsituationen adäquat von uns unterstützt, es wird Begleitung bei Sterbenden in Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten, wie dem Hospiz oder dem Palliativnetzwerk angeboten¹ durchgeführt. Auch die Einleitung und Begleitung eines stationären Aufenthaltes in Krankenhäusern oder Kurz- und Übergangspflegeeinrichtungen ist ein Teil des Angebotsspektrums der Ambulanten Pflege.

7.3.3 Was wir wollen

Wir wollen die Qualität unserer Arbeit im Hinblick auf eine lückenlose Dokumentation verbessern und diese auch dem Kunden transparenter machen. Im Bereich Dokumentation sollen die Mitarbeiter nochmals geschult werden. Durch Einführung der Pflegevisite wollen wir die Transparenz unserer Pflegequalität stützen und den Anforderungen an § 80 SGB X1 gerecht werden.

Wir wollen das Dienstleistungsangebot des ambulanten Pflegedienstes ausweiten und auch hauswirtschaftliche Hilfen anbieten. Eine entsprechende Stelle soll geschaffen und adäquat besetzt werden. So kann die Versorgung unserer Kunden umfassender geleistet werden. Wir wollen uns im Bereich der Wundversorgung weiterentwickeln. Jede examinierte Pflegekraft soll dazu mind. alle 2 Jahre eine Fortbildung zum Thema Wundmanagement besuchen und diese als Multiplikator ins Team einbringen. Weiter pflegen wir eine enge Zusammenarbeit mit dem Wundtherapeuten der Raphaelsklinik und anderen externen Wundtherapeuten.

7.1 Ernährungsteam

7.1.1 Wer wir sind

Das Ernährungsteam wurde im Jahr 2008 neu eingerichtet. Die Mitglieder im multiprofessionellen Ernährungsteam sind: Frau Goerdeler (Krankenschwester und Pflegeexpertin Ernährung), die Diätassistentinnen Frau Bils, Frau Helgers-Schwarz, Frau Hetterscheidt, Frau Waldmann und Dr. Peitz (Chefarzt) und Herr Brunk (Oberarzt) aus der medizinischen Medizinische Klinik II.

7.1.2 Was wir leisten

Ernährungsberatung für alle Patienten, die im Rahmen ihrer Erkrankung und/oder Behandlung einer Ernährungsanpassung oder Ernährungsumstellung bedürfen bzw. der Wunsch des Patienten bei zusätzlichem Beratungsbedarf. Patienten mit einer Ernährungssondenneuanlage oder mit Problemen bei der enteralen Ernährung erhalten eine Beratung durch Frau Goerdeler.

Die Verfahren der Ernährungsberatung von der Anforderung bis zur Befundübermittlung sind geregelt.

Außerdem erfolgt eine Anpassung der Kostformen an die Bedürfnisse der unterschiedlichen medizinischen Fachabteilungen.

Das Ernährungsteam präsentiert sich auf öffentlichen Veranstaltungen der Raphaelsklinik und gibt präventive Informationen (z. B. Ernährung zur Darmkrebsprophylaxe, Ernährung zur Osteoporoseprophylaxe).

Das Ernährungsteam bildet sich regelmäßig auch außerklinisch fort und führt Schulungen für alle Mitarbeiter der Klinik durch.

In den monatlichen Besprechungen findet regelmäßiger Austausch statt.

7.1.3 Was wir wollen

Die Ernährungssituation der Patienten soll verbessert werden (u. a. durch veränderte postoperative Kostenaufbaupläne, durch die Implementierung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, dadurch werden Patienten, die ein Risiko für das Entstehen einer Mangelernährung haben oder bereits betroffen sind, gezielt erkannt und durch ein weiterführendes Assessment mit interdisziplinärer Maßnahmenplanung gezielt betreut).

Verbesserung der Vernetzung mit den Hausärzten, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten (z. B. Weitergabe der Informationen über Ernährungszustand der Patienten und über eingeleitete Maßnahmen sowie Empfehlungen im Arztbrief, Pflegeverlegungsbericht und ggf. Einschaltung der Überleitungspflege).

Es sollen Ernährungsempfehlungen für Patienten erstellt werden (Flyer oder Broschüre).

Als Kooperationspartner des Darmzentrums möchten wir mitwirken.

7.2 Wund- und Stoma Therapie

7.2.1 Wer wir sind

Die spezielle Versorgung von Stomapatienten (Patienten mit einem künstlich angelegten Darm-/Urinausgang) wurde mit Einführung der koloproktologischen Abteilung 1991 erstmalig durchgeführt.

Die Etablierung erfolgte über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren und wird von allen klinischen Bereichen des Hauses in unterschiedlichem Maße genutzt.

Die Organisation dieses Bereiches wird von Herrn Olaf Hagedorn selbstverantwortlich geführt. Seit der Ausbildung zum Enterostomatherapeuten (2000) beim European Council of Enterostomaltherapy (ECET) ist er als Pflegeexperte für Stomapflege, Wundversorgung und Kontinenzberatung hierfür qualifiziert.

Durch die Mitgliedschaft im ECET sowie beim DGfW e.V. (Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.) wird eine kontinuierliche Fortbildung der erlernten Kompetenz gewährleistet.

Unterstützt wird die Arbeit durch eine koloproktologisch erfahrene Krankenschwester, die die Funktion einer Stomaberaterin wahrnimmt sowie durch eine Krankenschwester, die als Wundexpertin nach ICW ausgebildet wurde.

Das Angebot der Stoma-/Wundtherapie wird jährlich von ca. 300 Patienten genutzt. Darüber hinaus entwickelt sich ein zunehmender Beratungsbedarf für Ärzte und Pflegepersonal.

Durch Öffentlichkeitsarbeit sowie Unterstützung von Schulungen kooperierender Einrichtungen werden Patienten zuweilen auch in die Klinik eingewiesen, weil wir diesen pflegerischen Fachbereich vorhalten.

7.2.2 Was wir leisten

Zunächst erstreckte sich die Versorgung solitär auf die Patienten mit einer Stomaanlage.

Im weiteren Verlauf wurden auch Patienten mit chronischen, schwer heilenden Wunden vorgestellt. Wundheilungserfolge bestätigten hier den pflegerischen Einsatz der Stoma-/ Wundtherapie, somit erfolgt eine Ausweitung der medizinischen Versorgung.

Des Weiteren umfasst die ET-Qualifizierung auch noch den Bereich der Kontinenzberatung.

Ein großer Teil der Tätigkeiten wird durch Beratung eingenommen, darüber hinaus gehört die präoperative Stomamarkierung, die postoperative Versorgung (Nahtmaterial entfernen, etc.), die Einstellung auf ein für den Patienten individuelles Versorgungssystem, Unterstützung des Pflegepersonals bei der Anleitung, Einleitung der häuslichen Versorgung durch ein sog. Home-Care Unternehmen sowie die Weiterleitung an die Überleitungspflege, wenn sich ein erhöhter poststationärer Pflegebedarf herausstellt.

In Kooperation mit Home-Care-Unternehmen bieten wir darüber hinaus die Möglichkeit der klinikassoziierten Versorgung. Hierdurch können Patienten eine weiterführende Versorgung als Serviceleistung durch den klinikangehörigen Stoma-/Wundtherapeuten in Anspruch nehmen (Versorgungsradius bis zu 50 km).

Auf Anordnung des behandelnden Arztes werden Wunden pflegerisch inspiziert und es wird ein Versorgungsvorschlag mit Materialien der aktuellen „modernen“ Wundversorgung angeboten. Bei komplexen Versorgungssituationen erfolgt zudem eine Unterstützung und Beratung des Ärzte- und Pflegepersonals.

Der Bereich der Kontinenzberatung wird nur in wenigen Einzelfällen genutzt. Im Einzelfall werden ableitende Versorgungsmöglichkeiten (Fäkalkollektoren, Beinbeutelversorgungen, Katheterventile, etc.) organisiert und an entsprechende nachversorgende Einheiten übergeben.

Ein Schwerpunkt neben der originären Patientenversorgung ist zudem die Multiplikation von speziellem Wissen aus dem Bereich der Stoma-/Wund- und Kontinenzversorgung. Hier wird die Zusammenarbeit mit der Krankenpflegeschule, der IBF sowie mit kooperierenden Institutionen (z.B. DiCV, Industrie, Home-Care-Unternehmen, etc.) gefördert. Ein besonderer Stellenwert wird hier der Arbeitsgruppe „Wunde“ zugemessen.

Im Rahmen von Qualitätsmanagement wurde ferner der Leitfaden „Stomapflege“ als Standard implementiert.

Darüber hinaus wurden die Expertenstandards des DNQP „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, sowie „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ implementiert.

Der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ ist in Vorbereitung.

Kernleistungen

a) Bereich Stomapflege

Der Patient wird nach dem ärztlichen Gespräch durch den ET aufgesucht / besucht. In einem Erstgespräch werden pflegerische Fragen zum bevorstehenden Eingriff aufgeworfen und beantwortet, um das Angstpotential des Betroffenen zu minimieren. Des Weiteren wird mit dem Patienten eine Körperstelle ermittelt (Stomalokalisation), die ihn mit einem künstlichen Darmausgang am wenigsten behindert. Im postoperativen Verlauf erwartet der Patient den ersten Besuch nach individuell festgelegter oder gewünschter Absprache, spätestens am 7. postoperativen Tag. An diesem Tag wird, bei entsprechender Einheilung, das Naht-/Fremdmaterial entfernt und der Patient erhält aus über 80 unterschiedlichen Versorgungssystemen ein individuell angepasstes System. Das Anlernen erfolgt mit Unterstützung der Bezugspflegekraft der entsprechenden Station nach Vorgabe der Notwendigkeit.

Am Entlassungstag erhält der Patient einen sog. Stomapass (Überleitungsbogen) und eine Erstversorgung für ca. 3 Tage.

Nach spätestens 72 Stunden schließt eine Evaluation den Versorgungsprozess.

b) Bereich Wundversorgung

Nach Wundinspektion durch den behandelnden Arzt wird die Abteilung Stoma-/ Wundtherapie bei Bedarf eingeschaltet. Der ET/Wundtherapeut beurteilt die Wunde aus pflegerischer Sicht und schlägt ein Behandlungskonzept auf Grundlage aktueller/ „moderner“ Wundversorgung vor, über dessen Durchführung der behandelnde Arzt entscheidet.

Der Versorgungswechsel erfolgt durch ET oder Bezugspflegekraft nach Vorgabe, eine Umstellung erfolgt nur durch die pflegerisch verantwortliche Pflegekraft, bzw. durch eine Pflegekraft, die den gleichen Wissensstand durch die Schulung „Basiswissen in der Wundversorgung“ erlangt hat.

Zur Entlassung wird das Versorgungskonzept im Arztbrief festgehalten, der Hausarzt entscheidet, ob er das Konzept weiterverfolgen möchte.

Ist der Hausarzt mit dem Versorgungskonzept einverstanden, kann durch die Abteilung Stoma-/Wundtherapie ein externer Wundtherapeut zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung organisiert werden, oder der Patient entscheidet sich zu einer Weiterversorgung durch den hauseigenen Wundtherapeuten im Rahmen der klinikassoziierten Versorgung (s. 7.4.2)

c) Bereich Kontinenzversorgung

Patienten mit einer Stuhl-/Harninkontinenz erhalten nach ärztlicher Anordnung eine spezielle Versorgung (z.B. Organisation eines Bio-Feedback-Gerätes), die über die Abteilung Stoma-/Wundtherapie organisiert wird. In der Regel wird der Patient mit den eingeleiteten Notwendigkeiten an dafür ausgerichtete Home-Care-Unternehmen weiter-/ übergeleitet

Unterstützende Leistungen

Durch die Ambulanzen kann die Abteilung Stoma-/ Wundtherapie zusätzlich eingeschaltet werden. Hier erfolgt eine Terminabsprache und der Patient wird in der Ambulanz durch den ET begutachtet. Sollte eine Versorgungsänderung erforderlich sein, wird im Anschluss ein Kontakt zur jeweils betreuenden Einheit (z. B. Sanitätsfachhandel, Pflegeheim, etc.) hergestellt. Die Dokumentation erfolgt in der Ambulanzkartei.

7.2.3 Was wir wollen

Die Abteilung Stoma-/Wundtherapie möchte die Qualität der Stoma-/ Wund- und Kontinenzpflege unterstützen und optimieren. Als Leitlinie wird das Pflegeleitbild der Raphaelsklinik zugrunde gelegt. Patientenzufriedenheit hat oberste Priorität und dient als Nachweis der erbrachten Leistungen.

Darüber hinaus möchten wir in Anlehnung an das Bauch- und Darmzentrum eine feste Institution darstellen, die konsequent genutzt und eingefordert wird. Durch die gute Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Home-Care-Unternehmen sowie durch das klinikassoziierte Versorgungskonzept sichern wir die poststationäre Versorgung und möchten hier durch kontinuierliche Evaluation der Nachfrage entsprechen.

In der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten möchten wir eine Erweiterung des Versorgungsspektrums anbieten. Hierzu ist eine umfangreiche Darstellung der Abteilung Stoma-/ Wundtherapie in der Öffentlichkeit sowie auch in Einzelkontakten erforderlich. Um die Qualität transparent darstellen zu können wurde für den Bereich Stomaversorgung die Leitlinie „Stomapflege“ implementiert.

Die Darstellung des Abteilungsprofils wird ferner in unterschiedlichen Qualitätszirkeln gefördert sowie durch die Mitgliedschaft in speziellen Berufsverbänden für Stoma-/ Wundtherapeuten gesichert.

Die Dokumentation soll zur Unterstützung der Qualitätssicherung und zur besseren Darstellung des Prozesses durch eine EDV-gestützte Software verbessert werden. Hierzu gibt es bereits erste Vorstellungen sowie Testphasen.

7.4 Zentralschule für Gesundheitsberufe

In Zusammenarbeit mit der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard GbR werden Krankenschwestern und -pfleger an der Raphaelsklinik ausgebildet. Die Zentralschule ist eine kooperative Bildungseinrichtung des Gesundheitswesens, in der sich 7 Krankenhäuser aus dem Münsterland, darunter die Raphaelsklinik Münster zusammengeschlossen haben:

Ziel dieser Kooperation ist es,

- eine qualitativ hochwertige Ausbildung in den nichtärztlichen Heilberufen gemäß den veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu ermöglichen
- die hierfür notwendigen Kräfte personell und materiell effektiv einzusetzen
- das Spektrum der Ausbildung zu erweitern
- die Leitbilder der Schulträger in die Behandlung der Pflegebedürftigen einzubeziehen

Die Zentralschule besitzt die staatliche Anerkennung für die Ausbildung in der Krankenpflege (dreijährig), der Kinderkrankenpflege (dreijährig) und der Krankenpflegehilfe (einjährig).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Fachausbildung für Anästhesie- und Intensivpflege.

8 Weitere Bereiche mit unterstützenden Prozessen

8.1 Arbeitssicherheit

Arbeitssicherheit in der Raphaelsklinik ist die Aufgabe jedes einzelnen Mitarbeiters im Rahmen der Ausübung der jeweiligen Tätigkeit. Unterstützend und ergänzend arbeiten die Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben für Sicherheit und Gesundheitsschutz wie Betriebsärztlicher Dienst, Fachkraft für Arbeitssicherheit und zehn Sicherheitsbeauftragte.

Aufgabe der Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben im Arbeitsschutz ist die Unterstützung und Beratung der Mitarbeiter vor Ort in allen Fragen des Arbeitsschutzes. Hierzu gehören die individuelle Prophylaxe und Beratung, Betreuung und Unterstützung ebenso wie Begehungen, die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen und das Führen des Gefahrstoffkatasters jeweils im Einklang mit den Vorschriften des geltenden Rechts. Informationen und Kenntnisse zu Sicherheit und Gesundheitsschutz werden über das persönliche Gespräch, Arbeitsanweisungen, Schulungen und abteilungsinterne Unterweisungen, schriftliche Informationen sowie das Intranet transportiert.

Ziel ist es, das Bewusstsein der Mitarbeiter für Sicherheit und Gesundheitsschutz kontinuierlich zu fördern, durch präventives Handeln Gefahrenpotentiale auszuschalten und nicht zuletzt die Konformität mit den geltenden Rechtsvorschriften sicherzustellen.

8.2 Hygiene

Wer wir sind: Die Krankenhaushygiene der Raphaelsklinik wurde im Jahr 2005 neu strukturiert und wird derzeit durch die Fachpflegekraft für Hygiene Fr. Teschlade, die beiden hygienebeauftragten Ärzte OA Dr. Gödde (operativer Teil) und Dr. Menke (internistischer / nicht operativer Teil) und dem hygieneverantwortlichen ärztlichen Direktor PD Dr. Möllenhoff repräsentiert.

Was wir leisten: Neben der intensiven klinischen Überwachungs- und Beratungstätigkeit, sind alle Mitglieder in der Prävention von Infektionen engagiert und Ansprechpartner für alle klinischen Abteilungen bezüglich hygienischer Problematik. Das Hygieneteam bildet sich regelmäßig auch außerbetrieblich fort und führt in regelmäßigen Abständen Schulungen für alle Mitarbeiter der Raphaelsklinik durch. Die Entwicklung der örtlichen Resistenzlage sowie das Auftreten von multiresistenten Erregern werden in enger Kooperation mit unserem Partner (Laborzentrum Nordhorn) engmaschig überwacht.

Das Hygieneteam ist in der Misericordia konzernweit in Projekten zur Infektionsprävention und -kontrolle aktiv.

Weiterhin beteiligt sich die Raphaelsklinik unter der Leitung der Abteilung für Hygiene an einem Euregio Projekt zur Bekämpfung von MRSA (MRSA-net).

Was wir wollen:

- Patienten sollen effektiv vor nosokomialen Infektionen geschützt werden, was durch die Entwicklung und Optimierung bestehender Verfahrensanweisungen, Checklisten und Hygienestandards, sowie der Kontrolle deren Umsetzung gewährleistet wird.
- In einem hauseigenen vom Konzern unterstützten Projekt, wollen wir die Infektionskontrolle in den Abteilungen durch Implementierung von Infektionsbeauftragten stärken.
- Es werden (sollen) Informationsbroschüren für Patienten mit Infektionserkrankungen erstellt (werden).
- Die Präsenz und Transparenz der Krankenhaushygiene soll weiter gestärkt werden.

8.3 Küche

In der Raphaelsklinik werden alle Mahlzeiten täglich frisch zubereitet, wobei ernährungsphysiologische Aspekte und Lebensmittelhygienevorschriften – von der Warenanlieferung bis zur Rückstellprobe – genauestens eingehalten werden. Die Küche bietet ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung. In vier täglich wechselnden Mittagsmenüs stehen Vollkost, leichte Vollkost, Seniorenkost und vegetarische Kost nicht nur den Patienten, sondern auch den Mitarbeitern im Mitarbeiterrestaurant zur Auswahl. Ein Spezialitäten Speiseplan steht für Wahlleistungspatienten zur Verfügung. Die Diätküche bereitet Sonderkostformen wie Diabetesdiät, Reduktionskost, Pankreatitisiät, kalium- und natriumbilanzierter Ernährung im Rahmen der Dialyse und viele weitere Kostformen zu. Die wöchentliche Ernährungssprechstunde bietet eine persönliche Ernährungsberatung durch die Diätassistentin, die bei Bedarf vom behandelnden Arzt angeordnet werden kann. Die Verfahren der Warenbeschaffung, Vorbereitung, Produktion, Verteilung und Nachsorge sind beschrieben.

8.4 Labor

Die Leistungen des Labors der Raphaelsklinik Münster stehen den Stationen und Ambulanzen rund um die Uhr zur Verfügung. Das MTA-Labor team wird in seiner Arbeit unterstützt durch neueste, hochtechnisierte Analysegeräte, die über ein spezielles Labor-Softwareprogramm gesteuert werden. Stationen und Ambulanzen können durch eine moderne Auftrags- und Befundkommunikation patientenspezifisch über die hauseigene EDV, die mit der Labor-EDV verknüpft ist, das Labor beauftragen und Befunde abrufen. Dadurch ist eine schnelle, unkomplizierte Information und Befundübermittlung gewährleistet. Vorteil ist ferner eine raschere Diagnosefindung und Therapieüberwachung. Das Leistungsangebot des Labors wird auch von niedergelassenen Praxen in unmittelbarer räumlicher Nähe wahrgenommen.

Das Leistungsspektrum des Labors umfasst: Klinische Chemie, Immunologie, Hämatologie, Immunhämatologie, Hämostaseologie, Urindiagnostik, Liquordiagnostik

Die Verfahren im Labor von der Anforderung bis zur Befundübermittlung sind geregelt.

8.5 Zentrale Sterilgut Versorgungsabteilung (ZSVA)

Wer wir sind

Die ZSVA (Zentrale Sterilgut Versorgungsabteilung) ist eine junge Abteilung innerhalb der Klinik, wurde 2002 neu geplant und 2003 in Betrieb genommen. Hier werden alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden sterilen Instrumente der Aufbereitung zugeführt. Mit zahlreichen operativen Fachabteilungen ist die ZSVA eine wichtige Abteilung innerhalb unseres Krankenhauses. Der Stellenwert der Aufbereitung von Medizinprodukten hat sich im Laufe der Jahre stark gewandelt. Durch neu strukturierte Arbeitsabläufe und einem umfassenden Qualitätsmanagement hat sich die Abteilung - ZSVA den Herausforderungen eines modernen Klinikbetriebes gestellt.

Was wir leisten

Mit ca. 14.000 STE (Sterilisationseinheit) im Jahr und 7 Mitarbeitern ist unsere Abteilung für den gesamten OP und alle Stationen sowie die Funktionsabteilungen zuständig. Um diese Aufgabe zu bewältigen sind wir mit modernsten Geräten und Computern ausgestattet.

Der Gesetzgeber hat mit dem Medizinprodukte Gesetz (MPG) und der Medizinprodukte – Betreiberverordnung (MPBetreibV) klare Anforderungen an das Aufbereiten von Medizinprodukten gestellt. Personalqualifikation, EN Normen, Richtlinien, Verordnungen und validierte Prozesse müssen erfüllt werden.

Alle Mitarbeiter verfügen über die geforderte Personalqualifikation und werden zu regelmäßigen Fortbildungen geschickt, damit alle Neuerungen auch direkt umgesetzt werden können.

Was wir wollen

Die Gesetzesnovellierungen, Normen und Richtlinien und die Anforderungen unserer Kunden stellen uns ständig vor neue Aufgaben, die wir bei der täglichen Arbeit in der Sterilgutversorgung zum Wohle der Patienten erfüllen wollen.

Ein weitere Herausforderung und ein neues Angebot ist die Aufbereitung für Niedergelassene Großpraxen mit angegliedertem OP. Die Voraussetzungen dafür sind erfüllt und so soll es in diesem Jahr beginnen.

8.6 Physiotherapie

Viele Erkrankungen und Operationen erfordern eine gezielte Aktivierung und Mobilisierung des Körpers. Die Physikalische Therapie bietet im stationären sowie ambulanten Bereich ein umfassendes Angebot von aktiven und passiven Maßnahmen, die die Genesung unterstützen und den Wiedereinstieg in den Alltag erleichtern sollen (Gangschule nach endoprothetischem Gelenkersatz, Anwendungen wie Fango, Heißluft und Massage zur Schmerzlinderung etc.). Durch gezielte und laufende Fort- und Weiterbildung sieht sich die Physiotherapie in der Lage, unter anderem folgende Therapieformen anzubieten:

- Manuelle Therapie (z.B. bei Arthrose)
- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis nach Bobath (z.B. nach einem Schlaganfall)
- Krankengymnastische Behandlung nach Cyriax (z.B. bei Schulterproblemen)
- Rückenschule (z.B. nach Brügger) in Einzeltherapie
- Fußreflexzonen-Therapie
- Lymphdrainage/Ödemtherapie (z.B. bei Wassereinlagerung)
- Elektrotherapie (z.B. bei Nervenschädigung)

Die Verfahren der Physikalischen Therapie von der Anforderung bis zur Behandlung sind geregelt.

8.7 Seelsorge

Seelsorge im Krankenhaus richtet sich

- an Menschen, die durch Krankheit oder Unfall in eine Krise geraten sind, sowie deren Angehörige und Freunde; dabei ist zu bedenken, dass die Einweisung in die Institution Krankenhaus für einen kranken Menschen wie für sein Umfeld in der Regel eine erhebliche zusätzliche psychische Belastung darstellt.
- an Menschen, die direkt oder indirekt mit oder für die Patienten arbeiten: einerseits sind in den verschiedenen Mitarbeitergruppen immer wieder Menschen, die auf Grund der physisch und psychisch belastenden Arbeit selber Seelsorge brauchen; andererseits kommt eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Qualität der Seelsorge und der Bedeutung der Seelsorge in der Klinik insgesamt zugute.
- die Institution selbst, ihre Zielsetzung und Struktur, ihr Betriebsklima, ihre Patientenorientierung.

Zu den Aufgabenbereichen der Seelsorge im Krankenhaus gehören

- Gesprächsseelsorge: Krankenhauseelsorge ist Teil des gesamten Pastoralauftrages der Kirche. Ein Krankenhauseelsorger ist ständig erreichbar.
- Regelmäßige Patientenbesuche: Krankenhauseelsorge als Zuwendung zu und Sorge um den Patienten in der Institution Krankenhaus konkretisiert sich in der Begegnung mit ihnen. Der Seelsorger besucht Patienten oder diese bzw. andere Personen und Mitarbeiter bitten um einen Besuch. Daraus ergeben sich unterschiedlich intensive Formen der Betreuung sowie verschiedene pastorale Aufgabenstellungen, die u.a. auch Krisenintervention, geistliche Begleitung, liturgische Feiern beinhalten.
- Kontakt und Gespräche mit Angehörigen: Die Aufmerksamkeit der Seelsorge gilt dem sozialen Umfeld der Patienten: den Angehörigen, Freunden, Nachbarn. Wenn Angehörige ihre Situation als belastend und kritisch erleben, versucht der Seelsorger im Rahmen seiner Möglichkeiten Begleitung anzubieten.
- Sterbebegleitung durch Besuche auch außerhalb der Kernarbeitszeit; Gespräche mit Angehörigen; ggf. Mittragen der Sitzwache; in besonderen Fällen Hospizbesuche
- Trauerbegleitung: Mitgestaltung oder Teilnahme an der Beerdigung, Verfassen von Beileidsbriefen, in besonderen Fällen Hausbesuche, Gesprächsangebot für Hinterbliebene

- Personalseelsorge: Klinikseelsorge nimmt einen Teil der Personalseelsorge wahr. Problemgespräche mit MitarbeiterInnen.
- Begleitung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen: Einführung in die Aufgabe des Kommunikationshelfers und des Besuchdienstes, anschl. Gespräche und Reflexion nach Bedarf.
- Liturgie und Gottesdienst: Dies geschieht in der Spendung der Sakramente, im Gebet und in anderen liturgischen Feiern. Seelsorge bemüht sich, die Befindlichkeit von Patienten, von Angehörigen und nahe stehenden Personen in Symbolen und Riten auszudrücken und eine Adäquate Gebetsprache zu finden. Schwerpunkte sind heilige Messen, Gottesdienststation, Wortgottesdienste, Segnungen, Krankensalbung und Krankenkommuniongänge

8.8 Klinisches Ethikkomitee

Das Ethikkomitee fühlt sich in seiner Arbeit dem Leitbild der Misericordia in besonderer Weise verpflichtet. Als unabhängiges Gremium will es den PatientInnen, deren Angehörigen und allen MitarbeiterInnen durch die Diskussion ethischer Fragestellungen, Fallbesprechungen vor Ort im Rahmen des klinischen Bedarfs, die Organisation und/oder Durchführung innerbetrieblicher Fortbildungsmaßnahmen, Orientierungshilfe sein. Es bietet weiterhin die Möglichkeit zur ethischen Reflexion und Aufarbeitung bereits getroffener oder anstehender Entscheidungen im Bereich der Raphaelsklinik Münster und zur Entwicklung ethischer Leitlinien für besondere Behandlungssituationen.

Das Ethikkomitee ist ein unabhängiges Beratungsgremium aus 12 Mitgliedern. Seine Mitglieder sind nur ihrem Gewissen verpflichtet. Das Komitee ist aus unterschiedlichen Gruppen zusammengesetzt: aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Pflege, des Sozialdienstes, der Seelsorge und der Verwaltung.

Ziele:

- Förderung der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und Problemstellungen im klinischen Alltag und Beitrag zur Lösung ethischer Konflikte
- Weiterentwicklung der ethisch-moralischen Entscheidungskompetenz der Klinikmitarbeiter auf Grundlage der Leitlinien der Raphaelsklinik
- Erarbeitung von Empfehlungen und Stellungnahmen zu ethischen Fragen

Grundlagen der Arbeit:

- Achtung der Menschenwürde
- Anerkennung der Autonomie des Menschen
- Fürsorgepflicht der Behandelnden
- das Prinzip, keinen Schaden zuzufügen
- Gerechtigkeit und Fairness
- Wahrhaftigkeit und Verschwiegenheit

Aufgaben:

Beratung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung.

Wir bieten an:

- Information und Orientierungshilfe
- Beratung zu ethischen Fragen
- ethische Fallbesprechungen
- Reflexion und Aufarbeitung bereits getroffener Entscheidungen

Tätigkeiten:

- Monatlich Sitzung
- Schweigepflicht und Datenschutz sind grundsätzlich gewährleistet.
- Im Bedarfsfall trifft das KEK kurzfristig zusammen, um schnell beratend zur Seite zu stehen.

- Die Antragstellerin oder Antragsteller erhält die Stellungnahme in schriftlicher Form.

Kontaktwege:

Ein Beratungswunsch kann persönlich und vertraulich in mündlicher oder schriftlicher Form an jedes Komiteemitglied gerichtet werden. Ist eine ethische Fallbesprechung gewünscht oder erforderlich, werden im gemeinsamen Gespräch zwischen Ärzten, Pflegenden, dem Patienten und eventuell Angehörigen Entscheidungshilfen gegeben und ein tragfähiger Lösungsweg gefunden.

Die Satzung des KEK sowie das Formblatt zur Anforderung einer Ethischen Fallbesprechung liegen im QM vor.

8.9 Sozialdienst

Krankheit und damit verbundener Klinikaufenthalt kann für Patienten und deren Angehörige eine zeitweise oder gegebenenfalls auch dauerhaft veränderte Lebenssituation bedeuten. Bei den daraus entstehenden persönlichen, sozialrechtlichen oder beruflichen Fragen berät der klinische Sozialdienst die Patienten.

Tätigkeitsschwerpunkte des Sozialdienstes sind:

- Psychosoziale Begleitung während der Krankenhausbehandlung,
- Vermittlung und Beratung zu psychosozialen Hilfen,
- Reha-Beratung und -Vermittlung
- Beratung und Vermittlung von sozialrechtlichen und wirtschaftliche Hilfen,
- Beratung und Organisation häuslicher Versorgung in Zusammenarbeit mit der Abteilung Überleitungspflege,
- Beratung, Information und Kostenklärung zur Anmeldung und Aufnahme in einem Pflegeheim, einem Hospiz oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

8.10 Technik

Hauptaufgabe der Technik ist die Ausstattung der Bereiche mit den technischen Hilfsmittel einschl. deren Wartung und Reparatur sowie die Sicherung der Wasser- und Energieversorgung der Klinik. Dabei werden die Vorgaben, wie z.B. des Arbeitsschutzes, der Hygienevorschriften und des Medizinproduktegesetzes beachtet.

8.11 Kooperationspartner

Im Ambulanzzentrum an der Raphaelsklinik sind folgende Kooperationspartner ansässig:

- Dialysepraxis PD Dr. K. Langer
- Hämostaseologische Schwerpunktpraxis Dr. H. Pollmann
- Hebammenpraxis mamatoto Martina Freff
- Kardiologische Gemeinschaftspraxis – Linksherzkatheter Dr. Castrucci/Dr. Weber
- ORAG – Orthopädisch-Radiologische Gemeinschaftspraxis mit MTR
- Orthopädietechnik Ludger Siebeneck
- Schmerztherapie: Dr. Wrenger, Dr. Eusterbrock, P. Bekaam
- Diabetologie: Dr. Nitsche, Prof. Wiegelmann

Weitere Kooperationspartner der Raphaelsklinik sind:

- Anästhesiologische Praxis/Ambulantes Operieren in der Raphaelsklinik: Dr. Schwartz
- Dialysezentrum (KfH): Dr. Schulte-Vorwick, Dr. Zangerl
- Kardiologie mit Linksherzkatheteruntersuchung: Dr. Fechtrup
- Labor Nord-West in Nordhorn
- Notfallpraxis des Praxisnetz Münster e.V.
- Onkologie: Gemeinschaftspraxis zur Behandlung onkologischer Erkrankungen: Dr. Kriebel-Schmitt, Dr. Burstedde
- Orthopädische Praxis / Praxisklinik: Prof. Dr. Jörn Steinbeck, Dr. Witt, PD Dr. Marquardt
- Pulmologie: Dr. Lingenfelser
- Zentrum für ambulante Rehabilitation Münster (ZaR)

- Ophthalmologie: Dr. Fehtrup, Dr. Busse
- Dermatologie: Prof. Dr. Fegeler

8.12 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Klinikintern findet regelmäßig ein interdisziplinäres Fortbildungsprogramm der chirurgischen Abteilungen und der Anästhesieabteilung statt. Regelmäßig findet die interdisziplinäre Tumorkonferenz unter Leitung der allgemeinen chirurgischen Abteilung und Mitwirkung der weiteren chirurgischen, internistischen und radiologischen Abteilungen sowie Teilnehmern aus den Fachgebieten der Pathologie und Onkologie statt. Monatlich findet eine anästhesiologisch / intensivmedizinische Fortbildung in Kooperation mit den Anästhesieabteilungen der anderen münsteraner Krankenhäuser und des Universitätsklinikums statt.

Alle Veranstaltungen sind als ärztliche Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der freiwilligen ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe anerkannt.

Rund um die Uhr wird die notfallmedizinische Versorgung von Unfallopfern interdisziplinär durch die operativen Abteilungen Unfallchirurgie und Chirurgie I mit der Anästhesieabteilung gemeinsam durchgeführt.

Die Akutversorgung von vital bedrohten Patienten der Raphaelsklinik wird über den „Herz-Alarm“ gemeinsam durch das eingespielte Team mit dem Intensivfachpflegepersonal, dem internistischen Intensivmediziner sowie dem für die Intensivmedizin zuständigen Anästhesisten durchgeführt.

8.13 Zentrale interdisziplinäre Aufnahme (ZiA)

Die ZiA wurde Ende 2007 als erste interdisziplinäre Aufnahme in der Region Münster in Betrieb genommen. Hauptaufgaben der ZiA sind die

- Planung der Termine der Sprechstunden und stationären Aufnahmen der Patienten mit der zugehörigen Diagnostik und ggf. der OP Planung sowie die
- Versorgung aller Patienten, einschließlich der Notfallpatienten. Dies umfasst die ärztliche und pflegerische Anamnese, Untersuchung, die Erstdiagnostik und -therapie mit der entsprechenden Dokumentation.

Im Bedarfsfall werden Ärzte weiterer Fachabteilungen zur Klärung interdisziplinärer Fragestellungen hinzugezogen. Für den Patienten wird eine Arbeitsdiagnose mit zugehörigem Diagnose- bzw. Therapieplan erstellt.

In der ZiA wurde ein Überwachungsbereich mit vier Betten incl. Monitoring und zugehörigem Pflegedienstplatz neu eingerichtet. Durch die räumliche und organisatorische Trennung von Patienten mit Termin und Notfallpatienten wird die Wartezeit für den Patienten möglichst kurz gehalten.

9 Die Abläufe in der Raphaelsklinik (Prozessdarstellung)

Für das reibungslose Funktionieren aller Abläufe ist die Koordination zahlreicher miteinander verknüpfter Tätigkeiten notwendig. Diese Abläufe mitsamt den daraus entstehenden Wechselwirkungen werden in einem systematischen Prozessmanagement erkannt, gelenkt und geleitet. Die einzelnen Prozesse werden durch eine „Prozessverantwortlichen“ überwacht und im Kundeninteresse kontinuierlich optimiert.

Die Prozesse der Raphaelsklinik werden unterteilt in Leitungsprozesse, Kernprozesse sowie unterstützende Prozesse:

9.1 Leitungsprozesse

Die Leitungsprozesse steuern die **Aufbau- und Ablauforganisation** der Klinik. Der Aufbau der Klinik und der Abteilungen ist in Organigrammen, der Aufbau des QM-Systems in der „Geschäftsordnung Qualitätsmanagement“ dargestellt.

Die Ablauforganisation der Leitungsprozesse ist in den Verfahren dargestellt. Die Abläufe des oben erläuterten Qualitätsverbesserungszyklus (insb. zu Plan, Check und Act) sind zentrale Leitungsprozesse, mit denen die Kundenanforderungen ermittelt und die Kundenzufriedenheit sichergestellt wird.

Weitere Leitungsprozesse umfassen

- die Gewinnung, Einarbeitung und Schulung von Mitarbeitern und deren weitere Entwicklung,
- die Ermittlung und dauerhafte Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur und Arbeitsumgebung wie z.B. Räume, Geräte, Software-Programme u.ä.

Diese Leitungsprozesse haben unmittelbaren Einfluss auf alle anderen Prozesse.

9.2 Unterstützende Prozesse

Um das definierte Leistungsspektrum umsetzen zu können, werden unterstützende und steuernde Leistungen angeboten. Alle Bereiche, die bei der Patientenversorgung unterstützend tätig sind, wurden oben unter „weitere Bereiche“ bereits beschrieben.

9.3 Kernprozess Patientenversorgung

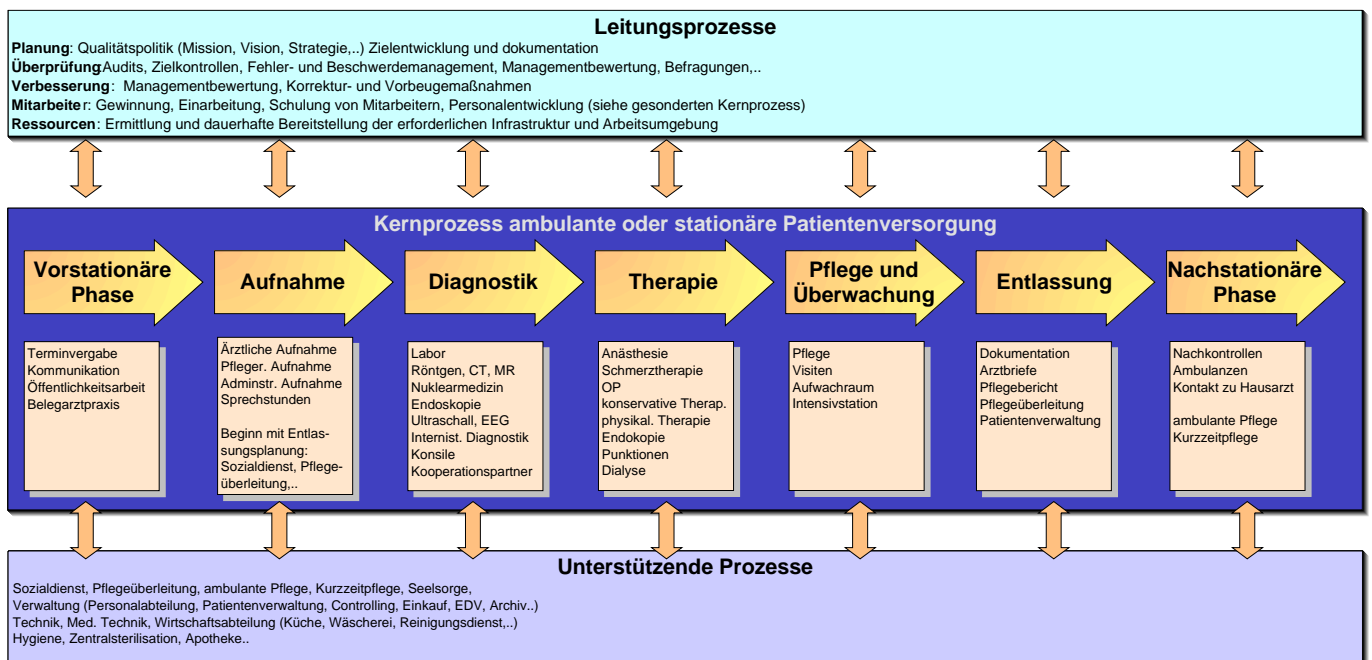
In der Beschreibung des Kernprozesses wird der Weg des Patienten durch die Raphaelsklinik nachvollzogen. Der Kernprozess wird in mehrere Teilprozesse aufgeteilt. Aufgrund der Vielfalt der verschiedenen Erkrankungen wird nicht von jedem Patienten jeder Teilprozess durchlaufen. So entfällt z.B. bei Notfallpatienten die vorstationäre Phase und bei ambulanten Patienten die stationäre Phase. Da die meisten Einzelprozesse von der Art der Patientenbehandlung unabhängig sind, wurde bewusst darauf verzichtet, mehrere Kernprozesse mit dann zahlreichen Gemeinsamkeiten zu beschreiben.

Der Kernprozess gliedert sich in folgende Teilprozesse:

1. Kontaktphase (vorstationäre Phase)
2. Aufnahme (ambulant oder stationär)
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Pflege und Überwachung
6. Entlassung
7. Nachstationäre Phase

Jeder Teilprozess enthält zahlreiche Einzelprozesse, die aufgrund der Vielzahl nicht in diesem Handbuch dargestellt werden können. Ein Teilprozess der Klinik kann für die betreffende Abteilung der Kernprozess sein.

Die wichtigsten Einzelprozesse finden Sie in der folgenden Grafik und Text. Alle Teilprozesse sind für die Mitarbeiter in tabellarischer Form im Intranet und als Ausdruck in der QM Dokumentation verfügbar.



9.3.1 Vorstationäre Phase

Zur Vorstationären Phase gehören alle Abläufe, die stattfinden, bevor der Patient in die Klinik kommt. Dazu gehört insb. die Terminvergabe für Sprechstunden, Untersuchungen und stat. Aufnahmen (Aufnahmemanagement)

Zusätzlich sind auch die Öffentlichkeitsarbeit (Internet, Printmedien, Fortbildungsangebot, Ausstellungen) sowie die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten, zuweisenden Kliniken oder Heimen sowie dem Rettungsdienst relevant.

Bei den Belegärztlichen Abteilungen findet der Erstkontakt mit dem Patienten außerhalb der Klinik in den Praxen der Belegärzte statt.

Bei Notfallpatienten entfällt die vorstationäre Phase in der Regel.

9.3.2 Aufnahme

Die Aufnahme-Phase umfasst die erste Zeit nach Eintreffen in der Raphaelsklinik.

Es findet das ärztliche und pflegerische Aufnahmegespräch und die erste Untersuchung sowie eine evtl. notwendige Aufklärung statt. Dabei wird gemeinsam mit dem Patienten über den definitiven Aufnahmetermin, die notwendige Diagnostik und/oder Operation entschieden. Außerdem wird die administrative Aufnahme durchgeführt. Viele Patienten werden bei diesem Erstkontakt ambulant z.B. im Rahmen einer Sprechstunde gesehen. Aber auch eine direkte stationäre Aufnahme auf eine Station oder Intensivstation nach dem Erstkontakt ist möglich. Bereits bei der Aufnahme wird berücksichtigt, welche Maßnahmen für eine strukturierte Entlassung notwendig sind. Unterstützende Bereiche wie Sozialdienst, ambulante Pflege oder Pflegeüberleitung werden so früh wie möglich eingebunden.

9.3.3 Diagnostik

Bei den meisten Patienten ist eine Diagnostik zur Klärung der Symptome erforderlich. Die Diagnostik Phase folgt meist direkt nach der Aufnahme Phase und kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Diagnostische Maßnahmen sind aber auch zu jedem Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes möglich.

Die wichtigsten diagnostischen Bereiche umfassen Labor, Radiologie mit Röntgen, Computertomografie, Kernspintomografie, Nuklearmedizin und PET, Endoskopie, internistische Funktionsdiagnostik, invasive kardiologische Diagnostik (Herzkatheter) sowie konsiliarärztliche Dia-

agnostik. Die einzelnen diagnostischen Bereiche sind auch als unterstützende Prozesse in diesem Handbuch beschrieben.

9.3.4 Therapie

Nach Sicherung der Diagnose folgt die Therapiephase. Hierunter fallen insb. alle Regelungen zu den Operationen (von der OP Vorbereitung über die OP bis Verlegung auf Station) und zur Anästhesie (von der präoperativen bis zur postoperative Phase).

Auch die invasive, nicht operative Therapien (z.B. Endoskopische Verfahren, Herzkatheter, Dialyse, Dränagen,...) sowie die medikamentöse und physikalische Therapie gehören zu diesen Teilprozess. Bei einer Versorgung auf der Intensivstation sind die verschiedenen intensivtherapeutische Verfahren geregelt.

Zahlreiche Regelungen zur Schmerztherapie stellen sicher, dass der Aufenthalt in der Raphaelsklinik für schmerzfrei wie möglich ist.

Pflegestandards und pflegerische Handlungsrichtlinien definieren Art und Umfang der pflegerischen Tätigkeiten in der Raphaelsklinik und sichern die Einhaltung der Pflegequalität und des Therapieerfolges.

9.3.5 Pflege und Überwachung

Die kontinuierliche Überwachung des Behandlungsverlaufes wird sowohl in den Ambulanzen als auch auf den Stationen und Intensivstationen sichergestellt. Dabei wird der Grad der Überwachung an die Schwere der Erkrankung angepasst. Auch außerhalb der Intensivstation werden dabei Überwachungsmonitore zum Schutz der Patienten eingesetzt.

Im Rahmen der Visiten, welche bei Bedarf auch mehrfach täglich durchgeführt werden, mit der Behandlung von Verlauf eingeschätzt, mit dem Patienten besprochen und dokumentiert. Je nach Verlauf können sich dabei neue diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ergeben.

9.3.6 Entlassung

Zur Entlastungsphase gehören alle Prozesse, die den Patienten auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt vorbereiten. Dabei werden alle notwendigen Informationen zur weiteren Versorgung des Patienten, wie zum Beispiel Arztbriefe oder Pflegeberichte, den weiter betreuenden Personen zur Verfügung gestellt. Eine Entlassung bzw. Verlegung findet in enger Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen statt.

Durch das strukturierte „Entlassungsmanagement“ wird der Patient frühzeitig auf die Entlassung vorbereitet und die verlässliche Planung der freiwerdenden Betten möglich.

Die Regelungen zur Überleitung von Patienten in die ambulante pflegerische Versorgung haben das Ziel, die Einrichtung ambulanter Maßnahmen zum Entlassungszeitpunkt patientengerecht zu organisieren. Die Grund- und Behandlungspflege kann durch den eigenständigen ambulanten Pflegedienst der Raphaelsklinik erbracht werden.

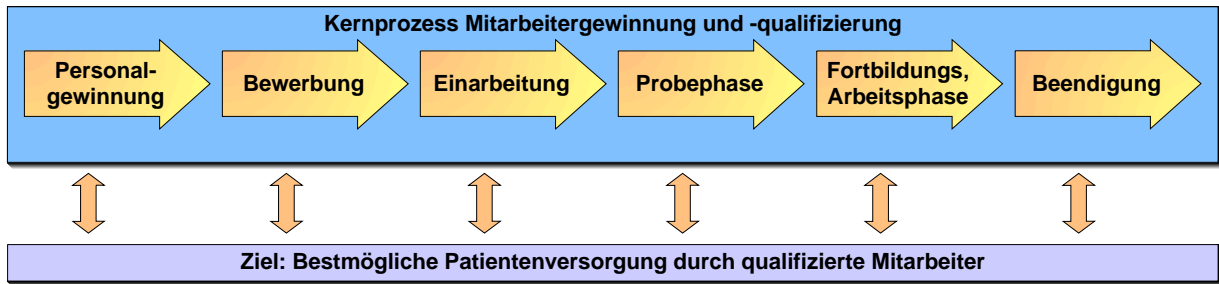
Im Rahmen der Entlassung wird von den Mitarbeitern noch die Dokumentation für die Abrechnung und die Qualitätssicherung durchgeführt.

9.3.7 Nachstationäre Phase

Die Nachbehandlung der entlassenen Patienten oder der ambulant operierten Patienten erfolgt entweder durch die Ambulanzen der einzelnen Fachabteilungen oder durch den Hausarzt bzw. einen weiterbehandelnden Facharzt. Prinzipiell stehen die Ambulanzen und die diensthabenden Ärzte jederzeit und insbesondere in der ersten postoperativen Nacht für die Nachbehandlung zur Verfügung. Dies beinhaltet vor allem telefonische Rückfragen der Patienten und Hausärzte und -sollte dies notwendig werden- die stationäre Aufnahme bei auftretenden Komplikationen.

Nach der Entlassung von operierten Patienten ist in bestimmten Fällen eine Nachbetreuung der Patienten angezeigt. Diese wird vom Sozialdienst oder der Pflegeüberleitung organisiert. Die Weiterversorgung kann z.B. im Rahmen einer ambulanten pflegerischen Versorgung oder durch unsere Kurzzeitpflegestation erfolgen.

9.4 Kernprozess Mitarbeitergewinnung und -qualifizierung



9.4.1 Personalgewinnung

Die Gewinnung des Personals kann über interne, also innerbetriebliche oder externe Stellenausschreibungen erfolgen

In der Regel werden die Mitarbeiter durch vorliegende Bewerbungen (Initiativbewerbungen) oder durch Stellenausschreibungen in der örtlichen Tagespresse (WN und MZ), bzw. durch Stellenausschreibungen in der überörtlichen Fachpresse, wie z. B. dem Ärzteblatt gewonnen.

Beim Verfassen der Stellenausschreibungen wird das vorgeschriebene Corporate Design sowie das von den jeweiligen Abteilungsleitern vorgegebene Ausschreibungskonzept und Stellenprofil umgesetzt.

9.4.2 Bewerbung/ Einstellung der Mitarbeiter

Nach Vorlage der Bewerbungen erfolgt die Sichtung der Unterlagen durch die Personalabteilung. Hier findet eine systematische Vorauswahl nach eigenen wie auch vorgegebenen Kriterien statt. Anschließend werden die Unterlagen geeigneter Bewerber / Bewerberinnen dem zuständigen Chefarzt bzw. der Abteilungsleitung zur Beurteilung vorgelegt. Es bleibt der jeweiligen Abteilungsleitung vorbehalten, eventuell vorab Informationsgespräche mit der Bewerberin, dem Bewerber zu führen.

Nach Durchführung dieses Verfahrens steht in der Regel ein genügend großer Bewerberpool zur Auswahl zur Verfügung. Mit geeigneten Bewerbern finden anschließend Bewerbungsgespräche statt. An diesen Gesprächen nehmen ein Vertreter der Personalabteilung, die Abteilungsleitung sowie ein oder mehrere Mitglieder der Betriebsleitung / Geschäftsführung teil.

Die Mitarbeitervertretung erhält aufgrund des Zustimmungsverfahrens gemäß § 34 der Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) eine Mitteilung über den neuen Mitarbeiter.

Gemeinsames Ziel ist es, für die zu besetzende Position den am besten geeigneten Mitarbeiter zu finden.

9.4.3 Einarbeitung der Mitarbeiter

Die Einarbeitung der Mitarbeiter erfolgt nach einem vorgegebenen Einarbeitungskonzept.

Zu Beginn werden dem neuen Mitarbeiter die Räumlichkeiten der Klinik und des neuen Arbeitsplatzes sowie die Kollegen und Kolleginnen vorgestellt. Anschließend wird dem Mitarbeiter die zu verrichtende Tätigkeit durch die Stations- bzw. Abteilungsleitung erläutert. Ein erfahrener Mitarbeiter begleitet als Mentor den Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase und führt die Arbeiten anfangs gemeinsam mit dem neuen Mitarbeiter durch.

9.4.4 Probezeit der Mitarbeiter / Personalbeurteilung

Personalbeurteilungen können aus unterschiedlichen Gründen notwendig werden:

- bei der Einstellung
- bei Ablauf der Probezeit
- bei Versetzungen und Höhergruppierungen
- bei Ausscheiden der Mitarbeiter

Die Probezeit der Mitarbeiter dauert in der Regel sechs Monate. Sie gibt dem Dienstgeber die Möglichkeit, den neuen Mitarbeiter kennen zu lernen und ihn in seiner Arbeitsleistung zu beurteilen.

Während der Probezeit kann das Dienstverhältnis ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende schriftlich gekündigt werden.

Innerhalb der Probezeit nimmt sich der Abteilungsleiter die Zeit für ein ausführliches Mitarbeitergespräch mit dem neuen Mitarbeiter. In diesem Gespräch sollten die vergangenen Monate des Dienstverhältnisses ausführlich thematisiert werden. Das Gespräch sollte nicht unmittelbar am Ende der Probezeit stattfinden, um allen Beteiligten noch genügend Zeit zu geben, Missstände abzustellen.

An die Erprobungsphase schließt sich in der Regel ein unbefristetes Dauerarbeitsverhältnis an. In regelmäßigen Abständen werden von den Abteilungsleitern Beurteilungen ihrer Mitarbeiter erstellt. Diese Beurteilung hat u. a. folgende Vorteile:

- Der persönliche Kontakt zwischen Abteilungsleitung und Mitarbeiter wird gefördert.
- Mitarbeiter werden am richtigen Arbeitsplatz eingesetzt, da ihre Leistungen regelmäßig überprüft werden.
- Geeignete Mitarbeiter können beruflich gefördert werden.
- Unterlagen für Höhergruppierungen bzw. „Beförderungen“ stehen zur Verfügung.

9.4.5 Fortbildungs- und Arbeitsphase der Mitarbeiter

Eine ständige berufliche Fortbildung ist für die Mitarbeiter und den Erhalt bzw. Ausbau des Kenntnisstands unverzichtbar. Damit wird die Behandlung der Patienten nach aktuellem Wissensstand sichergestellt. Die kontinuierliche Fort- und Ausbildung liegt deswegen auch im Interesse des Arbeitgebers. Mitarbeiterschulungen werden sowohl zentral als auch dezentral organisiert und koordiniert. Mitarbeiter werden für die Schulungen und Fortbildungen freigestellt. Der Schulungserfolg wird von den Vorgesetzten überprüft.

Die Zahl der Arbeitsplätze, die einem ständigen Wandel unterworfen sind, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Ein Ende dieser Entwicklung ist bei weitem nicht abzusehen.

9.4.6 Beendigung des Arbeitsverhältnisses

In der Regel endet ein Dienstverhältnis durch Fristablauf (befristetes Dienstverhältnis), Gewährung einer Rente oder durch Kündigung des Dienstnehmers. Eine Kündigung des Dienstverhältnisses hat schriftlich zu erfolgen. Dem Mitarbeiter ist eine schriftliche Kündigungsbestätigung auszuhändigen.

Jeder Mitarbeiter hat Anspruch auf Informationen über Konsequenzen, die sich aus der Beendigung seines Dienstverhältnisses ergeben. Diese Informationen erstrecken sich auf:

- Beendigung der Gehaltszahlung
- Abmeldung bei der Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger und der Kirchlichen Zusatzversorgungskasse
- Der Mitarbeiter ist darauf hinzuweisen, dass der Resturlaub bis zum Ende seines Arbeitsverhältnisses anzutreten ist und eventuelle Überstunden bis zum Dienstende abgebaut werden müssen
- Darüber hinaus hat der Mitarbeiter ein Informationsrecht bzgl. „Weihnachtsgeldzahlung“, Urlaubsgeld, Ausstellung eines Dienstzeugnisses.

Nach Abschluss des Dienstverhältnisses, nach Rückgabe aller an den Mitarbeiter ausgehändigten klinikeigenen Gegenstände (z.B. Schlüssel, Diktiergeräte, Parkkarten usw.) werden dem Mitarbeiter gegen Ausgleichsquittung die „Arbeitspapiere“ ausgehändigt.

10 Wie wir Qualität gewährleisten (QM-System)

10.1 Aufbau und Geltungsbereich des QM-Systems

Am 06.01.2003 wurde die „Geschäftsordnung Qualitätsmanagement“ von den Einrichtungen der Misericordia GmbH Krankenhausträgergesellschaft und somit der Raphaelsklinik Münster GmbH gültig. Das QM-System erstreckt sich auf die gesamte Raphaelsklinik Münster GmbH.

Die Geschäftsordnung regelt den Aufbau des QM mit den Aufgaben und Befugnisse u.a. folgender Organe:

- Der Lenkungsausschuss der Raphaelsklinik koordiniert und lenkt die Tätigkeiten im Qualitätsmanagement auf Klinikebene. Mitglieder sind die Betriebsleitung (Geschäftsführer, Ärztlichen Direktor, Pflegedirektor, Oberin) und die QM-Leitung.
- Der Lenkungsausschuss der gemeinsamen Geschäftsführung Misericordia GmbH besteht aus der Geschäftsführung (Vorsitz) und der QML der Misericordia GmbH und je einem Vertreter der Krankenhäuser. Der gemeinsame Lenkungsausschuss koordiniert und lenkt die Tätigkeiten im Qualitätsmanagement der Krankenhäuser auf Trägerebene.
- In den einzelnen Bereichen koordinieren speziell ausgebildete „Qualitätsmanagementbeauftragte“ die QM Aktivitäten.
- Qualitätsteams lösen berufs- und hierarchieübergreifend unter der Leitung eines spez. geschulten Moderators definierte, meist interdisziplinäre Probleme.

10.2 Ziele des Qualitätsmanagements

Unter anderem wird mit dem Qualitätsmanagement erreicht:

- die zweckmäßige, kunden- und bedarfsgerechte Festlegung und Einhaltung von Qualitätsanforderungen an die Dienstleistungen,
- eine Kunden- und Mitarbeiterorientierung,
- die kontinuierliche Verbesserung der Prozessabläufe,
- die möglichst frühzeitige Entdeckung und Analyse von Fehlern sowie die Festlegung geeigneter Maßnahmen, um erneute Fehler zu vermeiden,
- die laufende Überprüfung der Wirksamkeit qualitätssichernder Maßnahmen und – wenn erforderlich – die Veranlassung von Korrekturen,
- eine erhöhte Transparenz der Prozesse und Verantwortlichkeiten,
- eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit,
- die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Einführung und Weiterentwicklung eines QM-Systems (§135a SGB V) und die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern (§137 SGB V).

Wichtige Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des QM-Systems sind:

- das Vorleben der Qualitäts-Politik durch die Abteilungsleitungen der Raphaelsklinik,
- die Motivation und Schulung aller Mitarbeiter im QM,
- die regelmäßige Überprüfung des QM-Systems durch interne Audits,
- die regelmäßige Bewertung des QM-Systems,
- die ständige Anpassung des QM-Systems an veränderte Anforderungen

10.3 Qualitätsverbesserungszyklus

Wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements in der Raphaelsklinik ist der Qualitätsverbesserungszyklus (PDCA Zyklus). Dies gilt sowohl für die Leitungsebene als auch für die Kernprozessebene.

Erläuterung: Qualitätsmanagement beinhaltet u.a. ein Führen nach Zielen, d.h. Ziele (**Plan**) werden gezielt geplant. Dies gilt für die Leitung des Haus oder der Abteilung, aber auch für die Behandlungsziele im Rahmen der Patientenversorgung. Die Ziele können vom Konzern oder jeweiligen Vorgesetzten vorgegeben werden oder im Bereich selbst entwickelt werden. Die Ziele werden im Rahmen der täglichen Arbeit verfolgt und umgesetzt (**Do**). Prozessziele sowie Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beteiligten Mitarbeiter sind in den entsprechenden Prozessbeschreibungen (Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen) festgelegt. Durch verschiedene Metho-

den wird überprüft, ob die Ziele und die Verfahren eingehalten werden (**Check**). Bei der Patientenbehandlung geschieht die Überprüfung im Rahmen der regelmäßigen Visite, der Übergaben oder der Fallbesprechungen. Werden Ziele nicht erreicht oder vorgegebene Verfahren nicht eingehalten, müssen Maßnahmen ergriffen werden, damit die Ziele doch erreicht bzw. die Verfahren wie vorgegeben durchgeführt werden (**Act**). Diese Maßnahmen sind dann wieder Grundlage für angepasste Ziele oder Verfahren (**Plan**).



10.4 Dokumentation

Das QM-System ist in der Raphaelsklinik eingeführt und mit diesem QM Handbuch dokumentiert. Zu diesem Handbuch gehören Anlagen und weitere QM Dokumente, die bereichsintern den Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung stehen. Alle QM Dokumente sind mit einem eindeutigen Code sowie einem Gültigkeitsdatum und –bereich in einer Tabelle („Steuerungsmatrix“) erfasst.

Die entsprechenden Verfahren zur Lenkung der Dokumente und auch der Aufzeichnungen ist ebenfalls festgelegt.

Ausschlüsse

Die notwendigen Änderungen und Verbesserungen im etablierten QM-System in der Raphaelsklinik werden zurzeit nicht im Rahmen eines Entwicklungsprojekts verfolgt, da Neuentwicklungen nicht zum Schwerpunkt unserer Aufgaben gehören. Die Zertifizierung wird beantragt unter Ausschluss des Kapitels „Entwicklung“.

11 Abkürzungen

AA..... Arbeitsanweisung	LF Leitfaden
AH Anhang	MIS ... Misericordia GmbH
BM.... Behandlungsmuster	MPG . Medizinproduktegesetz
CL..... Checkliste	OA Oberarzt
DA Dienstweisung	PS..... Pflegestandard
DIN ... Deutsches Institut für Normung e.V.	QM ... Qualitätsmanagement
DM.... Diagnosemuster	QMB . Qualitätsmanagementbeauftragter
EN Europäische Norm (European Standard)	QMH . Qualitätsmanagementhandbuch
FB..... Formblatt	QML.. Qualitätsmanagementleitung
HB Handbuch	RK..... Raphaelsklinik Münster
ISO ... International Organization for Standardization	SD Standard
KZP .. Kurzzeitpflege	VA..... Verfahrensweisung
LA Lenkungsausschuss	