

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Institutionskennzeichen:	260810794
Anschrift:	Klinikum am Gesundbrunnen Am Gesundbrunnen 20-26 74078 Heilbronn
	Klinikum am Plattenwald Am Plattenwald 1 74177 Bad Friedrichshall
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0079 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	31.12.2018
 bis:	30.12.2021
Heilbronn Zertifiziert seit:	14.12.2004
Bad Friedrichshall seit:	20.08.2003

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	16
6. Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **SLK Kliniken Heilbronn GmbH mit den Standorten Gesundbrunnen und Plattenwald** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

sozial, leistungsstark, kommunal

Mit rund 4.300 Mitarbeitern ist die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH der größte Gesundheitsdienstleister der Region Heilbronn-Franken. An den SLK-Kliniken werden über 70.000 Patienten stationär behandelt, rund 175.000 Patienten ambulant versorgt und über 3.100 Kinder geboren. Mit den zwei Krankenhäusern des SLK-Verbunds in Heilbronn und Bad Friedrichshall sowie der Klinik in Löwenstein* als Tochtergesellschaft reicht die Bandbreite von medizinischer Grundversorgung bis hin zur Spitzenmedizin.



Abbildung 1 Klinikum am Gesundbrunnen



Abbildung 2 Klinikum am Plattenwald

Investition in die Zukunft

Gute Medizin und gute Pflege für unsere Patienten setzen auf eine moderne Infrastruktur. Damit die SLK-Kliniken auch in Zukunft die Patienten der Region optimal versorgen können, investieren sie ständig erhebliche Mittel in die medizinische Ausstattung und die bauliche Entwicklung der Klinikstandorte.

Am Standort Bad Friedrichshall entstand bis 2016 ein Klinikneubau mit modernster Medizintechnik. Das siebengeschossige Haus verfügt über 350 Betten und sieben moderne Operationssäle inklusive einem Hybrid-OP.

Nach Fertigstellung des Neubaus am Klinikum am Gesundbrunnen stehen dort seit Anfang 2017 15 neue Pflegestationen und Funktionsbereiche inklusive Zentral-OP, Zentraler Notaufnahme und erweiterter Ambulanzräumen zur Verfügung. Die Klinik verfügt damit über rund 970 Betten und 16 OP-Säle.

Hohe medizinische Expertise, Transparenz und Qualität

Unter dem Motto „sozial, leistungsstark, kommunal“ bieten die SLK-Kliniken ihren Patienten eine hochqualifizierte und wohnortnahe Versorgung durch die Bildung medizinischer Schwerpunkte und zertifizierter Zentren.

Ziel ist dabei, die Qualität der medizinischen Versorgung kontinuierlich zu steigern und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Darüber hinaus beteiligen sich die SLK-Kliniken freiwillig an Qualitätsmessungen, die über das gesetzlich geforderte Maß hinausgehen. Beispiele hierfür sind die Mitgliedschaften bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), im QuMiK-Verbund (Qualität und Management im Krankenhaus) sowie im Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Das interne Qualitätsmanagementsystem der SLK-Kliniken orientiert sich am Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) und den Vorgaben der DIN EN ISO 9001.

Mit verschiedenen internen und externen Instrumenten wie Befragungen, Audits oder sogenannten Peer Reviews wird die Behandlungsqualität regelmäßig überprüft und Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

Auch die enge Vernetzung und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sowie die fachübergreifende Bündelung medizinischer Kompetenzen in den zertifizierten Zentren leisten einen Beitrag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der SLK-Kliniken.

Dr. Thomas Jendges
Geschäftsführer

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Kliniken sind über die nahe gelegenen Autobahnen gut zu erreichen und es stehen zahlreiche Parkplätze zur Verfügung. Eine Haltezone für Patienten sowie Behindertenparkplätze sind direkt vor dem Haupteingang sowie der Kinderklinik ausgewiesen. Die Kliniken sind mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln vom Umland als auch vom Stadt- Zentrum her erreichbar. Der Weg zur Klinik ist aus allen Richtungen gut ausgeschildert. Eine Bushaltestelle befindet sich vor den Kliniken. Die Einfahrten für Notfallpatienten sowie die Wege zu den Notfallambulanzen sind beschildert.

Auf der Homepage der SLK- Kliniken stellen sich alle Fachabteilungen mit umfangreichen Informationen zu Leistungsangeboten, Sprechstunden, zum Aufnahmeprozess etc. vor. Des Weiteren gibt es Informationsmaterialien zum stationären Aufenthalt, das den Patienten bei der ambulanten Voruntersuchung mitgegeben wird. Patienten, die stationär aufgenommen werden, erhalten eine "Informationsmappe" mit allen, für die Patienten relevanten, Informationen.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Patientenversorgung erfolgt unter Berücksichtigung externer und interner Standards und Leitlinien. Bei der Erstellung von Leitlinien und Standards werden die Richt- und Leitlinien der Fachgesellschaften berücksichtigt. Es erfolgt eine regelmäßige Aktualisierung der geltenden Standards sowie eine zeitnahe Umsetzung von Neuerungen. Zur Aktualisierung des Kenntnisstands der Mitarbeiter erfolgen regelmäßig Schulungsangebote. Die Leitlinien und Standards sind verbindliche Arbeitsgrundlage für alle an der Behandlung Beteiligten.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Bereitstellung von Informationsmaterialien ist ein wichtiger Teilprozess im Rahmen der Information und Beteiligung des Patienten. Es werden umfassende Informationsmaterialien vorgehalten, bspw. Informationen zu den Fachabteilungen oder Patienteninformationsmappen. Zudem bieten wir unseren Patienten eine persönliche Beratung und Behandlung durch unser pflegerisches und ärztliches Personal. Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung der Patienten. Die Behandlungsziele, geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Behandlungsalternativen werden ausführlich erläutert und besprochen.

1.1.4 Ernährung und Service

Die individuelle und entsprechend auf die Lebensgewohnheiten ausgerichtete Ernährung stellt neben der ärztlich-pflegerischen Versorgung einen wichtigen Bestandteil im Rahmen des Genesungsprozesses dar. Den Patienten stehen verschiedene Menüs zur Auswahl. Kulturelle und religiöse Aspekte sowie Sonderwünsche werden berücksichtigt. Ein Verpflegungskatalog liegt vor.

Bei der patientenorientierten Gestaltung unserer Zimmer steht auch die entsprechende Ausstattung, mit den auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Heil- und Hilfsmitteln, im Vordergrund. Im Bedarfsfall

besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen mit aufzunehmen. Die Patientenzimmer im Klinikum am Plattenwald und im Neubau am Klinikum am Gesundbrunnen sind mit einem Infotainment-System (Monitor, Telefon und Internet) an jedem Bettplatz ausgestattet. Zu den weiteren Serviceangeboten unserer Kliniken zählen Patientenbegleitedienst, christliche und muslimische Seelsorger, Patientenfürsprecher, ein Andachtsraum sowie eine Bäckerei mit Cafeteria.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Durch die zentralen Notaufnahmen an beiden Standorten ist die Aufnahmebereitschaft rund um die Uhr gewährleistet. Die Stellen- und Dienstplanung garantiert eine fachärztliche Betreuung über 24h. Beide Kliniken sind zertifizierte Traumazentren und ermöglichen jedem Schwerverletzten rund um die Uhr die bestmögliche Versorgung. Die Einlieferung der Notfälle erfolgt entweder über den Rettungswagen oder Rettungshubschrauber.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Patientenversorgung ist durch die Notaufnahmen und die klinikspezifischen Ambulanzen rund um die Uhr sichergestellt. Es werden qualifizierte Mitarbeiter in die Planung des ambulanten Leistungsspektrums mit einbezogen. Der Facharztstandard wird in der Notaufnahme sichergestellt. Notwendige Vorbefunde können elektronisch abgerufen und von den Niedergelassenen bei Bedarf angefordert werden. Für die Begleitung der Patienten zu diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen steht Personal bereit.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Organisation von ambulanten Operationen erfolgt dezentral in den Abteilungen/Sekretariaten der Kliniken. Im Rahmen von ambulanten Operationen berücksichtigen wir die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Die Schmerztherapie zu ambulanten Operationen ist Bestandteil des allgemeinen Schmerztherapiekonzeptes der SLK-Kliniken. Informationen über das Verhalten nach dem ambulanten Eingriff erhält der Patient bereits im Vorgespräch zum Eingriff als Merkblatt. In diesem ist auch eine Telefonnummer (24h erreichbar) für Notfälle hinterlegt. Die Nachbetreuung von ambulanten Operationen erfolgt durch die operierenden Fachrichtungen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Entsprechend der aktuellen Behandlungsstandards und Leitlinien erfolgen die Festlegung des Behandlungsprozesses sowie die stationäre Diagnostik. Die Behandlungsplanung erfolgt ärztlich immer durch einen Facharzt oder unter Supervision durch einen Facharzt. In der Pflege sind ausschließlich examinierte Pflegekräfte für die Planung verantwortlich. Im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme werden Status, Lebensumstände sowie Risiken des Patienten erfasst. Die persönliche Information des Patienten und dessen Angehörige stehen für uns hierbei im Vordergrund. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung erfolgt unmittelbar nach der stationären Aufnahme. In regelmäßigen Visiten und Besprechungen werden die diagnostischen Maßnahmen auf den Patienten individuell abgestimmt. Hierbei respektieren wir ethische und kulturelle Bedürfnisse und integrieren diese in die Behandlung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Dokumentation der Behandlung, entsprechend der aktuell geltenden Standards und Leitlinien, erfolgt in der Patientenakte. Speziell erforderliche therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden in Fallbesprechungen erörtert. Die Patienten werden im Rahmen der Visiten in die Therapieplanung einbezogen. Zur Schmerztherapie liegt ein umfassendes Schmerzkonzept vor, das unter der Leitung der Anästhesie entwickelt wurde.

1.4.3 Operative Prozesse

Operationen werden auf der Grundlage einer langfristigen Terminplanung der einzelnen Fachabteilungen durchgeführt. Ein OP-Managementteam ist für den reibungslosen Ablauf der OP-Tagesplanung in Zusammenarbeit mit den weiteren Fachabteilungen zuständig. Entsprechend der diagnosebezogenen Standards erfolgt die Vorbereitung und Nachsorge der Operation. Um eine umfassende Patientensicherheit zu gewährleisten, legen wir großen Wert auf die Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit z.B. durch die Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern.

1.4.4 Visite

Eine patienten- und therapieorientierte Gestaltung der Visiten ist ein wichtiges Element für unsere Patienten im Rahmen ihres Klinikaufenthalts. In allen Bereichen finden täglich Visiten und mindestens einmal wöchentlich eine Chefarzt- und eine Oberarztvisite statt. Die Einbeziehung weiterer Fachgruppen und Fachpersonal erfolgt bedarfsbezogen. Die Ergebnisse der Visite werden in einem einheitlichen Dokumentationssystem erfasst.

1.5.1 Entlassungsprozess

Der Entlassungsprozess erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement. Durch eine frühzeitige, strukturierte Entlassungsplanung wird der nahtlose Übergang in die häusliche Umgebung bzw. in andere Versorgungsbereiche sichergestellt. In Absprache mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen wird der Entlassungszeitpunkt bei der Visite festgelegt. Patientenindividuelle oder krankheitsbedingte Besonderheiten werden gezielt mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen festgelegt. Die notwendigen organisatorischen Schritte werden vom ärztlichen und pflegerischen Personal eingeleitet. Das Einbeziehen der nachbehandelnden Einrichtungen ist klinikintern geregelt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Auf einen würdevollen Umgang mit sterbenden Patienten legen wir besonderen Wert. Die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen und deren Angehörigen werden in unseren Kliniken respektiert. Die Patienten werden in der Regel in Einzelzimmer verlegt und Angehörige erhalten die Möglichkeit, im Zimmer mit aufgenommen zu werden, um in ungestörter Atmosphäre Abschied nehmen zu können. Die Sterbebegleitung erfolgt im gemeinsamen Gespräch der Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit dem Patienten. Die Einbeziehung der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfelds des Sterbenden sind wichtiger Bestandteil der Begleitung. Religiöse und kulturelle Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt, auf Wunsch stehen Klinikseelsorger für Patienten und Angehörige zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Neben der patientenorientierten Versorgung steht bei uns auch ein angemessener Umgang mit Verstorbenen im Vordergrund. Sofern die Angehörigen während der Sterbephase nicht in der Klinik anwesend sind, werden sie vom diensthabenden Arzt benachrichtigt. In einem Abschiedszimmer bzw. Einzelzimmer besteht die Möglichkeit, in Ruhe Abschied zu nehmen. Dabei werden die Angehörigen von Seelsorgern, den Pflegekräften, einer Psychoonkologin und dem behandelnden Arzt betreut. Zudem werden die Angehörigen bei der Erledigung von bürokratischen Hürden unterstützt. Hierzu liegt ein Merkblatt vor.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Unsere Kliniken verfolgen eine systematische Planung des Personalbedarfs, um eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen. Zum Einsatz kommen verschiedene Verfahren zur Personalbedarfsermittlung, das durch ein umfassendes Personal- und Leistungskennzahlensystem unterstützt wird. Zudem wird die gezielte strategische Weiterentwicklung einzelner medizinischer Fachbereiche bei der quantitativen und qualitativen Personalbedarfsplanung berücksichtigt.

2.1.2 Personalentwicklung

Insbesondere im Gesundheitswesen stellen die Mitarbeiter die wichtigste Ressource dar. Durch eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung qualifizieren wir unsere Mitarbeiter für ihre Aufgaben. Im Mittelpunkt steht hierbei, die Mitarbeiter sowohl fachlich als auch persönlich in ihrer weiteren Entwicklung zu unterstützen. Als wesentliches Instrument in der Personalentwicklung findet jährlich ein strukturiertes Mitarbeiterfördergespräch (MaFöG) zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter statt, in welchem konkrete Ziele vereinbart und Maßnahmen zur Umsetzung dokumentiert werden. Das MaFöG ist zudem ein wichtiges Element zur Bedarfsplanung im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

2.1.3 Einarbeitung

Das Ziel der Einarbeitung ist es, neue Mitarbeiter umfassend mit der Struktur und den Abläufen der SLK-Kliniken vertraut zu machen. Neue Mitarbeiter sollen sich gut in die Dienstgemeinschaft der Kliniken integrieren, die Ablauforganisation kennenlernen und zeitnah eigenverantwortlich Aufgaben übernehmen. Hierbei erfolgt die Einarbeitung systematisch z.B. durch die Anwendung von Einarbeitungskonzepten. Im Rahmen von Einführungstagen für neue Mitarbeiter werden Themen wie Unternehmensstruktur, Datenschutz, Arbeitssicherheit, Qualitätsmanagement und Brandschutz vorgestellt bzw. unterwiesen. Spezielle Wiedereingliederungsprogramme für langjährig aus dem Beruf ausgeschiedene Mitarbeiter werden über die Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken angeboten.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

In der Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH werden Ausbildungen zur Gesundheits- und Krankenpflege / Kinderkrankenpflege, der Operationstechnischen Assistenten (OTA) und Anästhesietechnischen Assistenten (ATA), Hebamme/Entbindungspfleger sowie der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe angeboten. Es bestehen Verträge mit externen Ausbildungsstätten wie Sozialstationen, rehabi-

litativen Einrichtungen und Kooperationspartnern für die OTA- und ATA-Ausbildung. Die Fort- und Weiterbildung ist berufsgruppenspezifisch organisiert. In den Bereichen findet eine jährliche Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs statt. Die Erhebung wird unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Unternehmens und der Mitarbeiter analysiert. Es wird ein Jahresfortbildungsplan erstellt, dessen Basis zum einen die gesetzlich geforderten Fortbildungen, zum anderen die Ergebnisse der Vereinbarungen aus den MAFÖG bilden.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Für alle Bereiche der SLK- Kliniken wurden detaillierte Arbeitszeitregelungen und Regelungen zur Urlaubsplanung getroffen und mit dem Betriebsrat (BR) vereinbart. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden zahlreiche Veranstaltungen angeboten z.B. BGM- Gesundheitstag. Die Angebote aus dem Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) werden über das unternehmensweite Fortbildungsprogramm beworben und stehen allen Mitarbeitern offen. Um unsere Mitarbeiter bestmöglich im Einklang von Beruf und Familie zu unterstützen bieten die SLK-Kliniken Heilbronn verschiedene Angebote an. Neben der familienbewussten Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen bieten wir unseren Mitarbeitern Unterstützung in Fragestellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie an. Darüber hinaus sind bereits Angebote wie eine eigene SLK-Ferienfreizeit in den Sommerferien in Kooperation mit einem regionalen Anbieter vor Ort etabliert. Seit 2014 verfügen die SLK- Kliniken über das Zertifikat Audit berufundfamilie.

2.1.6 Ideenmanagement

Die Kompetenz und Kreativität unserer Mitarbeiter ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen der Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit unserer Abläufe. Wichtig ist hierbei, dass es sich bei Ideen und Vorschlägen auch um kleine aber sinnvolle Verbesserungsmöglichkeiten handeln kann. Das Konzept zum betrieblichen Ideenmanagement regelt die strukturierte Vorgehensweise zum Einbringen von Mitarbeiter-vorschlägen sowie deren Bewertung und Prämierung. Die Umsetzung wird auf der obersten Leitungsebene beschlossen. Mitarbeiter haben die Möglichkeit Beschwerden über den direkten Dienstweg oder anonym über regelmäßig stattfindende Mitarbeiterbefragungen zu äußern.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Rahmen des klinischen Risikomanagements wurde bereits ein Critical Incident Reporting System (CIRS) etabliert. Ziel von CIRS ist die Identifizierung möglicher Risiken und die Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dem gegenseitigen Lernen aus Fehlern kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Ein interdisziplinäres Auswerterteam bewertet die Meldungen und leitet bei Bedarf entsprechende Maßnahmen ein. Neben dem klinikinternen CIRS ist die Beteiligung an einem übergreifenden Fehlermeldesystem (KH-CIRS/cirsmedical) seit April 2017 etabliert. Des Weiteren dienen das Sturzmanagement, Betriebliche Ideenmanagement, Interne Audits, Beschwerdemanagement, OP-Checklisten, Patientenarmbänder usw. zu den Methoden zur Identifikation klinischer Risiken.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die SLK- Kliniken achten auf eine patientengerechte und sichere Ausstattung, um den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten. In den Abend- und Nachtstunden ist kein unkontrollierter Zugang zur Klinik möglich. Auf den Stationen führt das Pflegepersonal regelmäßig Durchgänge durch. Patienten, die unter Betreuung stehen, dürfen dabei die Station nur nach Absprache bzw. in Begleitung verlassen.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

In den SLK- Kliniken sind alle erforderlichen Maßnahmen getroffen, um eine rasche und qualifizierte Versorgung von medizinischen Notfällen zu gewährleisten. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird entsprechend eines Jahresfortbildungsplans überwacht und sichergestellt. Notfallkoffer/Notfallwägen bzw. Notfallschränke stehen in jedem Bereich zur Verfügung, die Ausstattung wird mindestens monatlich überprüft und die Kontrolle dokumentiert. Bei Eintreten einer medizinischen Notfallsituation wird das Reanimationsteam per Telefon bzw. Herzalarm alarmiert.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Sicherstellung einer optimalen Hygieneorganisation obliegt dem Institut für Infektionsprävention und Klinikhygiene und hat in unserer Kliniken einen hohen Stellenwert. Die Organisation der Hygiene ist über Klinikhygieniker, hauptamtliche Hygienefachkräfte, über die Hygienekommission sowie über Hygienebeauftragte gesichert. Durch regelmäßige Hygienevisiten der Hygienefachkraft und den Hygienebeauftragten der Bereiche vor Ort ist zusätzlich gewährleistet, dass hygienisch relevante Risiken frühzeitig erkannt und behoben werden können. Auf die Umsetzung der geltenden Standards und Hygienerichtlinien wird streng geachtet.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst. Durch die systematische Erfassung der Krankenhausinfektionen, Meldung der meldepflichtigen Erkrankungen und Auswertung der regelmäßigen Begehungen werden signifikante Abweichungen frühzeitig erkannt und umgehend geeignete Korrektur- bzw. Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse der jährlichen Infektionsstatistik und der Begehungen werden in der Hygienekommission vorgestellt und ausgewertet. Die Kliniken nehmen zudem an Modulen der KISS beim Nationalen Referenzzentrum in Berlin teil. Entsprechend dem IfSG § 23 (1) werden nosokomiale Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen oder Multiresistenzen erfasst und bewertet. Im Hygienehandbuch sind die Regelungen zu hygiesichernden Maßnahmen hinterlegt, in das Erkenntnisse der neuesten wissenschaftlichen, gesetzlichen oder normativen Vorgaben einfließen.

3.1.6 Arzneimittel

An den Kliniken Gesundbrunnen und Plattenwald erfolgt die Belieferung der Stationen mit Hilfe eines barcodegestützten Bestellsystems der Stationen. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist dadurch rund um die Uhr sichergestellt. Die sichere Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln ist in verschiedenen Standards und Verfahrensanweisungen geregelt. Arzneimittel werden auf den Stationen entsprechend der

schriftlichen Anordnung des verantwortlichen Arztes durch eine examinierte Pflegekraft vorbereitet, kontrolliert, dokumentiert und den Patienten verabreicht.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die zentralen Ziele der Transfusionsmedizin sind die Sicherheit und Effizienz in der Gewinnung, Herstellung und Anwendung plasmatischer und zellulärer Hämotherapeutika nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik. Ziel ist es, jederzeit eine Notfallreserve an Blutprodukten für alle Einrichtungen in unserem Versorgungsgebiet vorzuhalten. Dies beinhaltet auch die Aufrechterhaltung eines Depotbestandes, so dass auch alle elektiven operativen Eingriffe versorgt werden können. Die Maßnahmen bei der Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen und hämotherapeutischen Maßnahmen werden im Transfusionshandbuch dargestellt.

3.1.8 Medizinprodukte

Durch die Umsetzung der Vorgaben des Medizinprodukte-Rechts (gemäß MPBetreibV und MPSV) wird der sichere Umgang mit Medizinprodukten sichergestellt und die Sicherheit für Patienten, Angehörige und Anwender gewährleistet. Der Umgang mit Medizinprodukten ist unternehmensweit geregelt. Die Wartung der Geräte erfolgt durch die Hersteller oder durch eine autorisierte Firma bzw. durch geschulte Mitarbeiter. Darüber hinaus werden die Anwender in die von Ihnen genutzten Geräte sachgerecht eingewiesen.

3.2.1 Arbeitsschutz

Die gesetzlichen Verpflichtungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sind Grundlage der Arbeitsschutzorganisation. Die interne Organisation wird hierbei durch einen externen Dienstleister (DEKRA Automobil GmbH) unterstützt. Durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit werden die Abteilungsleitungen über gesetzliche Neuerungen im Arbeitsschutz informiert. Die Qualifikation der Mitarbeiter hinsichtlich der Arbeitssicherheit wird durch regelmäßige Unterweisungen und Schulungen sichergestellt. Durch den Arbeitssicherheitsausschuss werden regelmäßig Begehungen durchgeführt, u.a. um mögliche Sicherheitsdefizite frühzeitig zu identifizieren. Der betriebsärztliche Dienst führt eine Unfallstatistik und ist Anlaufstelle bei Verletzungen der Mitarbeiter.

3.2.2 Brandschutz

Die SLK-Kliniken Heilbronn legen großen Wert darauf, den baulichen und organisatorischen Brandschutz auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Die Flucht- und Rettungswegepläne werden regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert. Des Weiteren liegt ein internes Weiterbildungs- und Schulungskonzept vor, das den Mitarbeitern die Möglichkeit bietet, an theoretischen und praktischen Brandschutzunterweisungen teilzunehmen. Die Teilnahme an einer Brandschutzunterweisung durch den Brandschutzbeauftragten oder durch die Feuerwehr ist für die Mitarbeiter verpflichtend.

3.2.3 Datenschutz

In den SLK-Kliniken Heilbronn kommt dem Datenschutz eine hohe Bedeutung zu, nicht zuletzt aufgrund der Sensibilität der Patientendaten. Mitarbeiter werden über das Datenschutzgesetz aufgeklärt und mit ihrer Unterschrift auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Mitarbeiter sind angehalten, Patientenakten vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Dies wird unter anderem auch über definierte Zugriffsrechte für Mitarbei-

ter und Belegärzte sichergestellt. Die gesetzliche Schweigepflicht ist für die Mitarbeiter bindend und Bestandteil von Pflichtschulungen (Schweigepflichtunterweisung). Eine Weitergabe von Patientendaten erfolgt nur auf persönlichen Wunsch des Patienten oder bei Vorliegen einer schriftlich formulierten Einverständniserklärung.

3.2.4 Umweltschutz

Die Umweltziele der SLK-Kliniken Heilbronn liegen in der Reduzierung von Emissionen durch Einsparung von Primärenergie, der Schonung natürlicher Ressourcen sowie der Abfallvermeidung vor Recycling. Bei der Beschaffung berücksichtigen wir ökologische Anforderungen, wie bspw. die Recyclingfähigkeit. Des Weiteren ist ein Abfallmanagement installiert, d.h. die Erstellung einer Abfallbilanz erfolgt unter der Mitarbeit der DEKRA.

3.2.5 Katastrophenschutz

Als Klinikverbund mit öffentlicher Trägerschaft sind die SLK-Kliniken im Ernstfall in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und für die Patientenversorgung bei Großschadensereignissen zuständig. Für die Kliniken wurden Alarmierungs- und Einsatzpläne für interne und externe Gefahrenlagen erstellt. Es finden regelmäßig sicherheitstechnische Begehungen statt, wodurch die Aktualität der Katastrophenschutzpläne gesichert wird.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Um eine optimale Vorgehensweise bei nicht-medizinischen Notfällen und die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (u.a. Katastrophenschutz- Ergänzungsgesetz, Landeskatastrophenschutzgesetz) sicherzustellen, wurde ein Alarmierungs- und Einsatzplan (AEP) für interne und extern Gefahrenlagen erstellt. Bei Ausfall technischer Einrichtungen (z.B. Lüftungsanlage, Heizungsanlage) erhält die Technik eine Störmeldung über die Gebäudeleittechnik. Die Ausfallsicherheit der Informationstechnologie ist durch ein redundantes Rechenzentrum, redundante Datenleitungen und redundante Systeme im KIS- Bereich gewährleistet. Für kritische Systeme sind dedizierte Notfallsysteme implementiert. Als Betreiber kritischer Infrastrukturen (KRITIS) werden die entsprechenden Risiko-Analysen durchgeführt und Maßnahmenkataloge zur Sicherung der IT erstellt.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Informationstechnologie als Teil der Unternehmensstrategie wird in den SLK-Kliniken kontinuierlich weiterentwickelt. Mitarbeiter können zeitlich uneingeschränkt auf das Krankenhausinformationssystem zugreifen, Befunde zügig abgerufen und ausgetauscht werden. Dadurch wird eine rasche Umsetzung von Diagnostik und Therapie ermöglicht. Die Berücksichtigung der Anforderungen und Wünsche der internen und externen Anwender wird durch regelmäßige Absprachen und das IT- Projektmanagement sichergestellt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Durch eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und umfassende Dokumentation soll jederzeit eine Nachvollziehbarkeit des Behandlungsprozesses und die ordnungsgemäße Abrechnung ermöglicht werden. Im einheitlichen Dokumentationssystem werden medizinische und pflegerische Anordnungen und Leistungen sicher und unverwechselbar dokumentiert. Es werden Vollständigkeit, Richtigkeit und Übersichtlichkeit der Patientenakte und die Dokumentation geprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Ziel ist es, einen zeitlich uneingeschränkten Zugang auf die Patientendokumentation für den berechtigten Personenkreis zur Verfügung zu stellen. Inzwischen stehen immer mehr Bestandteile der Patientenakte elektronisch zur Verfügung. Patientenakten werden nach Entlassung archiviert und stehen bei einem möglichen erneuten Krankenhausaufenthalt zur Verfügung (Zugriff auf Vorbefunde). Ein Zugriff auf die Akten ist zeitnah möglich.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Verfügbarkeit der, für die Steuerung der Klinik erforderlichen Informationen, wird durch eine effiziente Kommunikationsstruktur innerhalb der SLK- Kliniken sichergestellt. Die Ergebnisse der internen/externen Qualitätssicherung und diverse Reports zur Kosten- und Leistungsentwicklung, z.B. monatliche Reports zur Budgetentwicklung, Fluktuationsstatistik, Sturzstatistik, Patientenrückmeldungen, Infektionsstatistik, Unfallstatistik etc. werden über ein strukturiertes Meldewesen kommuniziert. Aus den resultierenden Entscheidungen der Krankenhausleitung werden die erforderlichen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Es sind geeignete Strukturen geschaffen, die sicherstellen, dass die Geschäftsführung und Direktionsbereiche alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Informationen aus internen und externen Quellen erhalten. Für die Erfassung und Aufbereitung von Informationen sind verschiedene Abteilungen zuständig. Des Weiteren sind die Mitglieder der Direktionen und die Geschäftsführung in verschiedenen Gremien eingebunden, um zeitnah Informationen über die wichtigsten Vorgänge zu erhalten. Zur Weiterleitung von Informationen über interne Vorgänge sind ebenfalls verschiedene Strukturen etabliert. Hierzu zählen das Besprechungswesen, das Intranet sowie das Regelberichtswesen. Als zentrale Auskunftsstelle für Patienten und Besucher fungiert der Empfang in der Eingangshalle, der rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt ist. Zur Information der Öffentlichkeit werden verschiedene Medien wie die Internetseite, Informationsbroschüren etc. genutzt. Zusätzlich werden regelmäßig Veranstaltungen für Patienten, Einweiser und Interessierte angeboten.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Durch die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes für die SLK- Kliniken stellen wir unsere Philosophie sowohl nach innen als auch nach außen dar. Das Leitbild orientiert sich an unserem Auftrag, an den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten sowie den Kostenträgern.

Ebenso kommt zum Ausdruck, dass die Qualifikation und Motivation unserer Mitarbeiter ein wesentlicher Bestandteil unserer Unternehmenspolitik und Grundlage einer qualitativ hochwertigen Medizin ist.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Das Ziel der Führungsgrundsätze und Leitlinien ist die Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und Respekts unter den Mitarbeitern. Die Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit (GFZ) wurden durch die Unternehmensleitung für alle Standorte entwickelt und aus dem Leitbild abgeleitet. Das Identifikationsgefühl der Mitarbeiter mit dem Unternehmen wird beispielsweise durch Aktionen wie Mitarbeiterfeste, Personalentwicklungsmöglichkeiten sowie die aktive Beteiligung der Mitarbeiter z.B. durch das betriebliche Ideenmanagement gestärkt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Durch das, SLK-weit etablierte, klinische Ethikkomitee (KEK) wird die Erfüllung ethischer und weltanschaulicher Aufgaben wahrgenommen. Das klinische Ethikkomitee besteht seit März 2004. Bei Bedarf kann von Ärzten und Pflegekräften ein ethisches Konsil angefordert werden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenhauseseelsorgern und den Gemeindepfarrern der Umgebung sowie mit Psychoonkologen und Psychologen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Bei der Planung der Öffentlichkeitsarbeit werden verschiedene Zielgruppen betrachtet und die Maßnahmen darauf ausgerichtet. Für die Kommunikation mit Patienten, einweisenden Ärzten und Besuchern werden in erster Linie das Internet und Printmedien wie Flyer, Poster und Handzettel eingesetzt. Darüber hinaus organisiert die Abteilung Unternehmenskommunikation diverse Informationsveranstaltungen wie etwa den Tag der offenen Tür, Abendvorlesungen und Patiententage. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen und regionalen Medien (Tageszeitung, Hörfunk, Magazine). An diese werden regelmäßig Pressemitteilungen versandt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die strukturierte Zielplanung für die Kliniken als Mittel zur Unternehmenssteuerung legt unter anderem die langfristige Entwicklung der SLK- Kliniken fest. Die Basis dazu stellt ein erarbeitetes und verabschiedetes Unternehmenskonzept dar. Im Unternehmenskonzept wird die zukünftige medizinische Leistungserbringung an den einzelnen Standorten im Sinne der Schwerpunktbildung und des Zentrumsaufbaus beschrieben. Hierauf aufbauend existieren ein Unternehmensplan, ein Leistungsplan und Zielplanungen für die Abteilungen und Bereiche.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Auf Ebene des SLK-Verbundes ist ein kaufmännisches Risikomanagement installiert, mit dem systematisch und kontinuierlich Risiko-Identifikation, Risiko-Analyse, Risiko-Steuerung, Risiko-Controlling und Risiko-Berichterstattung durchgeführt werden. Das kaufmännische Risikomanagement hilft der Unternehmensführung und dem Management, wesentliche Risiken rechtzeitig zu erkennen und diese durch entsprechende Maßnahmen zu steuern.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen hat in den SLK-Kliniken einen hohen Stellenwert. Da die Qualität der Behandlung im Vordergrund steht, werden die Kooperationspartner anhand spezifischer Kriterien ausgewählt. Die Stabsstelle Recht ist für die Vorbereitung und Verwaltung der Kooperationsverträge zuständig.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur ist Voraussetzung für die Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. Es wurden eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind in einer Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung geregelt und in Organigrammen visualisiert.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das Projekt-, Prozess- und Ideenmanagement ist ein wichtiges Instrument der Organisationsentwicklung in den SLK-Kliniken. Um das Wissen, die Kreativität sowie die Erfahrung der einzelnen Mitarbeiter zu nutzen, wurde in einem Konzept zum betrieblichen Ideenmanagement der Umgang mit Verbesserungsvorschlägen von Mitarbeitern geregelt. Weitere implementierte Instrumente des Wissensmanagements sind interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fortbildungen.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Für die Umsetzung des Qualitätsmanagements ist die Abteilung Qualitäts- und Projektmanagement verantwortlich. Sie koordiniert alle QM-Aktivitäten und entwickelt das QM-System laufend weiter. Zu ihren Aufgaben zählen u.a. die Anwendung von QM-Instrumenten, Beratung der Kliniken in allen Fragen des Qualitätsmanagements, Koordination und Leitung von QM-Projekten, Begleitung von Zertifizierungsmaßnahmen, Erstellung von Qualitätsberichten, Durchführung von Befragungen und internen QM-Begehungen sowie Aktualisierung von zentralen QM-Dokumenten.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Identifikation der wesentlichen Prozesse und somit die Generierung von geeigneten Strukturen ist ein wesentliches Ziel der SLK-Kliniken. Hierbei sollen insbesondere Instrumente zur Prozessidentifikation, -dokumentation und -gestaltung geschaffen und optimal eingesetzt werden. Hierzu wurde unter anderem eine Prozesslandkarte entwickelt, welche die Kern- und Stützprozesse der Klinik abbildet.

6.2.1 Patientenbefragung

Die SLK-Kliniken führen eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den Strukturen und Abläufen der Kliniken zu messen und die Ergebnisse für die Weiterentwicklung zu nutzen. Die Auswertung der Patientenbefragung erfolgt SLK-weit quartalsweise. In einigen Zentren werden zusätzlich bereichsspezifische Patientenbefragungen durchgeführt (z.B. im Tumorzentrum, in der Anästhesie und in den Endoprothesenzentren). Die zentralen Befragungsinstrumente sind außerdem

nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt und durch entsprechende statistische Analysen mehrfach validiert.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Durchführung von Befragungen hat zum Ziel, die Bedürfnisse externer Interessensgruppen zu erfassen und somit die Zusammenarbeit mit den Einweisern zu verbessern. Die Einweiserbefragung wird zudem zur Rückmeldung der Einweiserzufriedenheit genutzt, da diese auch Auswirkungen auf den Zu- bzw. Abfluss der Patientenströme hat.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die SLK- Kliniken sehen die Mitarbeiterbefragung als Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und als Teil einer strategischen Zielplanung. Aufgrund dessen wird eine Mitarbeiterbefragung in festgelegten Abständen durchgeführt. Durch diese Art der kontinuierlichen Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit werden die daraus abgeleiteten Verbesserungspotenziale in eine nachhaltige Personalpolitik eingebunden. Die letzte Mitarbeiterbefragung fand 2018 statt.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Patienten, Angehörigen und Externen soll durch ein strukturiertes Beschwerdemanagement die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden und Wünsche zu äußern. Beschwerden stellen ein wichtiges Potential zur Steigerung unserer Qualität in den jeweils betroffenen Bereichen dar. Aufgrund dessen wird großen Wert auf die schnellstmögliche Erfassung von Wünschen und Beschwerden gelegt, um die Patienten noch während Ihres Aufenthalts zufrieden zu stellen. Um Folgebeschwerden zu vermeiden, findet eine statistische Auswertung und zeitnahe Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen statt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Mit der Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten verfolgen die SLK- Kliniken das Ziel, Verbesserungspotenziale aufzudecken, um somit Qualitätsverbesserungen umzusetzen. Hierbei wird auch die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung zur Beteiligung an externen und einrichtungsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen sichergestellt. Erfasste Daten sind hierbei hauptsächlich in den Bereichen Qualitätsmanagement und Medizincontrolling hinterlegt. Um die Anforderungen zur externen Qualitätssicherung umfassend zu erfüllen, nehmen die SLK- Kliniken an verschiedenen Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung teil.