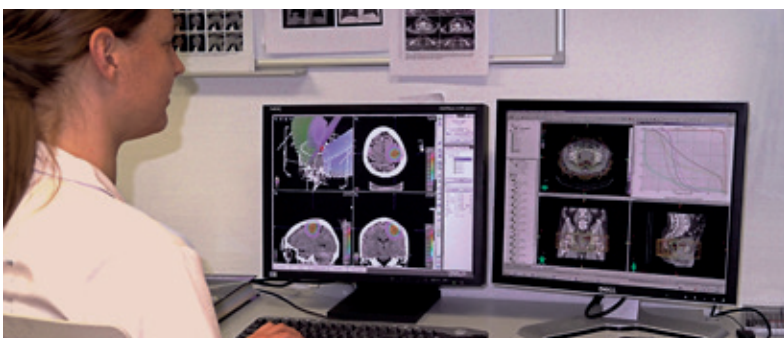


Geschäftsbericht 2017



Hauptkliniken/Institute	Chefärzte
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie	Professor Dr. Alexander Brinkmann
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Carina Paschold
Kinder- und Jugendmedizin	Dr. Andreas Schneider
Medizinische Klinik I – Gastroenterologie, Onkologie und Diabetologie	Privatdozent Dr. Martin Grünewald
Medizinische Klinik II – Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie	Privatdozent Dr. Arnold Schmidt bis Juli 2017 Professor Dr. Daniel Walcher ab August 2017
Neurologie	Dr. Karl-Heinz Huber-Hartmann
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Dr. Martin Zinkler
Radioonkologie und Strahlentherapie	Dr. Voica Ghilescu
Radiologie und Nuklearmedizin	Dr. Jan-Peter Schenkengel
Orthopädie und Unfallchirurgie	Professor Dr. Peter Helwig
Urologie	Dr. Ulrich Wenderoth
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Professor Dr. Andreas Imdahl
Zentrum für Intensivmedizin	Professor Dr. Alexander Brinkmann Privatdozent Dr. Arnold Schmidt
Zentrale Notaufnahme	Norbert Pfeufer

Belegkliniken	Belegärzte
Augenheilkunde	Dr. Joachim Schön
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Dr. Thomas Reißnecker und Dr. Steffan Wenig Alexander Specht und Irina Roon
Homöotherapie	Dr. Andreas Laubersheimer
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Dr. Thomas Fröschl und Dr. Stefan Steckeler

Zentren	Leiter
Brustzentrum	Dr. Carina Paschold
Darmkrebszentrum	Professor Dr. Andreas Imdahl Privatdozent Dr. Martin Grünewald
Gefäßzentrum	Dr. Michael Traßl
Lungenzentrum	Professor Dr. Andreas Imdahl, Privatdozent Dr. Martin Grünewald Privatdozent Dr. Arnold Schmidt
Nierenzentrum	Dr. Sonja Heißler
Schmerzzentrum	Professor Dr. Alexander Brinkmann
Schulterzentrum	Hubertus Heye
Traumazentrum	Professor Dr. Peter Helwig
Zentrum für integrierte Onkologie und Palliative Care	Privatdozent Dr. Martin Grünewald

Rehaklinik	Chefarzt
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	Martin Nicklaus

Vorwort	4
Bericht der Geschäftsleitung	6
Kardiologie	8
Wirbelsäulenchirurgie im Klinikum	10
Pflegequalität für Patienten	12
Zukunft der Kinderklinik	14
Modernisierung des Klinikums Heidenheim	16
Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie	18
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	22
Medizinische Klinik I – <i>Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten, Palliativmedizin und Labor</i>	24
Medizinische Klinik II – <i>Kardiologie, Nephrologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin</i>	26
Klinik für Neurologie	30
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	32
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	34
Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin	36
Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	38
Klinik für Urologie	40
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	42
ZNA – Zentrale Notaufnahme	44
Zfi – Zentrum für Intensivmedizin	46
Belegklinik für Homöotherapie	48
Belegklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	50
Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	51
Brustzentrum Heidenheim	52
Darmkrebszentrum Heidenheim	53
Gefäßzentrum Heidenheim	54
Lungenzentrum Heidenheim	55
Stroke Unit	56
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg	57
ESMO Zentrum	58
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	60
Institut für Krankenhaushygiene	62
Apotheke Klinische Pharmazie	64
Direktion für Pflege- und Prozessmanagement	66
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege	68
Personalentwicklung und Gesundheitsförderung	70
Qualitätsmanagement	72
Umweltschutz	74
Lagebericht 2017	76
Anlage zum Lagebericht – Bericht zur Gleichstellung und Entgeltgleichheit nach § 21 EntgTranspG	91
Entwicklung des Anlagevermögens 2017	92
Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2017	94
Entwicklung des Anlagevermögens 2017/96	
Anhang für das Geschäftsjahr 2017	98
Struktur Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	104
Organigramme	107
Zertifikate	109
Jahrestelegramm 2017	110
Klinikmodernisierung	111
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH	113



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

2017 war ein bewegtes und ereignisreiches Jahr für die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH.

Mit der Übertragung des Managements unserer Kliniken auf die Oberender AG und den damit initiierten Vorwärtsimpulsen des Sanierungsprogramms »Fit für 2020« und des Finanzierungsprogramms »Heidenheimer Weg« wurden zentrale Weichen für die Zukunftsausrichtung unserer Klinikgesellschaft gestellt.

Die Leistungsentwicklung unserer Kliniken hat in 2017 steigende Patientenzahlen deutlich oberhalb des allgemeinen Demografiewachstums vorzuweisen. Ein klarer Beleg für das Vertrauen in die Versorgungsqualität und die Leistungsfähigkeit unserer Einrichtungen.

Es freut mich sehr, dass unser Klinikum von der Bevölkerung so gut und zunehmend angenommen wird und auch viel Unterstützung durch die niedergelassenen Ärzte erfährt. Auf dieser Grundlage werden wir uns gemeinsam weiterhin für eine erfolgreiche und vor allem »gesunde« Zukunft der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH im Dienste ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen.

Insgesamt wurden 2017 mehr als 60.000 Patienten am Klinikum Heidenheim stationär, teilstationär und ambulant behandelt. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser haben sich aber auch in 2017 nicht verbessert, sodass in den Folgejahren auch unsere Klinikgesellschaft von der wirtschaftlich angespannten Situation deutscher Krankenhäuser nicht verschont bleibt.

Die fehlende Gegenfinanzierung der steigenden Personalkosten, die bauseits bedingten Finanzierungslasten, die immer noch unzureichende Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung und Mehrleistungsabschläge für zusätzlich behandelte Patienten sind nur einige Ursachen für die anhaltend schwierige wirtschaftliche Situation unserer Klinikgesellschaft.

Krankenhäuser sind chronisch unterfinanziert, das betrifft sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionen. Kein Wunder also, dass ein Großteil der Kliniken in öffentlich-rechtlicher Hand rote Zahlen schreibt. Unsere Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH bildet da keine Ausnahme. Deshalb haben wir mit einem klaren Bekenntnis zur Zukunftssicherung und Fortführung unserer Klinikgesellschaft in kommunaler Trägerschaft das Management für vier Jahre in die Hände der Oberender AG und unter eine neue Geschäftsführung durch Udo Lavendel gegeben. Mit der Verabschiedung des durch das neue Management erarbeiteten Sanierungsprogramms „Fit für 2020“ haben wir ein umfassendes und tragfähiges Konzept auf den Weg gebracht, das uns in die Lage versetzt, optimistisch in die Zukunft zu blicken. Im Klinikum wird intensiv in neue hochmoderne Technik investiert, der vorhandene Investitions- und Instandhaltungsstau wird peu à peu abgebaut. Zahlreiche aufbau- und ablauforganisatorische Verbesserungen sind initiiert worden, die vor allem auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Sehr erfreulich ist, dass wir auch in 2017 erneut medizinische Koryphäen für unser Haus gewinnen konnten.

Wer wie wir trotz der anhaltend schwierigen Rahmenbedingungen für die Zukunftssicherung der Kliniken in kommunaler Trägerschaft eintritt, kommt an deren Neuausrichtung und infrastrukturellen Modernisierung nicht vorbei. Das gilt natürlich auch und in besonderer Weise für Finanzierungsfragen. Der Landkreis Heidenheim hat sich deshalb mit dem größten je vom Kreistag beschlossenen finanziellen Unterstützungspaket an die Seite der Klinikgesellschaft gestellt. Für den Landkreis Heidenheim als Alleingesellschafter ist die Klinikgesellschaft schließlich das Rückgrat der flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Zukunftssicherung der akutstationären Versorgung ist für uns im Sinne des Versorgungsauftrages unseres Klinikums zentraler Dreh- und Angelpunkt einer garantierten Daseinsvorsorge und daher alternativlos wichtig für die Lebensqualität unserer Bürgerinnen und Bürger.

Auch trägt die Klinikgesellschaft mit ihren 1.500 Arbeitsplätzen zur Wirtschafts- und Steuerkraft aller Städte und Gemeinden in unserem Landkreis bei.

Der Geschäftsbericht 2017 zeigt wie engagiert am Ausbau des Leistungsangebots und der Versorgungsqualität in Medizin und Pflege in unserer Klinikgesellschaft gearbeitet wird. Der weiter steigende Zuspruch der Patientinnen und Patienten sowie der Einweiser innerhalb und außerhalb unseres Landkreises spiegelt die hohe Reputation und das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit unserer Klinikgesellschaft wider.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Kliniken für die herausragenden Leistungen und ihr persönliches Engagement.

Ihr


Thomas Reinhardt
Landrat



Der aktuelle Aufsichtsrat im Bild (hintere Reihe v. l.): Valentin Hofmann, Michael Brenner, Dr. Christoph Ströhle, Frank Schied; (mittlere Reihe v. l.): Dr. Ulrich Geyer, Ulrich Grath, Aufsichtsratsvorsitzender Thomas Reinhardt, stv. Aufsichtsratsvorsitzender Dieter Zeeb, Jürgen Mailänder, Roland Fuchs, Rainer Domberg; (vordere Reihe v. l.): Klaus-Ulrich Kunze, Thomas Potzner, Silvio Mundinger, Alfons Jakl, Clemens Stahl. Auf dem Bild fehlen Roland Hager, Jörg Hempel und Walter Macher.



Von links nach rechts:

Robert Filter
Kaufmännischer Direktor

Dr. Jan-Peter Schenkengel
Ärztlicher Direktor

Udo Lavendel
Geschäftsführer

Klaus M. Rettenberger
Direktor für Pflege- und
Prozessmanagement

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

in unserem Klinikum nimmt die Zahl der Patienten stetig zu. Im Jahr 2017 sind rund 1.000 stationäre Patienten mehr als 2016 behandelt worden, eine erfreuliche Zunahme von 4 %, die auch in 2018 weiter anhält. Für das uns entgegengebrachte Vertrauen der Patienten, der zuweisenden Ärzte und der Öffentlichkeit danken wir und sehen uns dadurch in der Weiterentwicklung unserer Versorgungsangebote bestätigt.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm bilden wir mit unseren 15 Fachkliniken und zwei Instituten das stationäre Gesundheitszentrum im Osten von Baden-Württemberg. Ziel ist in einem umfassenden Sanierungsprogramm die Kliniken Landkreis Heidenheim in wenigen Jahren zu einem topmodernen, hochleistungsfähigen und wirtschaftlich gesundem Gesundheitszentrum weiterzuentwickeln.

Neue Impulse in Medizin, Pflege und Patientenversorgung

Die Modernisierung der Klinikinfrastruktur und die Bereitstellung moderner Medizintechnik und deren Finanzierung sind genauso notwendig wie die wirtschaftliche Gesundung des Klinikbetriebs aus dem Inneren heraus. Beides sind Grundbedingungen für den angestrebten wirtschaftlichen Erfolg. Das eine ist ohne das andere nicht umsetzbar. Letzteres wird durch unser Sanierungsprogramm „Fit für 2020“ sichergestellt. Das im Sommer 2017 durch den Aufsichtsrat verabschiedete Sanierungsprogramm ist auf den Weg gebracht und zeigt bereits nach wenigen Monaten positive Veränderungen. Über die Hälfte der mittlerweile 80 Projekte dieses tragfähigen Konzeptes sind umgesetzt bzw. befinden sich in Realisierung. Bei Umsetzung aller geplanten Maßnahmen ist ab 2020 dann auch wieder mit Überschüssen zu rechnen.

Wichtige neue Impulse in Medizin und Pflege konnten unter anderem durch die Gewinnung medizinischer Koryphäen gesetzt werden. Mit Dienstantritt der neuen Chefärzte Professor Dr. Daniel Walcher und Dr. Robert Hefty werden neue und modernste Behandlungsmöglichkeiten in der Kardiologie und Urologie jetzt auch in Heidenheim angeboten.

Die Klinik für Psychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik konnte ein Modellprojekt abschließen. Als Alternative zum stationären Aufenthalt in unserer Klinik bieten wir seit 2017 das sogenannte Home Treatment an. Hierbei handelt es sich um eine intensive ambulante Behandlung, die bei unseren Patienten zuhause stattfindet. Unsere Patienten können so sämtliche therapeutischen Angebote unserer Klinik wahrnehmen, ohne sich für eine stationäre Behandlung entscheiden zu müssen.

An dem sich in der Vergangenheit aufgebauten Investitions- und Instandhaltungsstau wurde intensiv gearbeitet. Nahezu 7 Mio. Euro sind alleine in Instandhaltungsmaßnahmen zur Verbesserung der klinischen Abläufe und der Betriebstechnik aufgewendet worden, ca. 2,5 Mio. Euro mehr als in den Jahren zuvor. Zu nennen sind unter anderem die komplette Neugestaltung der gynäkologischen und geburtshilflichen Ambulanz, die Etablierung des Endoskopiezentrums, die durch Umbau erzielte Verbesserung der Wartesituation in der Zentralen Notaufnahme sowie das OP-Management mit Auslastungsoptimierung der OP-Säle. Die Vorbereitungen zur Etablierung einer Kurzliegerstation, einer stationären Holding Area und zur Etablierung einer Akutgeriatrie konnten wir in 2017 ebenfalls auf den Weg bringen. Im Fokus stehen dabei stets Struktur- und Prozessanpassungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten.

Trotz des wirtschaftlichen Drucks wird im Klinikum seit Jahren ein über den Allgemeinstandards hinausgehendes Hygienemanagement angewendet. Ein Beweis für die herausragenden Leistungen und gute Zusammenarbeit im MRE-Netzwerk ist die Förderung unseres innovativen Hygiene-Projektes STAUfrei durch den GBA-Innovationsausschuss. Ein Vorhaben zur Verhinderung der Ausbreitung gefährlicher Keime, dessen Bedeutung und Aufmerksamkeit weit über die Landesgrenzen hinausgehen wird.

Fortsetzung der Klinikmodernisierung

Die anhaltend restriktiv regulierend wirkenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die infrastrukturellen Defizite des inzwischen über 40 Jahre im Betrieb stehenden Klinikums sind als „Wachstumsbremse“ und wirtschaftliches Risiko zu bewerten.

Die Beschleunigung des Abschlusses des Bau- und Modernisierungskonzeptes zur Schaffung einer zukunfts- und wettbewerbsfähigen Klinikinfrastruktur und die Sicherstellung deren Investitionsfinanzierung haben daher neben der Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsangebote höchste Priorität. Die in 2017 begonnene Wiederaufnahme und Beschleunigung der Fortsetzung des Klinikneubaus ist ein wesentlicher Schwerpunkt des begonnenen Veränderungsprozesses. Sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter ein wichtiger Schritt. So erfolgte der Startschuss für den zweiten großen Neubauabschnitt zur Realisierung des lange überfälligen Neubauvorhabens mit Fertigstellung Ende 2020. Herzstück werden der neue Zentral-OP mit 6 Operationssälen sein, zudem werden das Zentrum für Radiologie und bildgebende Verfahren, die Apotheke, die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung und drei neue Pflegestationen mit Unterbringungsplätzen für über 100 Patienten entstehen.

Auch konnte mit dem Beginn der baulichen Zielplanung für die abschließende Klinikmodernisierung ein wichtiger Meilenstein mit dem Sozialministerium des Landes Baden Württemberg auf den Weg gebracht werden. Ziel ist die Inbetriebnahme eines letzten großen Bauabschnittes im Jahr 2024.

Als historischer Meilenstein wurde durch den Landkreis Heidenheim im Dezember 2017 ein millionenschweres Finanzierungspaket verabschiedet. Ein existenziell wichtiger Beitrag des Eigentümers für die Zukunftsfähigkeit des Klinikums und ein klares Bekenntnis, die kommunale Trägerschaft mit allen Kräften zu stärken.

Anhaltend angespannte wirtschaftliche Situation

Trotz der positiven Leistungszuwächse bleibt unser Klinikum im ersten Sanierungsjahr erwartungsgemäß wirtschaftlich noch unter seinen Möglichkeiten. Wie ein Großteil der Kliniken leiden auch wir unter den anhaltend restriktiven gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Es fehlt eine faire und angemessene Finanzierung von Leistungen und Kosten. Zudem entfaltet der im Sommer 2017 begonnene Sanierungsprozess seine wirtschaftlichen Wirkungen nicht sofort, sondern erst ab dem zweiten Jahr.

Aufgrund der sehr positiven Leistungsentwicklung konnten die betrieblichen Erträge gegenüber dem Vorjahr um 8 Mio. Euro gesteigert werden; eine Erhöhung um 8 %. Den gestiegenen Umsatzerlösen stehen durch die systemimmanente Unterfinanzierung marktbedingte Aufwandsmehrungen im Tarif- und Sachkostenbereich, aber auch signifikante Nachholinvestitionen zum Abbau des Investitions- und Instandhaltungsstaus sowie eine sehr risikoorientierte Rückstellungspolitik gegenüber. Auch geht der medizinische Versorgungsauftrag des Klinikums Heidenheim über primär stationäre, teilstationäre und in Teilbereichen ambulante Leistungen hinaus. Ohne das Klinikum kann die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung des Landkreises faktisch nicht mehr gewährleistet werden. Das Klinikum Heidenheim ist rund um die Uhr längst zu einer tragenden Säule der ambulanten Landkreisversorgung geworden. Diese eigentlich versorgungsauftragsfremden Leistungen, wie beispielsweise die ambulante Notfallversorgung oder der notärztliche Rettungsdienst werden nicht annähernd sachgerecht vergütet. In 2017 konnten daher wichtige Weichen für eine verstärkte sektorenübergreifende Versorgung gestellt werden.

An und für die Belegschaft

Fachlich kompetent und gleichzeitig dem Menschen zugewandt sein, die Balance halten und dabei die eigenen persönlichen Ressourcen nicht aufzubrechen, selbstachtsam zu sein, ist keine leichte Aufgabe, gehört aber zum Alltag der Menschen, die sich für den Gesundheitsberuf entscheiden haben, unabhängig in welcher Dienststelle sie im Krankenhaus tätig sind. Für viele Mitarbeiter ist die Tätigkeit im Krankenhaus eben Beruf und Berufung zugleich. Aber auch die Waage zu finden zwischen ethischen Ansprüchen und ökonomischer Notwendigkeit, gerade in schwierigen Veränderungsprozessen, ist eine große unternehmerische Herausforderung. Das ist uns bewusst und dafür danken wir allen unseren Mitarbeitern herzlich.

Danke sagen wir auch für die gute und zielorientierte Zusammenarbeit mit allen Behörden und Gremien, allen voran der sehr guten Zusammenarbeit mit unserem Aufsichtsrat.

Robert Filter
Kaufmännischer Direktor

Dr. Jan-Peter Schenkengel
Ärztlicher Direktor

Udo Lavendel
Geschäftsführer

Klaus M. Rettenberger
Direktor für Pflege- und
Prozessmanagement

Der neue Chefarzt der Medizinischen Klinik II im Klinikum Heidenheim, Professor Dr. Daniel Walcher und sein erfahrenes Kardiologieteam verfügen über ein breites Diagnose – und Therapiespektrum zur Behandlung des schwachen Herzens. Bei der Therapie der Herzschwäche gilt es deren Ursache zu behandeln, eine Entlastung des Herzens herbeizuführen und dessen Pumpleistung zu verbessern.

Das schwache Herz

Fast drei Millionen Menschen leiden in Deutschland an Herzschwäche. Dabei erbringt das Herz nicht mehr die nötige Pumpleistung, um die Blutversorgung des Körpers, insbesondere der einzelnen Organe, aufrecht zu halten. Die Ursachen dafür können sehr unterschiedlich sein. Beispielsweise zählen eine Verkalkung der Herzkranzgefäße, ein zu hoher Blutdruck, ein Herzklappenfehler oder eine Entzündung des Herzmuskels und andere Erkrankungen dazu. Leider sterben an dieser lebensbedrohlichen Krankheit hierzulande rund 50.000 Menschen pro Jahr. Innerhalb von 15 Jahren haben sich die Krankenhausbehandlungszahlen von 240.000 auf 440.000 Fälle nahezu verdoppelt.

Diagnose und Therapie bei Herzinsuffizienz

Prinzipiell besitzt eine nicht behandelte Herzschwäche eine schlechte Prognose für den Patienten, wobei die Herzschwäche anhand einer vierstufigen Klassifikation beurteilt wird, die zunächst ohne körperliche Einschränkungen einhergeht und im schlechtesten Fall mit erheblichen Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und im Ruhezustand auftritt und bis zur Bettlägerigkeit führt. Die Symptome treten schleichend auf und bleiben häufig zunächst unbemerkt, bis eine Atemnot bei Belastung, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit, Müdigkeit und Abgeschlagenheit bis hin zu Schwellungen an Knöcheln oder Unterschenkeln, bedingt durch Wassereinlagerungen, auftreten. Ursächlich dafür sind fortgeschrittene Stadien der koronaren Herzkrankheit oder des hohen Blutdrucks, oft auch in Kombination mit Diabetes.

Als therapeutisches Ziel gilt, eine Entlastung des Herzens und eine Verbesserung der Pumpleistung zu erreichen. Als Behandlungsstrategie gilt zunächst, die Grundkrankheit zu behandeln und die Durchblutung des Herzens wieder herzustellen. Die hierzu erforderlichen Untersuchungsmethoden sind vielfältig und reichen von Ultraschalluntersuchungen bis zu Herzkatheteruntersuchungen

für eine Koronarangiographie, die heutzutage zunehmend bereits über die Armarterien erfolgen.

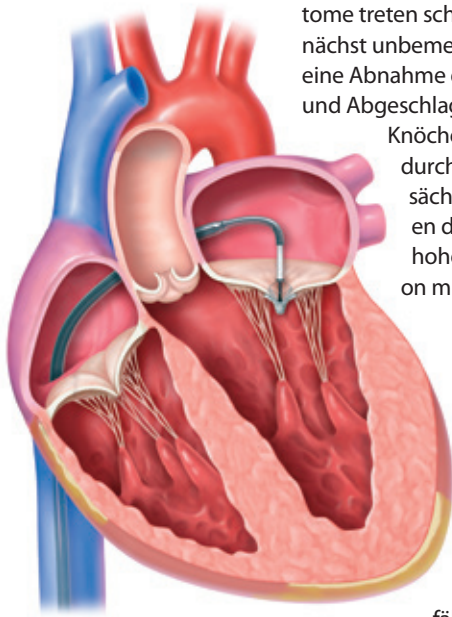
Als Basistherapieansatz gilt die medikamentöse Therapie mit Herzfrequenz- und blutdrucksenkenden Betablockern, ACE-Hemmern, die mit blutdrucksenkender Wirkung und aufgrund ihrer herzmuskelentspannender Wirkung nach Herzinfarkten sowie bei Herzmuskelentzündungen eingesetzt werden oder Harnproduktionsanregende Aldosteronantagonisten, die auch zusammen mit Diuretika Wassereinlagerungen im Körper ausschwemmen sollen. Diese Therapien, in Verbindung mit der Reduzierung der Herzfrequenz, führen zu einer deutlichen Senkung der Sterblichkeitsrate bei Herzschwäche.

Ergänzend zur medikamentösen Therapie können spezielle Schrittmachersysteme zur Steigerung der Pumpleistung sowie Defibrillatoren zur Vorbeugung des plötzlichen Herztodes bei Auftreten von Herzflimmern eingesetzt werden, denn eine Verschlechterung der Pumpfunktion fördert die Entstehung bösartiger Rhythmusstörungen. Eine reduzierte Pumpleistung geht häufig auch mit einer sogenannten »Schaukelbewegung« des Herzens einher, die durch eine asynchrone Herzmuskelbewegung, bedingt durch eine Störung der Erregungsleitung beim Weiten und Zusammenziehen der Herzkammern hervorgerufen wird. Dann gilt eine kardiale Resynchronisationstherapie als Option, wobei Elektrodensonden in den Herzkammern oder Vorhöfen zum Einsatz kommen, die auch das Erregungsleitungssystem im Herzen beeinflussen. Diese Systeme bieten zudem via Telemonitoring den Vorteil, dass der Kardiologe die dabei aufgezeichneten Herzaktivitäten analysieren kann.

Eine weitere moderne interventionelle Möglichkeit bietet eine spezielle Kathedertechnik, um eine Herzklappenundichtigkeit zu behandeln – das MitraClip-Verfahren, das auch im Klinikum Heidenheim eingeführt wird. Eine Mitralklappeninsuffizienz führt zu einem Blutrückstau bis in die Lunge und damit zu Luftnot. Die beiden Mitralklappensegel zwischen linker Herzvorhofkammer und linker Herzkammer schließen dabei nicht mehr dicht. Die Undichtigkeit kann auch an der Aortenklappe zwischen Herzkammer und Hauptschlagader auftreten. Der Kardiologe verbindet bei dem MitraClip-Verfahren die beiden Mitralklappensegel – ein vorderes und ein hinteres – durch einen Clip miteinander, damit schließt die Klappe wieder nahezu dicht und verhindert einen Rückfluss des Blutes beim Pumpen.



Oben: MitraClip® geöffnet
Unten: Schematische Darstellung des Herzens, rechte und linke Vorkammer und rechte und linke Hauptkammer. Einführung des MitraClip-Systems über die rechte Leiste, Zugang zum Herzen über die untere große Hohlvene in die rechte Vorkammer.



©2012 Abbott. All rights reserved.



Professor Dr. Daniel Walcher:

»Eine sehr moderne interventionelle Möglichkeit stellt die spezielle Katheter-technik zur Behandlung einer Herzklappenundichtigkeit dar - das MitraClip-Verfahren.

Während bis Ende des vierten Lebensjahrzehnts der Bandscheibenvorfall die häufigste Ursache für Rückenschmerzen ist, tritt ab dem fünften Lebensjahrzehnt meist eine Spinalkanalstenose auf. Dabei handelt es sich um eine Verengung des Kanals in der Wirbelsäule, in dem das Rückenmark und Nervenbahnen verlaufen.

Lumbale Spinalkanal- stenose

Mit zunehmendem Lebensalter treten degenerative Veränderungen der Bandscheibe auf. Deren Wassergehalt reduziert sich, sie wird dadurch flacher und instabiler. Die kleinen Wirbelgelenke werden überlastet, sie bilden arthrotische Veränderungen mit kleinen knöchernen Knochenanbauten und Kapselverdickung. Häufig kommt es zusätzlich zu einer Wucherung der Bänder zwischen den Wirbelkörpern, die der Stabilisierung der Wirbelsäule dienen. Drei typische Veränderungen können hier eine Verengung des Wirbelkanals hervorrufen. Dazu gehören die sich von vorn in den Spinalkanal wölbende Bandscheibe, die von beiden Seiten einwachsenden Knochenanbauten der kleinen Wirbelgelenke und das hinten gelegene Ligamentum flavum. Die Ärzte sprechen dann von einer lumbalen Spinalkanalstenose. Als eine typische Beschwerde gilt die Verkürzung der Gehstrecke. Patienten berichten, dass sie beim Gehen zunehmend schmerzbedingte Pausen einlegen müssen.

Links ist eine gesunde Lendenwirbelsäule zu sehen und rechts sind schwere degenerative Veränderungen mit multisegmentaler Spinalkanalstenose in den Lendenwirbelsegmenten zu erkennen.

Oft können die Beschwerden der Spinalkanalstenose durch eine konservative Therapie verringert werden. Dazu gehören neben Rücken- oder Gehschule gezieltes Muskelaufbautraining der Rücken- und Rumpfmuskulatur. Die Entscheidung zur konservativen Therapie und gegen eine Operation leiten die Ärzte aus den Beschwerden der Patienten ab. Bleibt die konservative Therapie nach Wochen erfolglos, stellt dies einen Grund für ein operatives Vorgehen dar. Auch bei sehr ausgeprägten Beschwerden, wie zum Beispiel einer Gehstrecke von wenigen Metern oder Dauerschmerzen, wird zur Operation geraten. Bei Lähmung wichtiger Muskeln, dazu gehört eine Lähmung des Hüftbeugemuskels, die vor allem das Treppensteigen behindert oder einer Lähmung des Fußhebermuskels besteht ebenso die medizinische Notwendigkeit zur dringlichen Operation. Die Stenose kann mit einer minimal-invasiven Operation behoben werden. Dabei werden Teile des Wirbelbogens mit einer Diamantfräse unter dem Operations-Mikroskop entfernt. Anschließend werden die Knochenanbauten der kleinen Wirbelgelenke bis zu den gut sichtbaren Rückenmarkshäuten entfernt, so dass dadurch die Nervenwurzeln nicht mehr eingeengt werden. Sofern erforderlich, lässt sich dabei auch eine Vorwölbung der Bandscheibe oder ein Bandscheibenvorfall therapieren.

Bei fortgeschrittener Degeneration der Bandscheibe entsteht eine segmentale Instabilität der Wirbelsäule. Diese kann bereits bei einer MRT- oder Röntgenuntersuchung erkannt werden, es zeigt sich ein degeneratives Wirbelgleiten (Spondylolisthesis). Häufig jedoch kann die Instabilität erst in den Funktionsaufnahmen der Lendenwirbelsäule anhand einer abnormalen Beweglichkeit entdeckt werden. Gelegentlich stellt man die Instabilität erst während der Operation fest. Nach erfolgreicher Dekompression der Stenose diagnostiziert der Operateur die Instabilität durch Bewegen der sichtbaren Wirbel gegeneinander. In allen Fällen ist dann eine Stabilisierung des Segmentes erforderlich: Die Bandscheibe wird dazu komplett entfernt und durch einen Titankörper ersetzt. Da bei der Operation entweder die Stabilität der Wirbelsäule erhalten wird oder eine zusätzliche Stabilisierung erfolgt, kann der Patient in jedem Fall unmittelbar nach der Operation mobilisiert werden. Bei vorbestehenden Lähmungen und seit längeren bestehenden Beschwerden empfiehlt sich eine Reha-Maßnahme unter stationären Bedingungen als Anschlussheilbehandlung. Deren Ziel ist es, einerseits eventuelle neurologische Ausfälle wie Lähmungen physiotherapeutisch zu behandeln und andererseits die Patienten mit einem rückengerechten Verhaltensmuster vertraut zu machen.





Leitender Oberarzt Dr. Volker Ebert:

»Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule stellen eine Volkskrankheit dar. Nicht selten entwickelt sich daraus ein chronisches Leiden. In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie werden Patienten mit diesen Leiden behandelt.«

Der Pflegebereich in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH steht vor großen Herausforderungen. Die Bewältigung der aus wirtschaftlichen Gründen notwendigen Organisationsveränderungen stellt für die Pflegedienstmitarbeiter eine gewaltige Aufgabe dar. Die Gewissheit der Verdichtung des Arbeitsumfangs wirft die berechtigte Frage auf, wie man dem eigenen Anspruch an eine umfassende Betreuung der Patienten noch gerecht werden kann. Wo bleibt die Zeit für ein Gespräch oder für ein paar Minuten am Bett des leidenden Menschen, um Trost und Zuversicht zu vermitteln?

Voraussetzungen für qualitativ hohe Pflege

Die Aufgabe der Pflege ist sehr komplex und vielfältig wie das Leben selbst, denn individuelle Einschränkungen und Reaktionen auf Krankheiten von Patienten können alle Bereiche des täglichen Lebens betreffen. Damit pflegerische Leistungen qualitativ hochwertig und auf dem neuesten Stand des Wissens der Disziplin der Pflege erbracht werden können, sind vielfältige Aktivitäten notwendig, auch um entsprechende Instrumente zu Verfügung zu stellen, die dafür Unterstützung bieten können. Die Leistungen von Pflegekräften an Patienten und somit die Qualität der Pflege wird in der ersten Linie von den Patienten selbst wahrgenommen und bewertet. Somit beinhaltet der Begriff der Pflegequalität die fachliche Qualität und die Zufriedenheit sowie letzt-

endlich die Lebensqualität der Patienten. Alle an der Versorgung Beteiligten verfügen über bestimmte Erwartungen an die Pflegeleistungen.

Es gibt unterschiedliche Instrumente zur Sicherstellung der Qualität pflegerischer Leistungen. Diese bieten Unterstützung, um die pflegerischen Leistungen im Krankenhaus auch professionell erbringen zu können. Pflegerische Bedürfnisse der Patienten werden systematisch und individuell angepasst erhoben sowie die Maßnahmen zur Unterstützung geplant, ausgeführt und auch überprüft. Die wichtigsten Instrumente in diesem Zusammenhang bilden die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, die Maßnahmendokumentation und der Pflegebericht. Mit deren Hilfe werden die jeweils ermittelten pflegerischen Bedürfnisse und das darauf ausgerichtete Handeln dokumentiert. Diese Durchführung erfordert hohe professionelle pflegerische Kompetenzen. In der pflegerischen Arbeit wird das Instrument »Pflegestandard« eingesetzt. Inzwischen gibt es im Klinikum Heidenheim rund 130 Pflegestandards, die in den verschiedenen Standardgruppen des Hauses entwickelt wurden. Dazu zählen beispielsweise Unterstützung bei der Lebensaktivität »Ruhens und Schlafen«, Unterstützung bei der Körper- und Mundpflege, Pflege bei speziellen medizinischen Interventionen oder pflegerische Prophylaxen. Ebenso kommen vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte Standards zum Einsatz.

Inhaltlich werden die Pflegestandards in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft. Durch sie wird das Pflegeniveau festgelegt und somit sichergestellt, dass alle betroffenen Patienten hinsichtlich ihres individuellen pflegerischen Bedarfs ein vergleichsweise hohes pflegerisches Qualitätsniveau erhalten. Ziel ist es auch, Abläufe stets auf den Prüfstand zu stellen um Ressourcen freizuschäufeln, damit es den Pflegenden ermöglicht wird, mehr Zeit am Bett zu verbringen und sich intensiv mit Patienten beschäftigen zu können. Zudem kommen Prozessbeschreibungen zum Einsatz, um die pflegerischen Abläufe zu verbessern und die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zu optimieren.

Heute und in Zukunft muss die pflegerische Versorgung von Patienten weiterhin sicher gestaltet und weiterentwickelt werden mit dem Ziel, die fachliche Qualität der Pflege und ganz besonders die Zufriedenheit der Patienten zu fördern, um ihnen eine größtmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

Wunschbild: Pflegende können mehr Zeit am Bett verbringen und sich intensiv mit Patienten beschäftigen.





Ulrike Rettenberger:

»Eine hochwertige Qualität in der Pflege wird dann erreicht, wenn alle Patienten die individuell für sie sinnvollen pflegerischen Leistungen erhalten. Mit ihnen sollen die Patienten in der Bewältigung ihrer Situation unterstützt werden.«

Die Kinderheilkunde im Klinikum Heidenheim hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Die heutige Klinik für Kinder- und Jugendmedizin muss sich vor allem dem gesellschaftlichen Wandel stellen. Daher ist im Frühjahr 2017 für die weitere strategische Entwicklung die Zukunftswerkstatt »Zukunft der Pädiatrie im ländlichen Raum« angelaufen. Den Auftakt bildete ein Symposium Anfang April.

Zukunft der Pädiatrie im ländlichen Raum

Früher lagen die Behandlungsschwerpunkte auf infektiösen Erkrankungen der überwiegend bis zu zehnjährigen Kinder. Sie blieben nur wenige Tage in stationärer Behandlung und mehrere Tage zu Hause. Heute legen Eltern großen Wert darauf, dass Kinder möglichst wenige Schultage versäumen oder frühzeitig wieder in die Krippe/Kindergarten gehen, da beide Elternteile berufstätig sind. Ebenso ist der Wunsch gewachsen, für die Behandlung der Kinder oftmals auch Spezialisten für allgemeinpädiatrische Fragestellungen zu kontaktieren und es wird eine adäquate Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem kranken Kind erwartet.

Heute sprechen wir zudem von den sogenannten »neuen« Erkrankungen im Behandlungsspektrum. Darunter versteht man allergische Erkrankungen, Asthma, die verschiedenen Kopfschmerzarten und Ernährungsstörungen (Adipositas). Zusätzlich gibt es ansteigende funktionelle Beschwerdebilder, die keinen organischen Ursprung aufweisen. Dazu

zählen beispielsweise funktionelle Kopfschmerzen, Thoraxschmerzen, Bauchschmerzen oder auch komplexe Bewegungsstörungen. Diese betreffen häufig auch Jugendliche, so dass die Kinderheilkunde lernen musste, sich mit dieser Altersgruppe zu beschäftigen. Dazu kommen vielfältige Vorsorgeaufgaben, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen weitestgehend durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte geleistet werden. Die Kinder- und

Jugendmedizin ist in einzelne Spezialfächer aufgesplittet mit Ausbildungen für die Betreuung von Früh- und Neugeborenen (Neonatalogie) oder jungen Patienten

mit Krebserkrankungen (Onkologie), Lungenerkrankungen (Pneumologie), Stoffwechselerkrankungen (Endokrinologie), kindlicher Entwicklung und neurologische Erkrankungen (Neuropädiatrie). Regelmäßig ist zudem in den Medien zu lesen, dass die ambulante Notfallversorgung eine wesentliche Aufgabe der Kliniken geworden ist. Dies betrifft am Klinikum Heidenheim nicht nur die ZNA, sondern auch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Die Patienten kommen vor allem abends, nachts und an Wochenenden außerhalb der regulären Arbeitszeiten ins Haus.

Diese Veränderungen führen zu Überlegungen, wie sich die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in den nächsten fünf bis zehn Jahren weiterentwickeln muss, um weiterhin für Eltern, Kinder und niedergelassene Ärzte, aber auch junge Ärzte und Pflegekräfte attraktiv zu sein. Daraus resultieren vielfältige Fragestellungen. Was sind die Erwartungen aller Beteiligten und Betroffenen, von den Familien mit kranken Kindern bis hin zum Landkreis Heidenheim als Träger des Klinikums? Welche Erkrankungen müssen wir jetzt und in der Zukunft behandeln? Welche zusätzlichen Kompetenzen müssen Pflegekräfte und Ärzte entwickeln? Welche Netzwerkverbindungen sind wichtig und werden vielleicht noch bedeutsamer? Welche Rolle wird die Klinik in der Zukunft in der Versorgung ambulanter Krankheitsbilder spielen? Wie kann es gelingen, die Arbeitswelt für Pflegekräfte und junge Mediziner so attraktiv zu gestalten, um ausreichendes und motiviertes Personal einsetzen zu können?

Mit der »Zukunftswerkstatt« werden mit allen Beteiligten Fragen zur zukünftigen Entwicklung der Klinik erarbeitet und Lösungsansätze definiert. Am Ende eines für zwei Jahre angesetzten Prozesses soll ein Strategiekonzept stehen, das es erlaubt, die konkret formulierten Entwicklungsschritte gemeinsam mit den Beteiligten anzugehen.

Das Team des Pädiatrie-Projekts zusammen mit den Referenten des Symposiums »Zukunft der Pädiatrie im ländlichen Raum«.





Chefarzt Dr. Andreas Schneider:

»In der Entwicklungsplattform ›Zukunftswerkstatt‹ wird zusammen mit Vertretern gesellschaftlicher Gruppen die Zukunft der pädiatrischen Versorgung auf die sich ändernden Verhältnisse ausgerichtet.

Am Montag, 18. September 2017, war der Startschuss für den 2. Bauabschnitt der Klinikmodernisierung auf dem Heidenheimer Schlossberg. Zwischen dem alten Funktionsbau und Haus C wird ein achtgeschossiger Baukörper – das zukünftige Haus K – entstehen.

Zweiter Bauabschnitt startete

Im Rahmen des 2. Bauabschnittes, der mit dem Abriss des Erweiterungsbaus startete, werden für den Zentralen OP-Bereich, Radiologie, Apotheke, Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung sowie drei Pflegestationen neue Räume mit sehr moderner Ausstattung für die Patientenversorgung entstehen.

Der Neubau wird insgesamt 65.800 cbm umbauten Raum umfassen. Für ärztlich-pflegerische Bereiche werden auf sechs Ebenen 6.650 qm Nutzfläche zur Verfügung stehen (ohne Technik- und Verkehrsflächen). Die Maße des Neubaus, bei dem sieben Geschosse zu sehen sein werden, betragen 72 m Länge, 31 m Breite, 22,5 m Höhe über Gelände und 8,5 m unter Gelände. Außerdem wird eine rund 110 m lange Magistrale als Verbindung zwischen Funktionsbau, Haus K und Haus C entstehen.

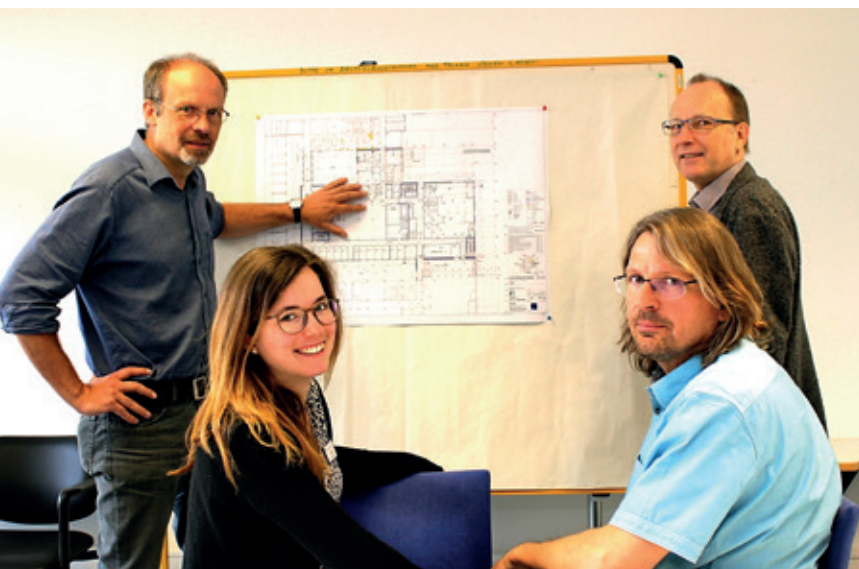
Die Ebene »-2« wird mit Flächen für die Haus-technik belegt. In der Ebene »-1« wird die Klinik-apotheke und die Zentrale Sterilgutversorgung einziehen. In der Ebene »0«, also im Erdgeschoss, wird die Klinik für Radiologie mit ihrem kompletten diagnostischen Equipment in unmittelbarer Nachbarschaft zur Zentralen Notaufnahme im Haus C, etabliert. Die komplette Ebene »+1« wird mit dem neuen Zentral-OP-Bereich mit sechs OP Sälen belegt, auch wird räumlich eine enge Anbindung über die Magistrale zum Zentrum für Intensivmedizin im Haus C geschaffen. In die darüber liegenden drei Ebenen »+2«, »+3« und »+4« ziehen Pflegestationen ein. Das oberste Geschoss, Ebene »+5«, wird mit Technikbereichen belegt.

Auf fünf Geschossen wird eine Magistrale die Ebenen »-1«, »0«, »+1«, »+2« und »+3« in den drei Häusern verbinden. Die Apotheke in Ebene »-1« von Haus K erhält einen direkten Anschluss zum Reinraumlabor in Haus C. In diesem Bereich erfolgt auch die Zytostatikaherstellung und in unmittelbarer Nachbarschaft befindet sich zudem das Zentrallabor des Klinikums.

Eine Etage darüber, in Ebene »0«, werden die Radiologie in Haus K und die Zentrale Notaufnahme in Haus C direkte Nahtstellen zueinander erhalten.

Ende 2017 konnten die Abbrucharbeiten am Erweiterungsbau abgeschlossen und die ersten vorbereitenden Arbeiten für den achtgeschossigen Baukörper aufgenommen werden. Läuft alles nach Plan, kann Anfang 2019 Richtfest gefeiert werden. Die Fertigstellung ist rund um den Jahreswechsel 2020/2021 terminiert.

Das klinikinterne Expertenteam für die bauplanerische Betreuung des Modernisierungsprojekts, v. l.: Andreas Faig, Jessica Barran, Uwe Wolf und Manfred Kiss. Mit zum Team gehört Harald Haslanger





Leiter Bau, Technik u. Energie Andreas Faig

» Nach dem offiziellen Startschuss der Klinikmodernisierung im September 2017 entsteht zwischen altem Funktionsbau und Haus C ein achtgeschossiger Baukörper - das Haus K .



Die Klinik ist ein zentraler Dienstleister am Klinikum Heidenheim mit einem Schwerpunkt im Bereich der operativen Medizin. Das klinische Kerngeschäft teilt sich in vier zentrale Aufgabengebiete:

- Anästhesiologische Betreuung vor, während und nach einer Operation
- Intensivmedizinische Betreuung schwerkranker Patienten aller Disziplinen
- Akute und chronische Schmerztherapie
- Notfallmedizin, die die innerklinische und außerklinische Behandlung akuter, lebensbedrohlicher Krankheitsbilder beinhaltet.

Diese hoch differenzierten und spezialisierten klinischen Aufgaben werden von den 26 ärztlichen Mitarbeitern (Stellenschlüssel: 1 / 5 / 20), sowie 26 Pflegekräften im Anästhesiebereich ausgeführt. Im Bereich der Anästhesiepflege ist hervorzuheben, dass man seit Jahren über einen sehr hohen Anteil Stammpersonal mit vorbildlichem Kompetenzprofil verfügt (Fachkrankenpflegeanteil 75 %). Sowohl im deutschlandweiten Vergleich als auch im Vergleich zu Krankenhäusern in Baden-Württemberg ist diese Situation als mustergültig einzuschätzen.

Von insgesamt 26 ärztlichen Mitarbeitern (vier Teilzeitkräfte) sind 12 Fachärzte für Anästhesiologie. Sechs Mitarbeiter besitzen darüber hinaus die Weiterbildung »Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin«. Zwei Mitarbeiter haben die Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie« und zwei Mitarbeiter verfügen über eine spezielle Ausbildung im Bereich der Palliativmedizin. Der Klinikleiter verfügt

über die volle Weiterbildung im Bereich der Anästhesie, der speziellen anästhesiologischen Intensivmedizin und der speziellen Schmerztherapie sowie der Befugnis zur Leitung eines Blutdepots sowie eines immunhämatologischen Labors.

Die Klinik veranstaltet monatlich eine zertifizierte überregionale Fortbildung mit externen Referenten, wöchentlich eine abteilungsinterne Fort- und Weiterbildung sowie im Rahmen des regionalen Schmerzzentrums Ost-Württemberg eine interdisziplinäre Schmerzkonzferenz. Die Klinik beteiligt sich an den M & M-Konferenzen der Chirurgie I. Anästhesiologisch werden täglich bis zu 14 Arbeitsplätze versorgt:

- Sieben Arbeitsplätze im Zentral-OP
- Urologie-Endoskopie-OP
- Sectio-OP (Kaiserschnitt-OP)
- HNO-OP
- Chirurgische Eingriffsräume
- Eingriffsraum Station C3
- MRT (Magnetresonanztomographie)
- Radiologie.

Anästhesieverfahren

2017 wurden insgesamt 8.540 Anästhesieleistungen mit einer durchschnittlichen Narkosedauer von 90 Minuten durchgeführt. 91 % dieser Narkoseleistungen wurden in den operativen Hauptkliniken Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie (34 %), Orthopädie und Unfallchirurgie (24 %), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (19 %) Urologie (14%) und den Belegkliniken durchgeführt.

Aktuelle Entwicklungen und Profil

Neue Mitarbeiter im Assistenzarztbereich: Aisté Pucilauskaite und Jakob Stefan. Dr. Konyen wird in den Ruhestand verabschiedet. Oberarzt Dr. Alexander Frohmajer verlässt die Klinik zum 31. 12. 2017 und übernimmt zum 1.1. 2018 eine Chefarztposition.

Kooperation mit der Abteilung Herzchirurgische Anästhesie am Universitätsklinikum Ulm: Ausbildung Anästhesie und spezielle Intensivmedizin.

Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) von Antibiotika und Antimykotika auf der Intensivstation in enger Kooperation mit der Klinikapotheke

Kooperationen beim Thema (TDM) von Antibiotika und Antimykotika auf der Intensivstation mit Professor Frank Brunkhorst, Deutsche Sepsis-Gesellschaft e. V. / Paul-Martini-Forscherguppe »Clinical Septomics«, Center for Sepsis Control and Care, Universitätsklinikum Jena sowie Jason Roberts PhD, Professor of Medicine and Pharmacy, Burns Trauma and Critical Care Research Centre, School of Medicine, The University of Queensland, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia.

Mitarbeit an einer prospektiven, randomisierten, multizentrischen klinischen Prüfung zum Einfluss von Therapeutischem Drug Monitoring (TDM) von Piperacillin auf die Organfunktionen und das Überleben von Patienten mit schwerer Sepsis oder septischem Schock (TARGET)

Universitätsklinikum Jena, durchführende Stelle:

Center for Sepsis Control & Care (CSCC)

Erlanger Allee 101, 07749 Jena

Sprecher der Einrichtung: Prof. Dr. med. Michael Bauer,

Projektleiter: Dr. med. Stefan Hagel, M.Sc.

OP-unabhängige Anästhesieleistungen hatten einen Anteil von 9,6 %. Über die Hälfte (61 %) der Patienten hatte die ASA-Risikoklassifikation ASA I, ASA II. 39 % wiesen erhebliche Vorerkrankungen und somit ein Risikoprofil \geq ASA III auf. Der Anteil der peripheren bzw. rückenmarksnahen Regionalanästhesien lag bei etwa 32 % (rückenmarksnah RA 855, periphere RA 1643). Ein Großteil davon wurden mit einer Allgemeinanästhesie kombiniert. Der Einsatz der Ultraschalltechniken bei der Anlage von Regionalanästhesien und bei Gefäßpunktionen wurde weiter intensiviert und hat vor allem im Bereich der Ausbildung eine besondere Bedeutung bekommen. Der Anteil der Femoralis- und Ischiadikus-Katheter ist deutlich zurückgegangen, da in der elektiven Knie-Endoprothetik seit 2017 vermehrt intraartikuläre Schmerzkatheter-Systeme eingesetzt werden. Nach aktueller wissenschaftlicher Datenlage ermöglicht dieses Vorgehen eine schnellere postoperative Mobilisation der Patienten.

996 Regionalanästhesien wurden sonographiegesteuert angelegt. Neben der Blockade des zervikalen Nervengeflechtes, die Operationen an der Halsschlagader ohne Allgemeinanästhesie ermöglicht, wurden mittlerweile zahlreiche weitere ultraschallgestützte Regionalanästhesietechniken in den klinischen Alltag eingeführt.

Notfallmedizin

Die Verantwortung für die Organisation und Koordination des Bereichs Notfallmedizin liegt bei einem Oberarzt der Klinik. Für mögliche Großschadensereignisse hält die Klinik sieben leitende Notärzte vor. 2017 wurden insgesamt 3.710 Notarzt-Einsätze gefahren, davon wurden 2.166 am Notarztstandort Heidenheim und 1.544 am Standort Giengen durchgeführt. 86 % dieser zum Teil lebensbedrohlichen Notfälle (131 Herz-Kreislauf-Stillstände, 34 primär er-

Vorsitz der Arbeitsgruppe »Qualitätssicherung in der Intensivmedizin bei der Landesärztekammer Baden Württemberg« durch einen Mitarbeiter der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

Mitarbeit im Nationalen Steuerungsgremium Peer Review bei der DIVI und bei den aktuellen Empfehlungen zur kalkulierten parenteralen Initialtherapie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. (PEG)

Mitarbeit bei der Erarbeitung und Publikation der »Intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren« für Deutschland in der dritten Auflage 2017

Mitarbeit bei der Kampagne »Zurück ins Leben« – Eine Initiative des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Vortragsabend »Zurück ins Leben« in Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg, Paul Hartmann AG am 19.05.2017

Mitarbeit im Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA)

Primäre Schmerzdiagnosen

(ambulante und stationäre Neuverstellung) Doppelnennungen möglich	
Wirbelsäule, Rückenschmerz	33 %
Muskuloskeletaler Schmerz	23 %
Neuropathische Schmerzen (davon CRPS 7,4 %)	15 %
Tumorschmerz	10 %
Postoperativer Schmerz	6,8 %
Schmerz bei psychiatrischer Grunderkrankung	6,5 %
Kopf- und Gesichtsschmerzen	5,0 %

folgreiche Reanimation) waren internistischer Natur, darunter insgesamt 313 Mal ein akutes Koronarsyndrom und 482 neurologische Fälle inklusive Schlaganfall. Es gelang im erneut bei über 90 % (93,9 %, d. h. 1,1 % unter dem Soll) der Patienten das Eintreffen eines Notarztes innerhalb von 15 Minuten zu gewährleisten. Auch 2017 konnte dank einer vorbildlichen Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus in Ulm die kontinuierliche ärztliche Besetzung sowie eine hohe Ergebnisqualität für die Bewohner des Landkreises Heidenheim sichergestellt werden.

Schmerztherapie

Die adäquate Behandlung von akuten oder chronischen Schmerzen gehört auch heute zu den bedeutsamsten interdisziplinären Aufgaben der modernen Medizin. Ergänzend zur Schmerzbehandlung vor, während und nach einer Operation, kümmert sich das Team der Klinik ebenfalls um chronische Schmerzprobleme.

Im postoperativen Schmerzdienst wurden 944 Patienten behandelt. Über 90 % der Patienten beurteilten die Qualität der Versorgung mit sehr gut beziehungsweise gut. Im Bereich der chronischen Schmerztherapie wurden 377 neue Schmerzpatienten im Berichtsjahr 2017 behandelt. Davon sind 93 Patienten als ambulante Neuverstellung und 284 Patienten im Rahmen eines schmerztherapeutischen Konsils gesehen worden. Darüber hinaus wurden 252 ambulante Wiedervorstellungen durchgeführt. Die primären Schmerzdiagnosen verteilten sich wie in der Tabelle dargestellt. Über die Hälfte (55 %) der neuen Schmerzpatienten wiesen einen Kombinationschmerz mit nozizeptiver und neuropathischer Schmerzkomponente auf. Ein rein nozizeptiver Schmerz fand sich bei 36 % der Patienten und eine alleinige Neuropathie bei lediglich 9,1 % der beklagten Schmerzereignissen.

Operative

Intensivmedizin

Siehe Zentrum für Intensivmedizin (Zfi), Seite 46.



Aktuelle Entwicklung und Profil

- Im Klinikum Heidenheim sind 2017 erneut mehr Kinder geboren worden.
- Die stationären Behandlungen von Patientinnen sind angestiegen.
- Das Stillkonzept wurde von Wochenstationsleiterin Simone Tesch weiter ausgebaut.
- Die Hebammen haben die Hebammensprechstunde ausgebaut.
- Die Pflegeleitung der operativen Station Christine Malz trat ihren Ruhestand an, Heidemarie Hilsch hat die Station als neue Pflegeleitung übernommen.
- In der gynäkologischen Ambulanz und im Chefarztsekretariat sind drei schwangere Mitarbeiterinnen in den Mutterschutz und Elternzeit gegangen. In das Team hinzugekommen sind Sabrina Wiendlocha und Anna-Maria Barth und Marina Huber.
- Im Ärztee pool befinden sich zwei Mitarbeiterinnen im Mutterschutz und in Elternzeit.
- Die Oberärztinnen Dr. Nicole Riede, Dr. Angelika Wohlstein-Pecha und die Chefarztin Dr. Carina Paschold haben AGUB-Zertifizierungen erlangt.
- Der leitende Oberarzt Laszlo Ovari hat das Dysplasiezertifikat erlangt.
- Die Oberärztin und Brustzentrumskordinatorin Dr. Ingeborg Claßen-Winkler hat sich um die Etablierung des Lipotransfers in der Mammachirurgie gekümmert.
- Oberärztin Dr. Claudia Wahl hat das Zertifikat der senologischen Brustakademie erworben.

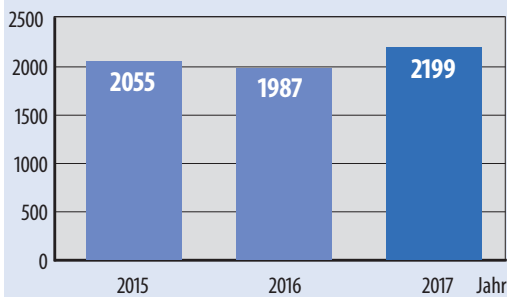
Gynäkologische Onkologie:

Mit dem Aufbau einer Dysplasie-Sprechstunde hat die Frauenheilkunde im Klinikum ihr Spektrum in der Früherkennung von bösartigen Erkrankungen der äußeren Genitale erweitert.

Die operativen Techniken orientieren sich an der Leipzig Pelvic School. Diese rekonstruktiven Operationstechniken sind im Ergebnis von Erfolg gekrönt, da das Pflegeteam der operativen Station sich um die sorgfältige Wundpflege mit viel Einsatz kümmert.

Bösartige Erkrankungen des Gebärmutterhalses und der Gebärmutter werden überwiegend mit der minimal-invasiven Technik operativ versorgt. Zusammen mit der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie unter der Leitung der Chefarztin Dr. Voica Ghilescu und den Oberärztinnen Dr. Elsge Schrade und Dr. Edina Tushi wird hier ein operatives Konzept oder ein radiochemotherapeutisches Konzept angeboten. Für die große Bauchchirurgie, die beim Eierstock- und Eileiterkrebs erforderlich ist, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie, der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und der Klinik für Urologie noch abgestimmter geworden, zum Wohle der Patientinnen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD Hauptdiagnosen stationär Fälle

ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	720
O42	Vorzeitiger Sprung der Fruchtblase	243
O70	Dammriss unter der Geburt	180
O34	Betreuung bei festgestellter oder vermuteter Fehlbildung der Beckenorgane	177
C50	Krebs der Brustdrüse	134
O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	76
N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	67
D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	62
O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	56
O80	Normale Geburt eines Kindes	51

Minimal-invasive Technik

In der Zwischenzeit ist es gelungen diese Technik in der Abteilung gut zu etablieren. Die Chefärztin und vier weitere Oberärzte operieren mit dieser Technik auf hohem Niveau.

Im Rahmen von gebärmuttererhaltenden Operationen bei Myomen, radikalen Tumorentfernungen mit Lymphknoten, bei Beckenbodensenkungen und bei gutartigen Eierstockerkrankungen wird in hohem Maße diese Technik eingesetzt.

Beckenboden und Harninkontinenz

Die Oberärztinnen Dr. Nicole Riede und Dr. Angelika Wohlstein-Pecha haben nun auch wie die Chefärztin eine AGUB Zertifizierung. Nachdem nun eine Oberärztin durch Elternzeit ausfällt, wird augenblicklich die Fachärztin Dr. Malgorzata Chlewinska ausgebildet.

Seit Jahren hat sich die Frauenklinik hierauf konzentriert, die Ergebnisse der Qualitätssicherung zeigen hier einen hohen Zufriedenheitsgrad der Patientinnen und bislang gute Langzeitergebnisse. Die Zusammenarbeit mit der Chirurgie und Urologie wird in diesem Bereich ausgebaut.

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
9-262	Nachgeburtliche Versorgung des Neugeborenen	990
5-758	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss, nach einer Geburt (Dammriss)	390
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	332
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	298
5-749	Anderer Kaiserschnitt	293
5-738	Dammschnitt und Naht	222
5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	197
5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	119
5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	119
5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	116

OPS Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle	Fälle
1-672	Spiegelung der Gebärmutter	262
1-471	Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter-schleimhaut ohne Einschnneiden (z. B. Strichküretagette)	211
5-690	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter	190
5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	37
5-671	Konisation der Gebärmutter	22
5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	15
1-472	Entnahme einer Gewebeprobe des Gebärmutterhalses ohne Einschnneiden	15
1-694	Spiegelung des Bauchraums	12
5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
5-870	Brusterhaltende Operation ohne Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich	7

Geburtshilfe

In der Geburtshilfe haben die Hebammen einen neu renovierten Hebammen-Sprechstundenraum eingerichtet. Ebenfalls werden hier Kurse für Schwangere angeboten. Der Kreißaalbereich wurde im Eingangsbereich umgebaut. Es ist nun möglich, diesen hochsensiblen Bereich für die Entbindenden mit einer Zutrittskontrolle geschützt zu halten.

Der Aufnahmebereich im Kreißaal wurde ebenfalls neu organisiert, so dass die Aufnahmeprozesse patientenorientiert ausgerichtet sind.

Die Zahl der ankommenden Schlossbergbabys wurde deutlich gesteigert. Die leitende Hebamme Anja Feldmeier hat mitgeholfen, eine elektronische Akte im Kreißaal einzuführen.

Auf der Wochenstation hat die Leiterin Simone Tesch das Stillkonzept mit ihrem Team weiter ausgebaut.



Entwicklungen und Profil

Die Klinik betreut alle wesentlichen Krankheiten des Neugeborenen-, Kindes- und Jugendalters, häufig auch in enger Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Fachdisziplinen des Klinikums. Das stationäre Betreuungsangebot wird durch Spezialsprechstunden für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen (vor allem Diabetes Typ I und Kinderneurologie) erweitert.

Die Zahl stationärer Patienten ist im Vergleich zum Vorjahr mit 2.446 Fällen stabil geblieben. Insgesamt sind die Fallzahlen seit 2012 um 26 % gestiegen. Damit einhergehend sind die Pflegetage auf 7.710 angestiegen, seit 2012 um 23 %. Die mittlere Verweildauer ist mit 3,1 Tagen im Vergleich zur Erwachsenenmedizin weiterhin unverändert kurz. Der schnelle Wechsel zwischen Aufnahmen und Entlassungen bedeutet einen hohen organisatorischen Aufwand für Pflegepersonal und Ärzte, um alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen des Facharztstandards angemessen durchführen zu können. Grundsatz in der Betreuung der Kinder und Jugendlichen auf den Stationen 55 und 56 ist die systemische Versorgung der Familien in enger Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Erzieherinnen und Lehrkräften der Schule für Kranke, Physiotherapeutinnen und einer Kinder- und Jugendpsychiaterin in einer kinder- und jugendlichengerechten Umgebung. Ehrenamtliche Helferinnen unterstützen das Team, um den Aufenthalt der Kinder- und Jugendlichen so angenehm wie möglich zu gestalten. Der Förderverein der Klinik (KiJu) unterstützt die Klinik weiterhin sehr aktiv in der Modernisierung der Ausstattung der Klinik

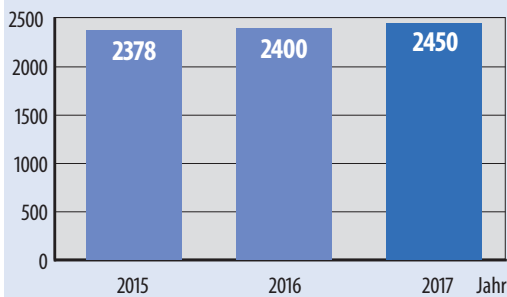
und bei der Schaffung von Möglichkeiten, um den Klinikaufenthalt durch viele Annehmlichkeiten leichter zu machen. 2017 konnte das Untersuchungszimmer der Station 55 neu gestaltet werden.

Schwerpunkte der stationären Behandlung bilden unverändert akute infektiöse Erkrankungen des Magen-Darmtraktes sowie der oberen und unteren Luftwege. Junge Menschen mit akuten und chronischen Bauchschmerzen, Kopfschmerzen sowie mit Schädel-Hirn-Traumen bilden einen weiteren großen Teil der Patienten.

2017 konnte eine erfahrene Kinder- und Jugendpsychiaterin zur Mitarbeit gewonnen werden. Diese unterstützt die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit funktionellen Erkrankungen ebenso wie die Einschätzung psychischer Auffälligkeiten. Zusammen mit Erzieherinnen und Lehrkräften der Schule für Kranke kann damit das sozialpädiatrische Angebot der Klinik abgerundet werden. Die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen im Landkreis ermöglicht die rasche und kompetente Vermittlung an das Hilfesystem, falls dies notwendig wird.

Das Angebot »Kids in Balance«, ein wöchentliches Angebot einer ausgebildeten Entspannungs- und Sporttherapeutin, wird sowohl für stationäre als auch ambulante Patienten durchgeführt und vermittelt die Möglichkeit mit subjektiv belastenden Situationen beispielsweise aus dem Schulalltag besser zu Recht zu kommen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
S06	Verletzung des Schädelinneren	188
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	159
J20	Akute Entzündung der Bronchien	150
A09	Durchfall und Magen-Darm-Entzündung, vermutlich durch Viren	139
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	104
G40	Fallsucht (Epilepsie)	54
J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger nicht näher bezeichnet	52
P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	50
A08	Infektionen des Darms durch Viren und sonstige näher bezeichnete Erreger	46
R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	41

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-930	Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf	1.728
1-207	Untersuchung der elektrischen Aktivität des Gehirns	302
8-121	Darmspülung	203
8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	251
8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	227
1-208	Untersuchung der elektrischen Aktivität des zentralen Nervensystemes durch verschiedenartige Reize)	222
3-8	Magnetresonanztomographie mit und ohne Kontrastmittel	131
9-262	Nachgeburtliche Versorgung des Neugeborenen	127
3-2	Computertomographie mit und ohne Kontrastmittel	45
1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	61

Unverändert gut frequentiert ist die Sprechstunde für Kinder mit Regulationsstörungen, insbesondere für Säuglinge mit exzessivem Schreien, chronischen Unruhezuständen oder Schlafstörungen. Die Betreuung erfolgt auf den Grundlagen von Professor Mechthild Papousek und Kollegen nach dem Modell der »Münchner Schreisprechstunde«. Dafür sind einige Pflegekräfte und die Oberärztin der Klinik speziell qualifiziert worden.

Patientenbefragung

Über den Förderverein »KiJu« finanziert wurde 2017 erneut eine Zufriedenheitsbefragung der Eltern über den Verband der Kinderkliniken GKiND durchgeführt. Die Global-Ergebnisse liegen auf einer Skala von 1 bis 6 zwischen 1,2 und 1,8 für die Kriterien Aufnahme, Kinderkrankenpflege und Betreuung, Ärztliche Behandlung, Zuwendung und Begleitung, Räumlichkeit und Versorgung, Entlassung aus der Klinik und Gesamteindruck.

Schwerpunkte – Diabetes

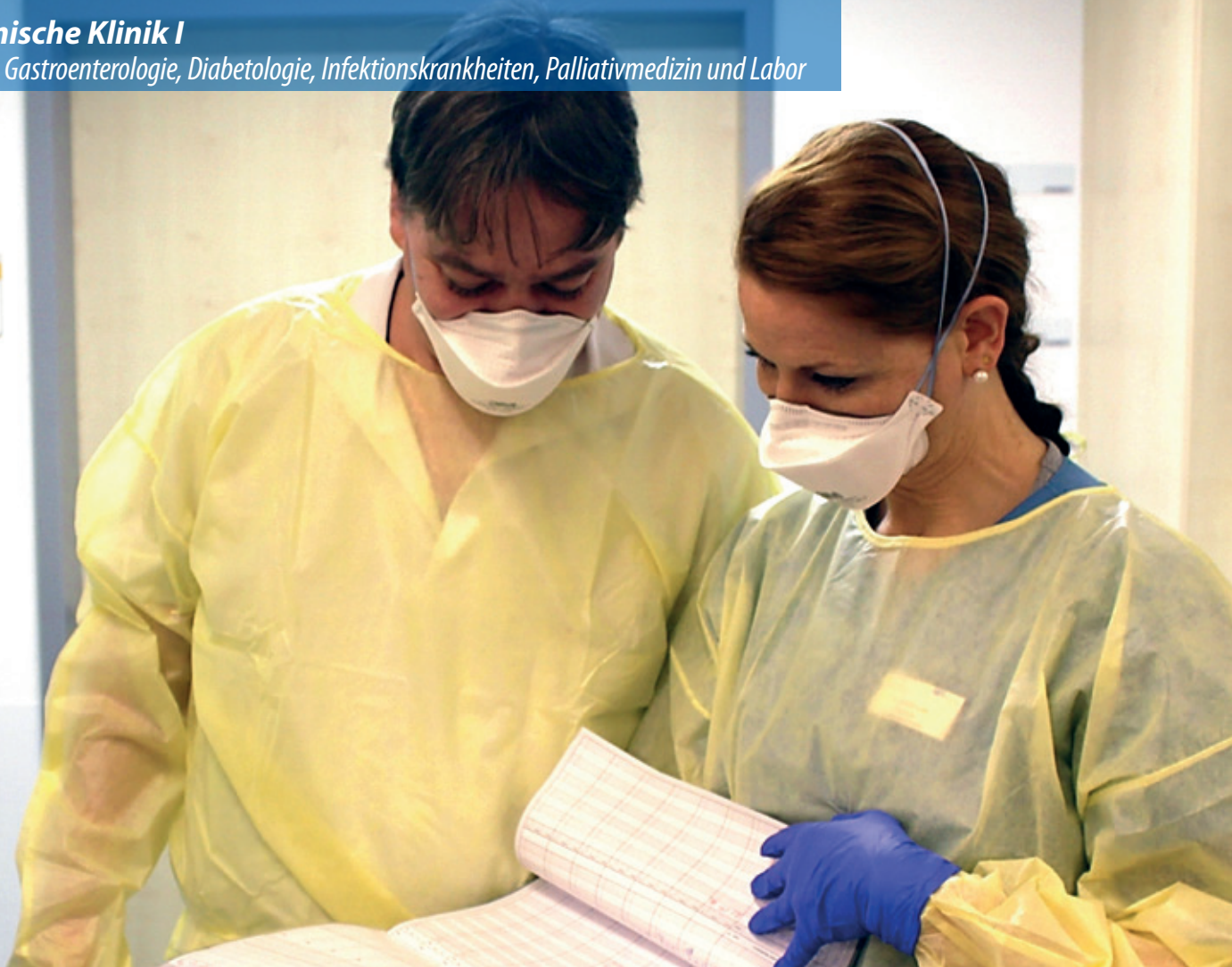
Der Diabetes Typ I bildet einen wesentlichen Schwerpunkt des ambulanten und stationären Angebotes der Klinik. Die betreuten Kinder und Jugendlichen werden in der Sprechstunde durch einen Diabetologen betreut, um alle Aspekte des Alltags und die Fragen der Eltern und Patienten kompetent beantworten zu können. 2017 wurden 60 Kinder und Jugendliche mit Typ I Diabetes versorgt. Ergänzend wurden wieder einige Freizeitangebote für die Kinder- und Jugendliche angeboten, um herauszustellen, dass man mit Diabetes auch etwas Besonderes erleben kann. Möglich wurde dies nur durch das große Engagement des

Diabetesteams mit Unterstützung des Fördervereins »KiJu«.

Schwerpunkte – Neuropädiatrie

Das Versorgungsangebot umfasst die Diagnostik und Therapie von Epilepsien im Kindes- und Jugendalter, von Kopfschmerzsyndromen und die spezielle Betreuung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen. Darüber hinaus wird auch eine ausführliche Diagnostik von Entwicklungsstörungen im Vorschul- und Schulalter angeboten. Eine unverändert große Zahl an Patienten ist mit der Frage eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms und Schulleistungsfragestellungen vorgestellt worden. Hierfür steht ein umfassendes testpsychologisches Angebot zur Verfügung.

Kinder im Vorschulalter werden in enger Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen der Sonderschulen des Landkreises und der Interdisziplinären Frühförderstelle betreut. Hierzu finden regelmäßige Sprechstunden zur engen Verzahnung des medizinischen und sonderpädagogischen Systems statt. Dies wird von den Eltern der betroffenen Kinder als sehr positiv erlebt, da Informationen rasch ausgetauscht und spezielle Fragestellungen interdisziplinär diskutiert werden können. Eine Erweiterung der klinischen Möglichkeiten stellt die Ausbildung einer Mitarbeiterin der Aufnahmestation zur Epilepsieberaterin dar. Dies ermöglicht die niederschwellige sozialmedizinische und sozialrechtliche Beratung der betroffenen Familien sowie die umfassende und regelmäßige Schulung und Begleitung in diesem Erkrankungsfeld.



Aktuelles

Im Bereich der pflegerischen und ärztlichen Leitungen gab es 2017 keine Veränderung. Wegen langer und gehäufter Krankheitsausfälle im Pflegebereich musste die Bettenkapazität der Medizinischen Klinik I über eine längere Zeit reduziert werden. Allen, die intensiv daran mitgewirkt haben, dennoch alle Patienten gut zu versorgen, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Gastroenterologie

Im August 2017 konnte nach langen und sorgfältigen Planungen die im Januar 2017 gestarteten umfangreichen Baumaßnahmen in der Endoskopie abgeschlossen werden - und der Startschuss fiel für das neue interdisziplinäre Endoskopiezentrum. Damit wurden die bisher räumlich und vor allem auch organisatorisch getrennt arbeitenden Funktionsbereiche der MK I (Gastroenterologie) und MK II (Pneumologie) zusammengefasst. Das neue Zentrum mit seinen sieben Oberärzten, einem Funktionsassistenten, mehreren Weiterbildungsassistenten und elf Endoskopiefachpflegekräften steht für umfassende und hochspezialisierte endoskopische und sonografische Untersuchungstechniken. Das Kernstück des Zentrums stellt die neue „Holding-Area“ dar. Dieser Bereich bildet die zentrale Anlaufstelle für ambulante Patienten. Hier werden sie auf die anstehenden Untersuchungen vorbereitet und nach erfolgter Endoskopie professionell in angenehmer Umgebung betreut. Auch stationäre Patienten können hier überwacht werden, was die Wechselzeiten in den Untersuchungsräumen deutlich verkürzt und dadurch die Effektivität der Funktionsabteilung erhöht. Das Endoskopiezentrum

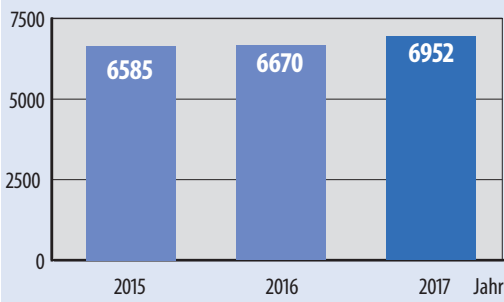
verfügt jetzt ferner über einen neu gestalteten Aufbereitungsraum mit baulicher Trennung in eine reine und unreine Seite. Durch zwei neue voll validierbare Reinigungswaschautomaten (RDGs) wird eine maximale Sicherheit vor der Übertragung von Keimen im Rahmen der Endoskopie gewährleistet. Parallel zu den Planungen und Umbaumaßnahmen wurde ein Endostatut entworfen, in dem alle wichtigen Prozesse und Abläufe neu definiert wurden. Bewusst soll die Bezeichnung Endostatut an das OP-Statut erinnern – denn die Endoskopie ist sozusagen der Operationsaal der Internisten. Aber nicht nur Endoskopien finden im neuen Zentrum ihr Zuhause, sondern auch die internistische Sonografie. Im von der DEGUM zertifizierten Ultraschalllabor werden jährlich etwa 5.000-6.000 stationäre und ambulante Sonografien durchgeführt. Dafür stehen ebenfalls zwei in 2017 neu angeschaffte High-End-Ultraschallgeräte (Toshiba Aplio i800 und Hitachi Arietta V70) zur Verfügung.

Aus Anlass der Eröffnung des Endoskopiezentrums fand im Oktober 2017 erstmals das Symposium „Gastro-Update Heidenheim“ statt. Hier konnte unter anderem über eine in Heidenheim 2016 neu eingeführte Technik, die endoskopische transgastrale Nekrosektomie über die Einlage von selbstexpandierenden Metallstents in die Magenwand, berichtet werden. Durch diese neue Technik wird die schwierige Behandlung nekrotisierender Bauchspeicheldrüsenentzündungen wesentlich verbessert.

Onkologie und Palliativmedizin

Das Pflegeteam der Onkologie und Palliativmedizin musste leider den krankheitsbedingten Ausfall meh-

Zahl der Patienten vollstationär (MK1+II)



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger nicht näher bez.	242
E11	Zuckerkrankheit Typ II (Alterszucker)	128
K57	Erkrankung des Darmes mit sackförmigen Ausstülpungen der Darmwand	115
C34	Krebs der unteren Luftwege (Bronchien) und der Lunge	95
N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	92
A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrsch. ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	90
K70	Leberkrankheit durch Alkohol	85
A46	Wundrose-Erysipel	81
A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	75
I50	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	74

erer erfahrener Mitarbeiter über einen längeren Zeitraum kompensieren. Dies gelang nur dadurch, dass die Bettenkapazität von Mai bis Oktober auf 23 Betten reduziert wurde. Für diesen Zeitraum wurde die onkologische Tagesklinik in den freien Räumen auf Station untergebracht, was die Abläufe erfreulicherweise sehr vereinfacht hat. Die Planungen für die Zukunft sehen deshalb vor, die Tagesklinik dauerhaft dort zu integrieren. Als medizinische Innovation haben die neuen Immuntherapeutika Einzug in den Klinikalltag gehalten. Mit diesen Medikamenten, den so genannten PD-1- bzw. PD-L1-Inhibitoren, ist ein alter Traum in Erfüllung gegangen, nämlich die Aktivierung des körpereigenen Immunsystems im Kampf gegen bösartige Erkrankungen. Die Verfügbarkeit dieser Medikamente eröffnete neue, faszinierende, bislang nicht für möglich gehaltene Therapien und Therapieerfolge, erfordern jedoch auch ebenso völlig neue Kenntnisse über Neben- und Wechselwirkungen dieser Medikamente, die es in dieser Form bisher bei Medikamenten nicht gab. Im Rahmen mehrerer Fortbildungsveranstaltungen wurde über diese neuen Behandlungsformen breit informiert.

Infektiologie

Die Bedrohung durch gefährliche Krankheitserreger nimmt trotz aller Fortschritte der modernen Medizin eher zu als ab. Am Klinikum gibt es seit Jahren eine spezialisierte Infektionsstation. Diese fungiert zum einen als Isoliereinheit für Menschen mit (potenziell) ansteckenden Erkrankungen, zum anderen aber auch als Nucleus für praxis-orientierte Umgangsstrategien für das gesamte Klinikum. 2017 waren 80 % aller Pflegetage gleichzeitig Isolationstage, ein erneuter Anstieg im Vergleich zu den Vorjahreszahlen (76 %). Dies unterstreicht eindrucksvoll die Notwendigkeit dieser spezialisierten Einheit und auch die enorme Belastung des dort arbeitenden Personals. Die größte Herausforderung war die regionale Influenza-Epidemie im Winter 2016/2017, bei der phasenweise nahezu

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
1-632	Spiegelung der Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	1319
5-513	Operationen über eine Spiegelung an den Gallengängen	576
1-650	Spiegelung des Dickdarmes	545
1-440	Gewebeentnahme (über ein Endoskop) an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse	502
8-800	Übertragung von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	267
8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	249
9-984	Pflegebedürftigkeit (Pflegrade)	200
5-469	Sonstige Operation am Darm	180
5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	178
1-444	Gewebeentnahme (über ein Endoskop) am unteren Verdauungstrakt	176

OPS Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle

1-650	Dickdarmspiegelung	117
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z. B. Dickdarmes) bei einer Spiegelung	41
5-452	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	37
5-469	Andere Operationen am Darm	34
5-489	Andere Operation am Mastdarm	5

die komplette Infektionsstation sowie noch zahlreiche weitere Räume und sogar ganze Bereiche mit schwerkranken, streng isolierungspflichtigen Patienten belegt waren. In dieser Keimzelle wurde auch die Idee geboren, diese Strategien im Rahmen eines definierten Projektes noch weiter zu entwickeln. Mit Unterstützung zahlreicher, externer Experten und Förderer wurde das Projekt unter dem Akronym „STAUfrei“ beim Innovationsfonds des GBA eingereicht. Im Oktober 2017 ging die Förderzusage über knapp 3 Mio Euro ein! Dieses Projekt wird das Klinikum und die Kreisärzteschaft in den kommenden Jahren beschäftigen, Ergebnisse werden frühestens ab 2021 erwartet. Die Förderung durch den Innovationsfonds des Bundes adelt quasi die jahrelangen Bemühungen des Teams um die Infektionsstation zur Erreichung einer höheren Patientensicherheit.

Labor

Die Influenzawelle zu Beginn des Jahres machte im Gegensatz zum Vorjahr mehr als doppelt so viele PCR-Influenza-Tests erforderlich. Auch stand man vor der Herausforderung, die steigende Anzahl der weiteren PCR-Diagnostik (unter anderem: Strep B, Norovirus, MRSA, Tuberkulose, Clostridium difficile,) zu bewältigen. Als neuen PCR Test konnte 2017 der CARBA-R Test implementiert werden. Hierbei werden Resistenzmechanismen gegen das Antibiotikum Carbapenem, sogenannte Carbapenemasen, erkannt. Der Test unterstützt das Klinikum bei der Umsetzung des geforderten 4MRGN – Screenings. (4MRGN: Multiresistente Gram negative Stäbchenbakterien, bei denen eine weitgehende Resistenz gegenüber verschiedener Antibiotika vorliegt). Im Dezember 2017 wurde ein neues immunhämatologisches Analysengerät in Betrieb genommen. Mit hochsensitiver Capture-Technik können blutgruppenserologische Untersuchungen und Kreuzproben auf dem neuesten Stand der Technik durchgeführt werden.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

2017 ging der langjährige Leiter Privatdozent Dr. Arnold Schmidt in den Ruhestand. Als Nachfolger übernahm lückenlos Professor Dr. Daniel Walcher die Leitung der Medizinischen Klinik II. Im Oberarztbereich wurde das Team um Dr. Susanne Wegerer und Dr. Anja Widdermann ergänzt. Im Assistentenbereich erfolgte eine Anpassung des Stellenschlüssels auch mit Einrichtung einer zusätzlichen Stelle im kardiologischen Funktionsbereich. Im Zuge dieser personellen Änderungen wurden nahezu alle organisatorischen und fachlichen Abläufe und Entscheidungsprozesse analysiert und optimiert. Exemplarisch dafür steht die Neustrukturierung des Kurzliegerbereichs mit einer deutlichen Kapazitätsausweitung und Festlegung von klaren Handlungsanweisungen. In der 1. Jahreshälfte und vor allem in der 2. Jahreshälfte kam es zu einer deutlichen Steigerung der Fall- und Leistungszahlen im stationären Bereich. Dies konnte nur durch ein weit überdurchschnittliches Engagement aller Mitarbeiter bewältigt werden.

Die MK II ist ein attraktives Umfeld für die Fort- und Weiterbildung junger ärztlicher Kollegen. Viele frisch approbierte Ärzte bewerben sich um eine Assistenzarztstelle in der Klinik, sodass nahezu immer eine Vollbesetzung ärztlicher Stellen vorliegt. Zusammen mit der MK I besteht die Möglichkeit eine Facharztausbildung in der Inneren Medizin zu absolvieren, darüber hinaus gibt es die Möglichkeit zum Erwerb der Schwerpunktbezeichnungen Kardiologie, Angiologie und Nephrologie sowie teilweise Pneumologie (2 Jahre) und der fakultativen Weiterbildung spezielle internistische Intensivmedizin.

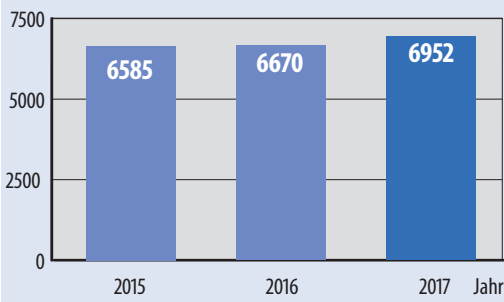
Kardiologie

Die Kernaufgaben umfassen die Schwerpunkte:

- Invasive kardiologische Diagnostik und interventionelle Therapie (Herzkatheter, PTCA und Stentimplantation)
- Interventionelle Therapie struktureller kardialer Erkrankungen (PFO- und Vorhofohrverschluss)
- Rhythmologie mit Implantation von Herzschrittmachern, Defibrillatoren, Ereignisrekordern und CRT-Systemen
- Nicht-invasive Diagnostik (echokardiografische Verfahren, EKG, Belastungs-/LZ-EKG)
- Kardiologische Betreuung aller Patienten (vor allem konsiliarische Tätigkeit)
- Ambulante Abklärung kardiologischer Krankheitsbilder auch bei schweren, komplexen oder seltenen Herzerkrankungen.

Einen bedeutsamen Schwerpunkt bildet die invasive Kardiologie. Dazu stehen zwei multifunktionelle Angiographie-Anlagen zur Verfügung. Die Mehrzahl der interventionell behandelten Patienten stellen dabei Patienten mit akuten Koronarsyndromen (Herzinfarkte) dar. Zur Anwendung kommen alle gängigen interventionellen Therapieverfahren wie Ballondilatationen, Implantationen von Stents, Thrombektomiesystemen zur Behandlung von akuten und chronischen Verschlüssen oder Stenosen von Koronararterien oder Bypassen bei Patienten nach operativer Myokardrevaskularisation. Beginnend in der 2. Jahreshälfte erfolgte eine zunehmende Anzahl von Untersuchungen und Interventionen über einen

Zahl der Patienten vollstationär (MK1+II)



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
I50	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	425
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern als Herzrhythmusstörung	303
I21	Akuter Herzinfarkt	289
J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger nicht näher bezeichnet	217
I20	Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)	216
J44	Obstruktive chronische Lungenerkrankung	183
I10	Bluthochdruck, ohne bekannte Ursache	55
I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel -Lungenembolie	55
J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	54
N17	Akutes Nierenversagen	54

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-854	Nierenersatzverfahren außerhalb des Körpers (Blutwäsche)	11178
1-710	Untersuchung der Atemfunktion (Ganzkörperplethysmographie) zur Messung des Atemwegwiderstands und des funktionellen Residualvolumens (Luftmenge in der Lunge nach ausatmen)	1018
8-837	Geschlossener Gefäßeingriff (durch Haut und Gefäß hindurch) an Herz und Herzkranzgefäße	979
1-275	Linksherzkatheteruntersuchung über Arterien	834
1-620	Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien	708
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	648
3-052	Ultraschalluntersuchung des Herzens (über eine Spiegelung) durch die Speiseröhre hindurch	484
1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	484
8-933	Funkgesteuerte Überwachung des Herzens (Telemetrie)	347
1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	254

OPS Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle

1-275	Katheteruntersuchung des linken Herzteils (Vorhof, Kammer) beispielsweise zur Druckmessung mit Vorschieben des Katheters über die Pulsadern	64
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	5

radialen Zugang am Handgelenk mit einer aktuellen Rate von ca. 80 %. Bei Patienten mit stabiler Koronarinsuffizienz steht – wie von den Fachgesellschaften empfohlen – eine zurückhaltende Therapiestrategie hinsichtlich der Durchführung von Koronarinterventionen im Vordergrund. Basis für die hierzu notwendigen Therapieentscheidungen bilden die Messung der intrakoronaren Flussreserve (FFR) und der intrakoronare Ultraschall (IVUS).

In der MK II werden als weiterer Schwerpunkt alle gängigen Arten von Herzschrittmachern und Defibrillatoren implantiert. Dabei werden nahezu ausschließlich Geräte implantiert mit denen später bei Bedarf Kernspinuntersuchungen durchgeführt werden können. Entsprechend den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften erfolgt auch eine zunehmende Anzahl von Implantation biventrikulären Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Ergänzt wird das Spektrum der implantierten kardiologischen Geräte durch Ereignisrekorder, welche subkutan bei Patienten mit Synkopen, unklarem Herzrasen oder ungeklärten Schlaganfällen implantiert werden. Eine zunehmend wichtigere Rolle spielt dabei die Telemedizin mit Überwachung der entsprechenden Patienten insbesondere bei Vorliegen einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz bzw. von häufigen Rhythmusereignissen.

Nephrologie

Das Klinikum bietet eine umfassende Versorgung für nephrologisch erkrankte Patienten. Neben serologischer- und Urindiagnostik können zur Ursachenklärung einer Nierenerkrankung sonografische Untersuchungen, Doppler- und Duplexuntersuchungen der

Nieren- und Transplantatnierengefäße sowie CT- und MRT-Darstellungen durchgeführt werden. Erkrankungen der Nierenarteriengefäße können direkt über den Herzkathetermessplatz festgestellt und dort auch mittels Ballonaufdehnung oder Stentimplantation behandelt werden. Bei entsprechender Indikation werden auch regelmäßig Nierenbiopsien durchgeführt. Nur so können spezielle Erkrankungen des Nierengewebes gesichert und dann spezifisch behandelt werden. Auf diese Weise konnten 2017 wieder mehrere Patienten mit lebensbedrohlichen Systemerkrankungen erkannt und erfolgreich behandelt werden. Bei einem Großteil dieser Patienten konnte somit erreicht werden, dass sie keine dauerhafte Nierenersatztherapie benötigen.

In der Gesamtheit aller Patienten finden sich auch mehrere, die bereits transplantiert sind. Neben den ambulanten Kontrolluntersuchungen, insbesondere zur Steuerung der immunsuppressiven Therapie können Komplikationen wie beispielsweise Abstoßungsreaktionen oder Infektionen im Klinikum diagnostiziert und behandelt werden. Gerade die heutzutage eher noch intensivierete Immunsuppression führt immer wieder zu infektiologischen Komplikationen, die stationär behandelt werden müssen. 70 Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz werden über die teilstationäre Dialyseabteilung versorgt. Es erfolgt eine effektive Nierenersatztherapie in Form der intermittierenden Hämodialyse. Die bewährt gute Therapie garantiert auch den immer zahlreicheren älteren Patienten eine Prognoseverbesserung und vor allem eine bessere Lebensqualität. Selbstverständlich werden alle Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz,



die für eine Transplantation in Frage kommen, auf die Warteliste gesetzt. Hierzu wird eng mit dem Transplantationszentrum Stuttgart zusammengearbeitet. Bei mangelndem Organangebot von Verstorbenen stand auch 2017 die Lebendspende mehr im Fokus.

Die Nachfrage nach den von der Klinik angebotenen Therapieplätzen ist groß. Dies ist nicht zuletzt auf die hervorragende Motivation des Teams, die gute Therapiequalität und das soziale Engagement für die oft multimorbiden Patienten zurückzuführen. Angeboten werden kann auch das alternative Verfahren der Peritonealdialyse, das vor allem auch für jüngere Patienten Vorteile bietet. Körperlich stark eingeschränkte Menschen aus dem stationären Bereich kommen für dieses ambulante Verfahren eher weniger in Betracht. Unser Ziel ist es deshalb hier die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich zu verbessern.

Patienten mit akutem Nierenversagen können auf den Intensivstationen neben der intermittierenden Hämodialyse auch mittels Filtrationstechniken behandelt werden.

Im ärztlich-personellen Bereich ist das Klinikum mit zwei erfahrenen Nephrologen sehr gut ausgestattet. Eine weitere Kollegin steht kurz vor ihrem Fachgespräch und eine ärztliche Kollegin ist mitten in ihrer Weiterbildung auf diesem Gebiet. Auch auf dem Gebiet der Weiterbildung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum Stuttgart.

Angiologie

Gegenüber den Vorjahren liegt im Bereich der interventiellen Angiologie eine weitgehend konstante Zahl von Gefäßeingriffen vor. Kennzeichen ist die stark zunehmende Anzahl von komplexen Gefäßbefunden insbesondere chronischen arteriellen Gefäßverschlüssen. Es wurden dabei Ballonaufdehnungen und Stentimplantationen im Bereich der Becken- und Beinarterien, der Hals- und Schultergürtelarterien sowie der Nieren- und Viszeralarterien durchgeführt. In zunehmender Häufigkeit erfolgte dabei die Verwendung medikamentenbeschichteter Stents bzw. von medikamentenbeschichteten Ballonkathetern.

Eine enge Kooperation besteht dabei mit der Sektion für Gefäßchirurgie, insbesondere im Sinne eines kollegialen interdisziplinären Konsils bei allen Patienten mit komplexen Gefäßbefunden, hier vor allem bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und insbesondere bei Patienten mit Carotisstenosen. Ziel ist es, immer dem Patienten das individuell beste Verfahren (Stent oder Operation) zukommen zu lassen. Seitens der nicht-invasiven angiologischen Diagnostik liegt die Anzahl von Farbduplex-Sonographien weiterhin in einem konstant hohen Bereich mit ca. 1.000 Untersuchungen. Die meisten dieser Untersuchungen dienen dazu, das Vorliegen akuter Thrombosen im Bereich der Extremitäten nachzuweisen oder auszuschließen. Aber auch die anderen angiologischen Untersuchungsmethoden wie Laufbandergometrie, Oszillographie, Venenverschlussplethysmographie und Kapillarmikroskopie werden zur Abklärung eher komplexer Fragestellungen vorgehalten.

Aufgrund der neuen Studiendatenlage und den Empfehlungen der deutschen Fachgesellschaften ist die Anzahl von katheterinterventionellen PFO (Patent foramen ovale)-Verschlüssen bei gekreuzten (paradoxen) Embolien deutlich angestiegen. Es werden vor allem jüngere Patienten nach einem Schlaganfall und Nachweis eines PFO behandelt.

Bei multimorbiden Patienten mit Blutungskomplikationen unter Blutverdünnern wie Vitamin-K-Antagonisten oder den direkten oralen Antikoagulantien kann ein katheterinterventioneller Vorhofohrverschluss durchgeführt werden. Nach dem Eingriff kann dann auf die Blutverdünnung verzichtet werden.

Intensivmedizin

Die Intensivtherapie wird im interdisziplinären Zentrum für Intensivmedizin (ZFI) betrieben. Für die Intensivtherapie der konservativen Fächer und die Versorgung aller kritisch bzw. lebensbedrohlich erkrankten Patienten mit konservativem Hintergrund sind die Ärzte der Medizinischen Klinik II zuständig. Durchschnittlich sind mehr als 60 % der interdisziplinären Intensivpatienten aus den konservativen Fächern.

Pneumologie

Durch die erstmalige Etablierung einer starken pneumologischen Einheit mit zwei Oberärzten konnten die Leistungszahlen deutlich gesteigert werden. Es wurden 650 Bronchoskopien durchgeführt. Die aufwendigen interventionellen Techniken wie die Kryorekanalisation, die Wiedereröffnung der zentralen Bronchien, APC-Koagulation und Brachytherapie (Bestrahlung der Bronchien von innen) mit interdisziplinärem Behandlungsansatz bilden etablierte Verfahren. Der rege Einsatz des endobronchialen Ultraschalles wurde genutzt, um die Diagnostik bei intrathorakaler Raumforderung entscheidend zu optimieren. Bei der ultraschallgeführten Gewinnung der Gewebeprobe ist mit deutlich höherer Zuverlässigkeit ein histologisch brauchbares Resultat erzielbar. Dies macht die Tumordiagnostik noch effizienter. 2017 wurden insgesamt 60 Untersuchungen durchgeführt. Die Bodyplethysmographie, die zur zentralen Untersuchung bei Lungenerkrankungen zählt, weist eine stabile Zahl an Untersuchungen auf. Zur Gesamtbeurteilung einer Lungenfunktionsuntersuchung erfolgt jeweils eine Blutgasanalyse. Zur Differentialdiagnose und zur besseren Beurteilung wird die Diffusion, die bei Operationen einen höheren Stellenwert erhält, durchgeführt. In ausgewählten Fällen findet im Lungenfunktionslabor die Atemmuskelmessung statt. Die Spiroergometrie, die hervorragend als eine diagnostische Untersuchungsmethode bei unklarer Belastungsatemnot eingesetzt werden kann, wurde 100 Mal durchgeführt. Die Umsetzung der Behandlung und Betreuung von Heimbeatmungspatienten wurde in Zusammenarbeit mit dem ZFI auf der Station C6 fortgeführt. Auf der Station ist ein fachlich qualifiziertes und kompetentes Team etabliert. Aufgrund der hohen Prävalenz einer schlafbezogenen Atmungsstörung wird eine regelmäßige Screeninguntersuchung mittels Polygrafie vorgenommen. Regelmäßig werden Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom auf eine CPAP-Therapie eingestellt. Auf dem Gebiet schlafbezogener Atmungsstörungen ist ein weiterer Ausbau mit einem Schlaflabor dringend erforderlich.



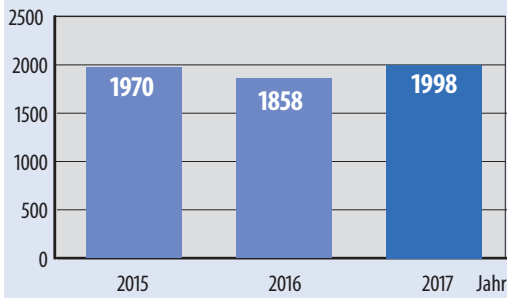
Die Zahl der Patienten, die im abgelaufenen Jahr behandelt worden ist, liegt auf einem etwas höheren Niveau als in den Vorjahren. Verstärkt sind wieder Betten in der Zentralen Notaufnahme genutzt worden, um die Anzahl von »Kurzliegern« in der Klinik zu reduzieren. Dabei handelt es sich um Patienten, die am Abend ins Haus kommen und bei denen absehbar ist, dass sie am nächsten Tag bereits wieder entlassen werden können. Dies führt im stationären Bereich zu einer deutlichen Entlastung und Vermeidung eines hohen personellen Aufwandes und Verbrauchs von Sachmitteln ohne Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung.

Was sich in den letzten Jahren schon sehr deutlich abgezeichnet hat, setzt sich weiter fort. Die Neurologie als stationäre Fachdisziplin ist zu einer Notfalldisziplin geworden. Neun von zehn stationären Patienten kommen nicht mehr als geplante Zuweisungen von niedergelassenen Ärzten, sondern sind Patienten, die durch die Neurologen zunächst als Notfälle in der Zentralen Notaufnahme gesehen und von dort stationär aufgenommen werden. Rund 1/3 aller Patienten der Zentralen Notaufnahme sind entweder primär neurologische Patienten oder werden von Neurologen mitbetreut. Dies führt sowohl im Tagdienst, insbesondere aber in den Diensten an Wochenenden, Feiertagen und vor allem im Nachtdienst zu einer erheblichen Belastung der diensthabenden Ärztinnen und Ärzten der Klinik.

Trotz dieser hohen Belastung sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neurologie gerne in der Zentralen Notaufnahme tätig, weil sie zum einen die Notwendigkeit dieses Einsatzes für eine adäquate neurologische Patientenversorgung sehen und zum anderen, weil der Lerneffekt für die eigene Ausbildung enorm wertvoll ist. Auch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, die in einer zentralen Notaufnahme unabdingbar ist, wird als sehr wichtige Erfahrung für die Ausbildung geschätzt.

Trotz dieser hohen Belastung ist das Arbeitsklima in der Klinik für Neurologie äußerst angenehm und von hoher Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen geprägt. Grundlage dafür ist der interprofessionell respektvolle Umgang miteinander. Nicht zuletzt spiegelt sich das in der großen Beliebtheit der Neurologie bei den Studierenden wieder. In jedem Tertial kann mindestens ein Studierender zur Ausbildung begrüßt werden. Die »Pflege« des Nachwuchses ist von großer Bedeutung, weil durch die natürliche Fluktuation, sei es durch den Abschluss der Ausbildung mit dem Facharzt für Neurologie oder einen Wechsel aus persönlichen Gründen (Elternzeit) wieder Ausbildungsstellen zu besetzen sind. Auch 2017 konnte man auf diese Weise die Weiterbildungsstellen mit sehr guten Mitarbeiterinnen nachbesetzen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
I63	Infarkt des Gehirns	385
G40	Fallsucht (Epilepsie)	207
G45	Vorübergehende Hirndurchblutungsstörung (TIA) und verwandte Krankheitsbilder	147
M54	Rückenschmerzen	118
H81	Störungen des Gleichgewichtes	95
M51	Sonstige Bandscheibenschäden der Wirbelsäule	57
G20	Parkinson-Krankheit	49
G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems – Multiple Sklerose	48
R20	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	46
S06	Verletzung des Schädellinneren	46

Leistung	Anzahl
AEP	3
Blinkreflex	25
CW extracraniell	742
DS transnuchal	690
DS transtemporal	690
Dummy-Leistung	11
Duplex, Farbdoppler	742
EEG	1212
EEG mit Schlafableitung	128
EMG	5
EMG ab 2 Muskeln	34
Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Einzelbehandlung	96
Ergotherapeutische Einzelbehandlung	3412
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen	77
F-Welle	549
Herzfrequenz Variat. Anal	6
H-Reflex	1
MEP cortical	13
MEP spinal/cortical	400
Myasthenie-Test	12
NLG motorisch	611
NLG sensibel	555
Riechtest 9	
SEP cortical	27
SEP spinal/cortical	443
VEP (visuell ev. Pot)	103

Im vergangenen Jahr waren im Austausch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Komplettierung der Facharztweiterbildung, wie sie in der Weiterbildungsordnung vorgesehen ist, mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Klinik für Neurologie tätig.

Nicht zu vergessen sind die Mitarbeiterinnen in den elektrophysiologischen Labors, die ihre Arbeit auf konstant hohem Niveau verrichten.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik für Neurologie, im ärztlichen Bereich, im Pflegebereich, im technischen Dienst, den Logopädinnen, Physio- und Ergotherapeutinnen gebührt große Anerkennung für die geleistete Arbeit. Der aufrichtige Dank ist verbunden mit dem Wunsch, die hervorragende interprofessionelle Zusammenarbeit in der Klinik zum Wohle der Patienten aufrecht zu erhalten. Ebenso wichtig ist uns die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

Durch die Neubesetzung der Chefarztposition durch Professor Dr. Peter Helwig 2016 hat sich das Behandlungsprofil erweitert. Neben der bestehenden umfangreichen Versorgung von akuten Verletzungen wie Frakturen und Weichteilschäden ist die Behandlung orthopädischer Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mehr in den Mittelpunkt gerückt. Professor Dr. Helwig besitzt seit 2017 die volle Weiterbildungsermächtigung Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie und Common Trunk Chirurgie 2 Jahre

Orthopädische Chirurgie

Die operative Strategie besteht in minimal-invasiven Zugangstechniken. In der Knieendoprothetik wird auch die navigationsgestützte Implantation eingesetzt. Auch in der Schmerztherapie, unmittelbar post-operativ, ist durch Einsatz von Kathetern im Gelenk eine schnellere Mobilisation der Patienten möglich. Neu wurde eine spezielle Kühlmaschine zur Schmerztherapie der Kniepatienten eingeführt

Die unikondyläre Schlittenprothese am Kniegelenk wird eingesetzt, um der relativ hohen Zahl von Patienten gerecht zu werden, die vornehmlich eine nur halbseitig ausgeprägte Arthrose im Kniegelenk aufweisen.

Im Bereich Fuß und Sprunggelenk besteht die Möglichkeit des Einsatzes einer Sprunggelenksprothese.

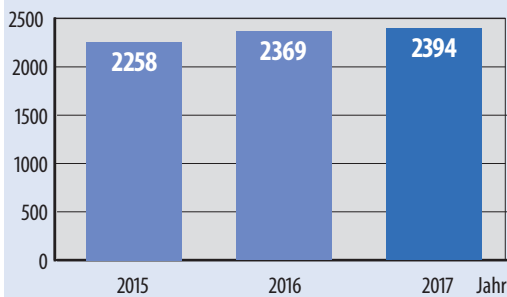
Für die Nachbehandlung der operativ versorgten Patienten im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie steht ein erfahrenes Team von Krankengymnasten und Masseuren zur Seite. Über spezifische Behandlungspfade und Nachbehandlungsschemata wird eine individuelle krankengymnastische Übungsbehandlung gewährleistet, um zusammen mit dem Sozialmanagement eine rasche Rekonvaleszenz zu erreichen, an die eine gut vorbereitete weiterführende stationäre und ambulante RehaMaßnahme angeschlossen werden kann.

Traumatologie

Das Klinikum Heidenheim ist als zertifiziertes Regionales Traumazentrum Teil des Traumanetzwerkes Ulm. Die Rezertifizierung wurde 2017 wieder ohne Abweichungen durchgeführt. Hierdurch ist eine bleibend hochwertige und den Kriterien des Weißbuchs der DGU entsprechende Versorgung Schwerverletzter möglich. Unterstützt wird dies durch die Vernetzung über die Teleradiologie, der Anbindung einer digitalen Bildgebung an die Universität Ulm, um bei entsprechenden Fragestellungen, insbesondere im Fachbereich der Neurochirurgie, entsprechende Unterstützung zu erfahren.

Die Klinik ist für das Verletzungsartenverfahren (VAV) der Berufsgenossenschaften zugelassen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
S72	Knochenbruch des Oberschenkels	234
M75	Schulterläsion	165
S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	164
S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	138
S52	Knochenbruch des Unterarmes	137
S06	Verletzung des Schädellinneren	136
M16	Erkrankung des Hüftgelenkes	125
M17	Erkrankung des Kniegelenkes	124
S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule und des Beckens	85
S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	71

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
5-79	Reposition von Frakturen und Luxationen mit Osteosynthese	899
5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenkes durch eine Spiegelung	475
5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	262
5-800	Offen chirurgische Korrekturoperation eines Gelenkes	241
5-820	Einpflanzung eines künstlichen Hüftgelenkes	222
5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	208
5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	162
5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	143
5-822	Einpflanzung eines künstlichen Knie-Gelenkes	128
5-83	Operationen an der Wirbelsäule	99

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle	Fälle
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	103
5-790	Behandlung von Frakturen und Luxationen	17
5-795	Einrichten einfacher Frakturen an kleinen Knochen	16
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nervens	14
5-812	Arthroskopische Operationen	10
5-796	Einrichten von Mehrfragmentfrakturen an kleinen Knochen	5
5-840	Operation an Sehnen der Hand	6
5-841	Operation an Bändern der Hand	5

Die technische Ausstattung im Operationsbereich entspricht dem neuesten Stand. Hier sind die computergestützte Operationsplanung, modernste Instrumente, ein OP-Mikroskop für mikrochirurgische Eingriffe und ein mobiles Computertomographiergerät Standard. Die technischen Einheiten unterliegen einer ständigen Revision und sind somit immer aktuell.

Wirbelsäulen Chirurgie

Die Behandlung der verletzten Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule steht im Mittelpunkt der Wirbelsäulen Chirurgie. Für die dorsale Stabilisierung werden verschiedene Instrumentarien vorgehalten, um verletzten Patienten die ideale Behandlung zu gewährleisten. Dies reicht vom Wirbelkörperersatz bei Zerstörung des Wirbelkörpers bis zur Versorgung geriatrischer Patienten, bei denen die Option, den osteoporotischen Knochen mittels Kyphoplastie zu stabilisieren, im Vordergrund steht.

Die Spinalkanalstenose wird nach erfolgloser konservativer Therapie durch eine mikrochirurgische Dekompression chirurgisch behandelt. Dies wird sowohl unter Erhalt der Bewegungssegmente als auch versteifend mit minimal-invasiven Fusionstechniken durchgeführt.

Schulter Chirurgie

In der Sektion für Schulter Chirurgie bleiben einerseits die Implantation von Schulterprothesen und andererseits die komplexen Behandlungen bei Verletzungen und Erkrankungen der sogenannten Rota-

torenmanschette die Hauptpfeiler der Versorgungsstrategie.

Vermehrt wird hierbei die neu eingeführte Schulterprothese verwendet, die neben einer Frakturbehandlung am Oberarmkopf eine spätere Umwandlung in eine sogenannte Inverse Prothese als Vollimplantat ermöglicht. Weiterhin wurde eine schaftlose Schulterprothese in die Routine eingeführt um auch jüngere Patienten exzellent versorgen zu können

Ambulante Behandlung

Durch die Trennung der ambulanten Versorgung von akutverletzten Patienten in der Zentralen Notaufnahme können alle Elektivpatienten in spezielle Sprechstunden integriert werden.

Die Sprechstunden sind nach Behandlungsschwerpunkten geordnet und werden vom Chefarzt oder einem spezialisierten Oberarzt durchgeführt, so dass sich die Wartezeiten und die Versorgungsqualität weiter verbessert haben.

Durch minimalinvasive Operationstechniken lassen sich viele Eingriffe ambulant durchführen. Dazu gehören vor allem die Entfernung von Osteosynthesematerial, handchirurgische Eingriffe sowie arthroskopische Operationen.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

2017 gab es mit 1.234 stationären Fällen einen ganz leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (1.250). Erneut stieg dagegen die Zahl der teilstationären Behandlungen mit 201 Fällen (im Vorjahr 189 Fälle). Die Verweildauer ging im stationären Bereich auf 17,8 Tage zurück (Vorjahr 21,6 Tage). Im teilstationären Bereich stieg die Verweildauer etwas an, auf 25,8 Tage (Vorjahr 22,6). Damit lag die Auslastung im stationären Bereich bei 76,2 % (Vorjahr 93,3 %) und im teilstationären Bereich bei 149,5% (Vorjahr 120,2%).

Die Zahl der Behandlungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz stieg etwas an auf 1.592 Fälle (Vorjahr 1.576 Fälle). Zudem behandelten wir 97 Patienten im psychiatrischen Home-Treatment (Akutbehandlung im häuslichen Umfeld).

Neuerungen 2017

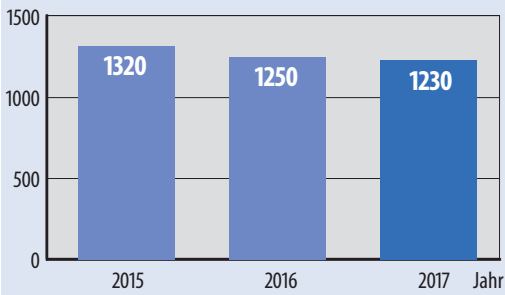
Modellvorhaben Home-Treatment: Die Klinik hat im Jan 2017 mit einem Modellvorhaben Home-Treatment in der Psychiatrie nach § 64b SGB V begonnen. Das Modell sieht vor, dass Patienten, die von Ärzten stationär eingewiesen oder wegen akuter Behandlungsbedürftigkeit in die Notaufnahme gebracht werden, wenn möglich zu Hause behandelt werden.

Dies bedeutet, dass mit täglichen Hausbesuchen von Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern eine multiprofessionelle Behandlung im häuslichen Umfeld stattfinden kann.

Den Krankenkassen entstehen durch dieses Modellprojekt keine zusätzlichen Kosten, denn es wurde vereinbart, dass das bisherige Krankenhausbudget für die krankenhausersetzende Behandlung im Home-Treatment verwendet wird. Daraus erklärt sich der oben genannte Rückgang bei den Verweildauern und bei der Auslastung im stationären Bereich der Klinik.

Im Home-Treatment wurden vorwiegend Patientinnen und Patienten mit Psychosen (40 %) und mit schweren Depressionen (40 %) behandelt. Die übrigen 20% Behandlungen erfolgten wegen anderer psychiatrischer Diagnosen (beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, organisch bedingten Störungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen)

Zahl der Patienten vollstationär



ICD Hauptdiagnosen stationär Fälle

ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	370
F32	Depressive Episode	121
F20	Schizophrenie	105
F33	Wiederkehrende depressive Störung	68
F43	Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen	64
F25	Psychische Erkrankung mit Zeichen einer Schizophrenie wie auch einer affektiven Störung	38
F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	30
F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	26
F31	Psychische Störung mit Phasen der Niederschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	26
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	26

OPS Häufigste Operationen / Eingriffe Fälle

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
9-649	Anzahl Therapiewochen bei Erwachsenen	10760
9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1240
9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	965
9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	668
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	476
9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	326
9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen bei Patienten mit 1 Merkmal	277
9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	257
9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen	252
9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	82

Erfassung von Zwangsmaßnahmen: Die Klinik liefert, wie im Psychisch-Kranken-Hilfegesetz für Baden-Württemberg vorgesehen, seit 2015 genaue Angaben über Zwangsmaßnahmen im Rahmen von stationären psychiatrischen Behandlungen. Anders als die meisten anderen Kliniken veröffentlicht das Klinikum Heidenheim diese Zahlen: im Vergleich zum Vorjahr gab es dabei einen erfreulichen Rückgang zu verzeichnen. Waren im Jahr 2016 noch 4,5 % der Patienten von Zwangsmaßnahmen betroffen, so waren es 3,0 % in 2017.

Dabei ist zu beachten, dass die Stationen offen geführt werden. Die Stationstüren waren von 8:00 bis 20:00 Uhr zu mehr als 93 % der Zeit geöffnet, obwohl die Klinik entsprechend ihrem Versorgungsauftrag auch Patienten behandelt, die nach dem Betreuungsrecht oder nach dem Psychisch-Kranken-Hilfegesetz für Baden-Württemberg gerichtlich untergebracht sind. Deren Behandlung in einer offenen Stationsatmosphäre gelingt durch ein besonders intensives und individuelles Betreuungskonzept, das auf vertrauensvolle Beziehungen und Eingehen auf individuelle Bedürfnisse setzt.

Dennoch geht es in der Klinik nicht immer gewaltlos zu. Im Jahr 2017 gab es 110 Vorfälle, bei denen Patienten gegenüber Personal oder anderen Patienten gewalttätig wurden.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

Der Weg der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin hin zu einem modernen radiologischen und nuklearmedizinischen Dienstleistungszentrum konnte erfolgreich fortgesetzt werden. Nach der Inbetriebnahme des neuen Kernspintomographen im Frühjahr 2016 sind die Untersuchungszahlen weiterhin deutlich angestiegen. 2017 war das erste vollständige Jahr der klinikeigenen Kernspintomographie.

Das Team der Kernspintomographie um die Oberärztin Dr. Margit Baur hat das MRT in den Klinikablauf voll etabliert. Dadurch kann die steigende Fallzahl an MRT Untersuchungen mit hoher Geschwindigkeit und gewohnt hohem Qualitätsniveau bestens gewährleistet werden.

Das Spektrum der MRT wurde zunehmend erweitert um gezielte dynamische MRT-Untersuchungen der Prostata und Arthro-MRT-Untersuchungen der Schulter- und Hüftgelenke.

Ein wichtiger Zukunftsaspekt stellt weiterhin die Kardiagnostik mit Einbindung des MRT dar. In diesem Fachgebiet bildet sich Oberarzt Dr. Martin Rombusch fort und rundet seine Expertise in diesem Fachgebiet ab.

Die in heutiger Zeit besonders schwierige Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter ist mit dem Betrieb des MRT einfacher, wenn auch nicht problemlos.

Ein nicht unwesentlicher Faktor für die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin ist eine bessere Kosten- und Erlösstruktur, von der auch das Gesamtklinikum profitiert.

Die auch schon in den letzten Jahren durchgeführten minimal-invasiven und bildgesteuerten interventionellen Untersuchungsmethoden wurden in gewohnter Weise fortgesetzt. Unter anderem wurden im Bereich der Tumorthherapie weitere transarterielle Chemoembolisationen (TACE) und Radiofrequenzablationen (RFA) erfolgreich durchgeführt. Erfreulich ist hierbei, dass der für die Radiofrequenzablation angeschaffte spezielle Generator auch weiterhin durch die Kollegen der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie bei bestimmten Lebereingriffen genutzt werden konnte.

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
3-200	Computertomographie (Röntgenschichtaufnahme) des Schädels	3108
3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1778
3-225	Computertomographie des Bauches mit Röntgenkontrastmittel	1223
3-222	Computertomographie des Brustkorbs mit Röntgenkontrastmittel	1133
3-226	Computertomographie des Beckens mit Röntgenkontrastmittel	988
3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	935
3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	835
3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	802
3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	799
3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	487

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle	Fälle
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	12
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	12

Im Rahmen der Schmerztherapie wurden weiterhin sogenannte PRTs (periradikuläre Therapie), Facetten- und ISG-Blockaden erfolgreich angewendet. Die Sympatikolyse bei Patienten mit einer pAVK ist unverändert fester Bestandteil des Programms.

Um der wachsenden Spezialisierung Rechnung zu tragen, wird dem Personal eine stetige Fort- und Weiterbildung ermöglicht sowie eine Anpassung der technischen und apparativen Ausstattung der Klinik weiter vorangetrieben. So hieß es im Rahmen der Krankenhausplanungen, die Bedürfnisse der eigenen Klinik mit einzubringen und diese Phase gestalterisch zu nutzen, um das Profil der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin besser zu konturieren.

Die Planungen für die neue Radiologie im Neubau Haus K im Speziellen sind in 2017 weiter fortgeschritten und konkretisiert worden.

Mit der Fertigstellung des Neubaus Haus K wird ab 2020 das Untersuchungsspektrum der radiologischen Klinik auf sehr modernem Niveau zur Verfügung stehen.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

Unabhängig von Veränderungen im kompetitiven Umfeld der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie war man auch 2017 erfolgreich in der strahlentherapeutischen Versorgung der Patienten aus dem Landkreis Heidenheim und den angrenzenden Regionen der benachbarten baden-württembergischen und bayrischen Landkreise.

In der Klinik werden zwei Linearbeschleuniger der Firma Varian im Tandembetrieb eingesetzt. Beide Linearbeschleuniger verfügen über Micro-Multilamellen-Collimatoren (MLC) und über elektronische portal imaging-Systeme mit amorphem Silizium. Sie erlauben neben der Durchführung einer konventionellen hochkonformalen Strahlentherapie mit unterschiedlichen Photonenenergien und mit schnellen Elektronen unterschiedlicher Eindringtiefe auch die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) sowie die kranielle und extrakranielle Stereotaxie. Diese Verfahren sind routinemäßig in der täglichen Arbeit implementiert. Neben den Linearbeschleunigern, die eine extrem hohe Genauigkeit und Zuverlässigkeit aufweisen, verfügt die Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie über computergestützte Planungssysteme für die konventionelle und hochkonformale Strahlentherapie, die die Grundlage für die technische Durchführung der intensitätsmodulierten, bildgesteuerten Strahlentherapie und der Stereotaxie darstellen. Mittels eines Therapiesimulators wird die Genauigkeit der Lokalisation der Bestrahlungsfelder überprüft und dokumentiert.

Die Ausstattung mit Geräten für die Teletherapie (Bestrahlungsart, bei der die Strahlenquelle in einem Abstand außerhalb des Patienten ist) wird ergänzt durch Geräte für die HDR-Brachytherapie. Bei diesem strahlentherapeutischen Verfahren wird die Strahlenquelle in den Tumor als interstitielle Brachytherapie oder in präformierte Hohlräume des Körpers als endocavitäre oder endoluminale Brachytherapie eingeführt. Die dafür benötigten Geräte wurden im Dezember 2016 vollständig durch neue ersetzt.

Für die Bestrahlungsplanung verfügt die Klinik über einen eigenen 6-Zeilen-Computertomographen, der es ermöglicht, dass alle Patienten, die eine CT-gestützte Bestrahlungsplanung benötigen, diese auch sehr zeitnah erhalten.

Die Klinik verfügt über ein ausgereiftes Qualitätsmanagementsystem, das eine Fehltherapie oder Fehlbestrahlung unmöglich macht. Dieses wurde von der ärztlichen Stelle der Ärztekammer Baden-Württemberg bei der gesetzlich vorgeschriebenen Begehung der Klinik als beispielhaft bewertet. Dieses System beruht unter anderem auf einer konsequenten »Sechs-Augen-Kontrolle«. Das bedeutet, dass jede Entscheidung zur Therapie, jede Bestrahlungsplanung, jede Dosisberechnung und Bestrahlungszeit von drei Personen unabhängig voneinander kontrolliert wird.

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-522	Hochvoltstrahlentherapie	1902
8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie (Strahlenquelle direkt am Tumorgewebe)	180
8-527	Herstellung und Anpassung von Befestigungs- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	166
8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	95
8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	37
8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	6

Erkrankungen	Fälle
Gutartige Erkrankungen	561
Metastasen: Knochenmetastasen	194
Mammakarzinome	126
Enddarmkarzinome	14
Bronchialkarzinome	45
Prostatakarzinome	45
Lymphome	15
Kopf-/Hals-Tumoren	18
Metastasen: Hirnmetastasen	22
Speiseröhrenkarzinome	15
Gynäkologische Tumoren	12
Hirntumoren	14

EBM 2000+	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle ambulant
99997	Bestrahlte Felder	147 219
25321	Bestrahlung am Linearbeschleuniger	21 185
25323	Davon Bestrahlung in komplexer Mehrfeld-Technik	19 877
40840	Anlage von Bestrahlungsfeldern mit MLC-Konfiguration, Anfertigung thermoplastischer Masken	4 554
25214	Strahlentherapie-Nachsorge	1957
25340/41/42	Planung und Simulation der Bestrahlungsfelder	1597
25340/25211	Planung und Simulation der Sichtung der Befunde, Aufklärung über Erkrankung, Indikation, Nebenwirkungen und Spätfolgen der Strahlentherapie	1187
34360	Computertomographie zur Bestrahlungsplanung	570
99999	IMRT	244
99998	Stereotaxie	85
25330	Interstitielle und intraluminale Brachytherapie in Afterloading-Technik	56

Dies ist ohne Ausnahme möglich, weil zum Personal der Strahlenklinik neben den zehn MTRA, drei Fachärzte für Strahlentherapie, zwei Ärzte in der Weiterbildung zum Strahlentherapeuten, zwei Diplom-Physikerinnen und ein Diplom-Ingenieur als Medizinphysikexperten gehören.

Diese personelle Ausstattung gewährleistet, neben einer sicheren Strahlentherapie, eine Kontinuität der Behandlung über viele Wochen und eine pünktliche und schnelle Behandlung der Patienten ohne Wartezeiten und Therapieunterbrechungen.

2008 wurde in der Klinik ein anonymes, computergestütztes Fehlermeldesystem eingeführt, das als Modell für weitere Kliniken innerhalb des Klinikums genutzt wird.

Die Überprüfung der Klinik im Rahmen der Auditierungen der Brust- und Darmkrebszentren in Heidenheim und die Begehung der Klinik durch die Kommission der Ärztlichen Stelle der Ärztekammer ergab keine Beanstandungen oder Mängel und wurde als vorbildlich bezeichnet.

Eine Patientenumfrage im Rahmen des Qualitätsmanagements hat ergeben, dass 98 % der Patienten mit ihrer Behandlung und umfassenden Betreuung in der Klinik sehr zufrieden waren. Alle befragten Patienten würden die Klinik ihren Angehörigen empfehlen, falls sie eine Strahlenbehandlung bräuchten.

Wie auch in den letzten Jahren beteiligte sich die Klinik weiterhin an multizentrischen Studien, für die die Chefarztin und die leitende Oberärztin der Klinik akkreditiert sind.



Die Klinik für Urologie und Kinderurologie behandelt jährlich über 1.500 Patienten stationär und etwa 3.000 Patienten in der Ambulanz. Sie bietet ein weites Behandlungsspektrum der modernen Urologie und ist Ansprechpartner für sämtliche urologische Erkrankungen. Mit der medizinischen Kompetenz möchte man den Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Operative Hightech-Medizin gehört ebenso dazu wie die fürsorgliche und zuverlässige Betreuung der anvertrauten Patienten. Dabei wird ein enger Dialog mit den niedergelassenen Urologen geführt, um jeden Behandlungsplan bestmöglich gemeinsam abzustimmen. Auch andere Fachdisziplinen werden bei Bedarf in die Diagnosestellung und Behandlung eingebunden.

Medizinische Schwerpunkte der Klinik liegen in der operativen Behandlung von Krebserkrankungen des Urogenitaltraktes (Prostata-, Harnblasen-, Nieren-, Hoden- und Peniskrebs). Man steht in enger Kooperation mit dem OSP Ostwürttemberg. Hier werden die Tumorerkrankungen von allen Fachdisziplinen im Tumorboard jeweils donnerstags besprochen.

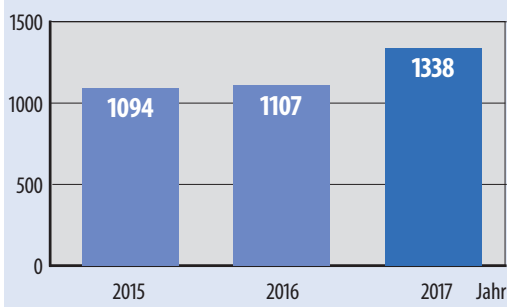
Hohe Expertise besteht außerdem bei der minimal-invasiven Therapie von Harnsteinen, der gutartigen Prostatavergrößerung, neuro-urologischer Funktionsstörungen sowie aller urologischer Erkrankungen bei Kindern. Das Behandlungsteam orientiert sich bei den Behandlungskonzepten streng an nationalen und internationalen Leitlinien und richten sich stets nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Die Klinik für Urologie verzeichnet seit 2013 steigende Fallzahlen. Die Kapazität der urologischen Station 21 ist allerdings auf 19 Betten begrenzt. Bei notwendig werdenden Isolationen einzelner Patienten stehen manchmal weniger Betten zur Verfügung.

Um die Auslastung hoch zu halten und die gesteigerte Fallzahl in den vorhandenen Kapazitäten zu bewältigen, ist ein stringentes Belegungsmanagement notwendig. So kommt es fast täglich vor, dass morgens drei bis vier Patienten zur nüchternen Aufnahme und operativen Versorgung kommen, während deren vorgesehene Betten noch belegt sind. Dies bedeutet einen regelmäßigen »Patientenstau« auf der Station. Nur mit hohem Koordinations- und Kommunikationsaufwand gelang es diesen zu bewältigen und zufriedenstellende Entlass- und Aufnahmesituationen betroffener Patienten zu erreichen.

Dieser Missstand konnte nun mit der »Urologischen Holding« beseitigt werden. Der dafür genutzte Raum befindet sich in unmittelbarer Nähe der Station 21 und verfügt über vier Bettenstellplätze, die vom Stationsteam versorgt werden. Er wird geschlechterübergreifend belegt, wobei die einzelnen Stellplätze durch Paravents so abgetrennt sind, dass die Intimsphäre gewahrt wird. Dort werden die Patienten, die früh morgens nüchtern zur stationären Aufnahme kommen, um noch am gleichen Vormittag operativ versorgt zu werden, in Empfang genommen. Sie erhalten in der Holding sofort ein Bett,

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
N20	Nieren- und Harnleiterstein	342
C67	Krebs der Harnblase	131
N40	Gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse	115
N13	Erkrankungen durch Verschluss der Harnwege und durch Harnrückfluss	103
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	50
C61	Krebs der Vorsteherdrüse	44
N30	Entzündung der Harnblase	43
A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	28
N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	27
N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	25

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Schiene in den Harnleiter	627
5-562	Eröffnung bzw. Durchtrennung des Harnleiters zur Steinbehandlung, durch die Harnröhre hindurch	201
5-573	Entfernen (Einschneiden, Herausschneiden, Zerstörung, Entfernung) von (erkranktem) Gewebe der Harnblase durch die Harnröhre	195
5-601	Herausschneiden und Zerstörung von Gewebe der Vorsteherdrüse (Prostata) durch die Harnröhre	158
5-585	Einschneiden durch die Harnröhre hindurch von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	97
8-110	Zertrümmerung von Steinen in den Harnorganen mit Stoßwellen von außen	76
5-570	Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase über eine Spiegelung	60
5-554	Entfernung einer Niere	37
5-576	Ersatz der Harnblase	12
5-604	Vollständige Entfernung der Vorsteherdrüse (Prostata) und der Samenbläschen	10

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe > 5 Fälle	Fälle
5-640	Operationen am Präputium (Vorhaut): Zirkumzision	54
5-611	Operation einer Hydrocele testis	9
5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	7
5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6

werden präoperativ vorbereitet und dann direkt aus der Holding in den OP gebracht.

Bis die Patienten postoperativ vom Aufwachraum auf die urologische Station verlegt werden, können die morgendlichen Entlassungen auf der Station durchgeführt werden, die operierten Patienten erhalten dann ein Bett auf der Station. Bisher befragte Patienten zeigen sich mit der neuen Aufnahmesituation sehr zufrieden. Deutlich abgenommen hat auch der morgendliche Koordinations- und Kommunikationsaufwand für Ärzte und Pflegekräfte. Durch den Amtsantritt des neuen Urologiechefs Dr. Robert Hefty im Jahr 2018 kann mit weiter steigenden Fallzahlen gerechnet werden.

Leitender Oberarzt Nikolaos Papadimas

Als ständiger Chefarztvertreter übernimmt Nikolaos Papadimas seit Juli 2017 Managementaufgaben. Damals ist er vom Aufsichtsrat zum leitenden Oberarzt der Klinik für Urologie ernannt worden und seitdem hat er sukzessiv Leitungsaufgaben übernommen und auch die Phase rund um den Chefarztwechsel aktiv unterstützend begleitet. Seit Mitte 2015 ist er zum Oberarzt der Klinik bestellt, zu dessen Team er seit 2007 gehört.

In sein Ressort fallen Organisationsaufgaben wie die OP-Planung, die Dienstplanung und die Urlaubsplanung. Im medizinischen Bereich übernimmt der Urologe weiterhin die minimal-invasive Chirurgie, große urologische Tumor-Eingriffe sowie die urologische Endoskopie. Dazu gehört insbesondere TUR-P: Bei dieser urologischen Operationstechnik

wird krankhaft verändertes Prostatagewebe ohne äußeren Schnitt durch die Harnröhre hindurch entfernt.

Neu 2018: Urologie operiert hochsteril in der Niere
Chefarzt Dr. Robert Hefty und sein Team haben das sogenannte RIRS-OP-Verfahren in der Klinik für Urologie etabliert und weiterentwickelt.

»RIRS« steht für retrograde intra-renal surgery: Die Ärzte diagnostizieren und behandeln Krankheiten wie Steine und Tumore narbenfrei über den Harnleiter und als Besonderheit auch in der Niere. Das Verfahren eignet sich insbesondere zur Behandlung von Steinleiden, aber auch für die minimal-invasive Behandlung von Tumoren. Eine weitere Besonderheit dieser Methode stellt das Arbeitsumfeld von 360 ° dar. Nahezu jeder Winkel der Niere kann eingesehen und behandelt werden.

Die Urologen verwenden hochmoderne, innovative »Single Use Endoskope«. Dabei handelt es sich um Einmalendoskope, die für den Patienten individualisiert sind. Für jeden Patient wird ein eigenes OP-Endoskop verwendet. Operationsbedingte Infektionen sind dadurch nahezu ausgeschlossen. Im Hinblick auf erworbene Infektionen im Krankenhaus ist das ein riesiger Fortschritt. Durch diese innovativen endoskopischen Geräte bietet das OP-Verfahren bezüglich Hygiene und Sicherheit den höchstmöglichen Standard in der urologischen Chirurgie.



Das Jahr 2017 markiert in gewisser Weise eine Zäsur im Klinikbetrieb, hervorgerufen durch eine neue Geschäftsleitung mit spürbar verändertem Controlling. Vordergründig führt die Transparenz der nun monatlich verfügbaren Leistungszahlen zu einem veränderten ökonomischen Bewusstsein, was letzten Endes auch notwendig ist, um die wirtschaftlichen Daten weiter zu verbessern.

Allerdings helfen transparente Zahlen alleine nicht weiter, um dem Ziel eines verstärkten Patientenaufkommens mit einer möglichst deutlichen Zunahme der Fallschwere näher zu kommen. Die sehr ambitionierten Vorgaben der Geschäftsleitung konnten 2017 noch nicht vollumfänglich erreicht werden: Ist vs (Wunsch): Casemix Index 1,54 (1,58), CasemixPunkte/Vollkraft Arzt 209 (218), DRG Fallzahl 2313 (2350), um nur einige Zahlen zu präsentieren.

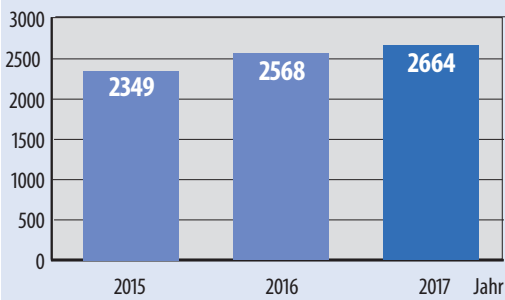
Auf der anderen Seite steht die unverändert sehr gute Behandlungsqualität der Klinik, die sich an vielen Indizes ableiten lässt.

Die Zahlen des Initiative Qualität in der Medizin (IQM) sind im Internet präsentiert (Homepage Klinikum). In keiner untersuchten Patientengruppe wurde die Klinik auffällig im Vergleich zum Benchmark des Krankenhausdurchschnitts von fast 300 Krankenhäusern.

Das Darmzentrum und das Gefäßzentrum wurden 2017 erfolgreich rezertifiziert.

Die wöchentlich über das Jahr von der eigenen Klinik erhobenen Zahlen zur Morbidität und Mortalität nach chirurgischen Eingriffen weisen ein konstant niedriges Muster auf. Die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Behandlung lässt sich mühelos an den vielen Patientenrücklaufbögen ablesen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
I70	Blutgefäßverkalkung	430
K80	Gallensteine	225
E04	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse ohne Fehlfunktion	132
K40	Leistenbruch	125
K35	Akute Entzündung des Blinddarmes	94
K57	Erkrankung des Darmes mit sackförmigen Ausstülpungen der Darmwand	86
K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	72
I83	Krampfader der Beine	64
K43	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	56
I65	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	53

Ein hochspezialisiertes Team aus sieben Oberärzten, zwei Fachärzten, sieben Assistenzärzten und einem Chef bieten unverändert ein sehr breites Spektrum chirurgischer Versorgungsqualität an.

Neben drei Thoraxchirurgen, sieben Viszeralchirurgen, einem Proktologen arbeiten drei Gefäßchirurgen im Team der Chirurgie I (Doppelnennungen). Zwei weitere Kollegen werden absehbar zusätzlich die Facharztbezeichnung Gefäßchirurgie erlangen.

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-836	Geschlossener Gefäßeingriff (durch Haut und Gefäß hindurch)	389
5-06	Eingriffe an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	355
5-381	Ausschälen einer verschlossenen oder verengten Arterie	351
5-511	Gallenblasenentfernung	283
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	250
5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	249
5-469	Sonstige Operation am Darm	235
5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	184
1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	170
5-470	Blinddarmentfernung	162

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle	Fälle
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen (Port-Operationen)	146
5-530	Verschluss von Eingeweidebrüchen (Hernien) die im Leistenbereich auftreten	31
5-385	Unterbindung, Entfernung und Herausziehen von Krampfadern	15
5-534	Verschluss von Eingeweidebrüchen (Hernien) die im Bauchraum auftreten	10
1-586	Gewebeprobeentnahme an Lymphknoten	6
5-894	Lokale Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5

Die ökonomischen Zwänge verlangen allen Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität ab. Vielfältige Besprechungsrunden und für den einzelnen kaum noch überschaubare Projektaktivitäten im Veränderungsprozess des Klinikums erfordern einen hohen Einsatz.

Dazu kommen – gewünscht – immer kürzere Patientenliegezeiten (6,3 Tage Durchschnitt) mit einem hohen Turn over: Man kann den Mitarbeitern – ob Pflege auf Stationen oder im OP – ob in der elektiven chirurgischen Sprechstunde und den Sekretariaten und schließlich den ärztlichen Kollegen gar nicht genug danken für ihren unermüdlichen Einsatz. Man sieht erwartungsvoll weiteren Veränderungen entgegen wie beispielsweise einer neuen Kurzliegerstation und einem zentralen Belegungsmanagement.

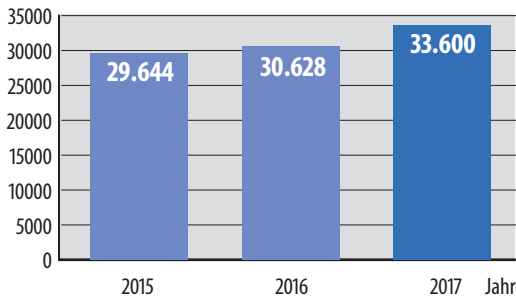
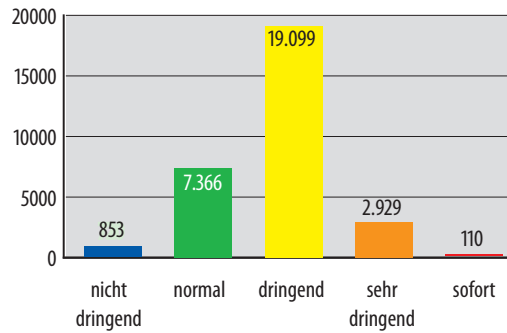


Die ZNA ist eine eigenständig chefärztlich geführte bettenführende Notaufnahme. Damit erfüllt das Klinikum seit 2012 die vom GBA beschlossene Strukturänderung der Notfallversorgung in Deutschland und ist somit nicht von einer Abschlagszahlung für alle stationären Patienten bedroht. Durch die chefärztliche Leitung mit Fachgebiet Anästhesie/Intensivmedizin und Notfallmedizin, die Ergänzung mit einer Oberärztin aus dem Fachgebiet Innere Medizin und einem erweiterten Kernteam mit Fachärzten für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Allgemeinchirurgie sowie Unfallchirurgie und die tägliche Anwesenheit von chirurgischen und internistischen Rotationsassistenten ist eine breite interdisziplinäre medizinische Behandlung möglich. Alle Fachgebiete werden bei Bedarf konsiliarisch mitbehandelt, wobei hier die Klinik für Neurologie mit einem hohen Anteil von Konsilen hervorgehoben werden muss. Sehr gut hat sich auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entwickelt. Da deutschlandweit der Anteil der psychiatrischen Notfälle auf 8 bis 10 % steigt, ist hier eine gute Kooperation im Sinne der optimalen Patientenversorgung sehr wichtig.

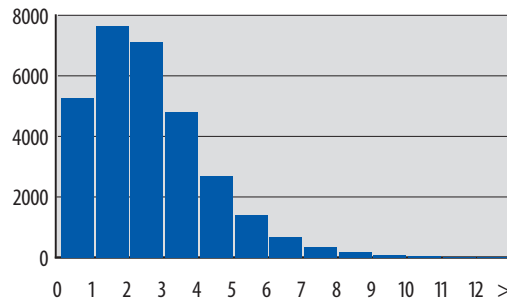
Durch enge Kommunikation mit den Fachkliniken und tägliche gemeinsame Visiten im Überwachungsbereich wird eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet. Über eine Lizenz des Notfallinstituts Basel werden international anerkannte Notfallstandards im Intranet hinterlegt und können von den Beteiligten per PC abgerufen werden. Im Bereich der Pflege wurde, rückgreifend auf die Erfahrung der Pflegekräfte im Ambulanzbereich, mit Schu-

lungsmaßnahmen zu Notfällen sowie Gipsversorgung und Reanimation ebenfalls eine breite Wissensbasis geschaffen. Seit dem 3. Dezember 2012 werden alle Notfallpatienten, die das Klinikum Heidenheim privat, mit Rettungsdienst und mit Notarzt erreichen, administrativ aufgenommen, medizinisch ersteingeschätzt, untersucht und therapiert. Nach einer ersten ärztlichen Sichtung (first view), mit entsprechender Risikoeinstufung und Festlegung der Ressourcen, werden die Patienten mit entsprechender digitaler Unterstützung durch das Krankenhausinformationssystem von speziell geschulten Pflegekräften mit Hilfe des Manchester Triage Score (MTS) ersteingeschätzt. Dabei wird die Dringlichkeit der Erkrankung und das Zeitintervall bis zur ausführlichen Untersuchung, Diagnostik und Therapie festgelegt. Im Rahmen dieser Ersteinschätzung werden Vitalparameter überprüft. Blutentnahme, EKG, MRSA-Screening und erforderliche Schmerztherapie werden durchgeführt. Dann wird den Patienten ein entsprechender Farbcode zugeordnet. Sie werden dann auf die Untersuchungsräume in der Abteilung verteilt und ärztlich weiterbehandelt. Nach interdisziplinärer Diagnostik kann dann die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung getroffen werden.

Patienten oder Patienten mit absehbarem kurzstationären Aufenthalt, bis zu maximal 24 Stunden, werden in den der ZNA, die über 12 Betten verfügt, überwacht. Zur Ausstattung gehören Überwachungsmonitore. Dies führt zu einer Entlastung der peripheren Stationen, vor allem in den Nachtstunden und bei intensiver Diagnostik. Im Schockraum werden instabile Patienten erstbehandelt und für die weitere

Zahl der Patienten**Zahl der Patienten nach MTS-Einstufung 2017****ICD Hauptdiagnosen stationär Fälle**

ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
I20	Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)	120
S06	Verletzung des Schädellinneren	113
I10	Bluthochdruck, ohne bekannte Ursache	105
F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	89
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern als Herzrhythmusstörung	51
T78	Unerwünschte Nebenwirkung	46
T63	Vergiftung durch Kontakt mit giftigen Tieren	39
R55	Ohnmacht und Kreislaufkollaps	38
I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	34
R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	28

Patienten nach Verweildauer (Stunden) 2017

Diagnostik stabilisiert. In der Wundbehandlung erfolgen kleine Eingriffe. Im Gipsraum werden zentral alle Gipsanlagen durchgeführt: Mit Hilfe der Röntgentechnologie erfolgen zusätzlich notwendige Repositionen im Rahmen von geschlossenen Frakturen oder Luxationen. Die ZNA hat für das Gesamthaus bei Notfallzugängen die entsprechende Risikoeinstufung der Patienten bezüglich MRSA-Trägerschaft und der neu eingeführten Risikoabfrage und des Screenings bezüglich MRGN übernommen. Anhand eines Scores werden Patienten eingestuft und bei vorhandenem Risiko mit Hilfe eines Nasenabstiches labortechnisch auf MRSA und bei Bedarf mit Rachen- und Analabstrich auf MRGN untersucht. Nachfolgend kann dann die Verlegung schon mit dem korrekten Infektionsstatus erfolgen und eine Keimübertragung auf Mitpatienten durch Isolierungsmaßnahmen vermieden werden.

2017 wurden 33.600 Notfallpatienten angenommen, diagnostiziert und behandelt. Im Bereich der Überwachungsbetten konnten durch Pflegepersonalmangel nur acht Betten belegt werden. Trotzdem wurden hier 1.328 Patienten kurzstationär bis zu 24 Stunden überwacht und therapiert. Hier zeigt sich auch ein steigender Bedarf für Patienten zur erweiterten Diagnostik, überwachungspflichtige Patienten und Notfallaufnahmen in der Nacht. Es wurden Patienten behandelt, die vor der ZNA auf der internistischen Intensivstation therapiert wurden. Dazu zählen Patienten, bei denen elektrische Kardioversionen durchgeführt wurden, ebenso wie Patienten mit Thoraxschmerzen, kurzfristiger Maskenbeatmung und Herzrhythmusstörungen. Die tageszeitliche und wochentägliche Verteilung der Patientenzahlen sowie die Dringlichkeitseinstufung sind aus den abgebildeten Diagrammen ersichtlich. Um den steigenden Patientenzahlen und den damit verbundenen administrativen Aufgaben gerecht zu werden, wurde die Zahl administrativer Mitarbeiterinnen von vier auf fünf erhöht. Sie können teilweise durch ihre Qualifikation sowohl administrativ als auch in der Patientenversorgung eingesetzt werden. Mit der regionalen

Retungsleitstelle konnte eine nahezu hundertprozentige Voranmeldung der mit dem Rettungsdienst eingelieferten Patienten aufrechterhalten werden. Dadurch können Probleme mit bekannten Infektionspatienten oder kritischen Ressourcenproblemen vermieden werden. Innerhalb des ZNA-Teams werden regelmäßige Reanimationsschulungen auf der Basis einer modernen Fallsimulation durchgeführt. Durch kontinuierliche Prozessanpassung, Fortbildungen und hohe Teammotivation konnten Abläufe weiter verbessert werden. Wartezeiten werden jedoch in einer Notaufnahme immer anfallen und sind am Ende auch durch Zeitvorgaben für Laborparameter, Röntgenuntersuchungen, Wartezeit auf Heimtransport oder auf Stationsbett kaum mehr zu reduzieren. Bedauerlicherweise müssen auch negative Seiten aufgeführt werden. Es kommt vermehrt zu verbalen und körperlichen Tätlichkeiten gegenüber Mitarbeitern. Für kritische Tage und Nächte wird ein Mitarbeiter eines Sicherheitsdienstes erfolgreich eingesetzt. Ein großes Problem ist der Ärztemangel in Kliniken, dies hat 2017 auch die ZNA betroffen, es waren zeitweise 50 % der Arztstellen unbesetzt. Dies hat natürlich trotz aller Prozessverbesserungen erneut zu verlängerten Wartezeiten geführt.

Schritte für 2018: Umbau Wartebereich, freies WLAN, First view Raum, bauliche Abschirmung Umlagerung Rettungsdienst, Implementierung Chest Pain Unit, Planung gemeinsamer Tresen mit Notfallpraxis, Eskalationskonzept Overcrowding mit CEDOCs (Community Emergency Department Overcrowding Score) und Reorganisation durch verstärkte Einbeziehung der Fachabteilung in die medizinische Versorgung, um den Ärztemangel abzdämpfen und die Prozesse weiter zu optimieren. Bezüglich der Anschaffung eines zweiten Ultraschallgerätes befindet man sich leider noch im Investitionsstau. Erfreulicherweise wird 2018 die schon lange anstehende Erneuerung des veralteten Monitoringsystems im Überwachungsbereich durchgeführt. Prozessbelastend werden 2018 die gesetzlichen Neuregelungen mit Entlassmanagement und dem anstehenden MRE-Scoring/Screening sein.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

Am 1. August 2017 wurde Professor Dr. Daniel Walcher als neuer Chefarzt der Medizinische Klinik II begrüßt. Durch diese Berufung konnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich der Intensivmedizin signifikant weiterentwickelt werden. Auch die Integration der Stroke Unit unter Leitung von Chefarzt Dr. Karl-Heinz Huber-Hartmann in das Zentrum für Intensivmedizin und die vorbildliche und intensive Zusammenarbeit konnte 2017 weiter intensiviert und verbessert werden.

Es gibt eine Kooperation mit der Abteilung Herzchirurgische Anästhesie am Universitätsklinikum Ulm: Ausbildung Cardio-Anästhesie und spezielle Intensivmedizin. Die volle Weiterbildungsberechtigung im Bereich der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin ist im ZfI für die Innere Medizin und die Anästhesiologie sichergestellt. Außerdem bestehen ein Engagement im Nationalen Steuerungsgremium Peer Review in der Intensivmedizin bei der DIVI, Vorsitz der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Intensivmedizin, Landesärztekammer Baden-Württemberg. Das Therapeutische Drug-Monitoring (TDM) von Antibiotika und Antimykotika im ZfI erfolgt in enger Kooperation mit der Klinikapotheke. Zudem bestehen Kooperationen beim Thema (TDM) von Antibiotika und Antimykotika auf der Intensivstation und man arbeitet an einer prospektiven, randomisierten, multizentrischen klinischen Prüfung zum Einfluss von Therapeutischem Drug Monitoring (TDM) von Piperacillin auf die Organfunktionen und das Überleben von Patienten mit schwerer Sepsis oder septischem Schock (TARGET-Studie) des Universitätsklinikums Jena mit.

Der Vorsitz der Arbeitsgruppe »Qualitätssicherung in der Intensivmedizin bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg« wird durch einen Mitarbeiter der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie übernommen. Ebenso partizipiert man an der Mitarbeit bei den aktuellen Empfehlungen zur kalkulierten parenteralen Initialtherapie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG) sowie bei der Erarbeitung und Publikation der »Intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren« für Deutschland und beteiligt sich an der Kampagne »Zurück ins Leben«. Zu den Höhepunkten des Jahres 2017 gehörte ein Vortragsabend (»Zurück ins Leben«) mit Podiumsdiskussion zum Thema intensivmedizinische Versorgung. Die Kampagne »Zurück ins Leben«, die man zentral mitgestalten konnte, ist eine Initiative des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten zum Thema Intensivtherapie.

Interdisziplinären Intensivmedizin und Intensivüberwachung

Um die Qualität der Überwachung und Therapie kritisch kranker Patienten sowie die Effektivität und Effizienz zu optimieren, entschloss man sich vor vielen Jahren zu einem modernen, interdisziplinären Behandlungskonzept, auf dessen Grundlage die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen der einzelnen Fachkliniken gebündelt werden. Konsequenterweise ist daher die Neuorganisation der Intensivmedizin auf einer gemeinsamen interdisziplinären Versorgungseinheit, die sich in einen Intensivtherapie-, einen

Intermediate Care Bereich (Überwachungsbereich) und die Stroke Unit aufteilt, realisiert worden. Die Stroke Unit ist ein autonom durch die Klinik für Neurologie geleiteter Teilbereich des ZFI. Das beschriebene Konzept hat sich auf allen Ebenen bewährt. Kurze Wege und die Intensivierung des interdisziplinären Austausches zwischen Neurologen und Intensivmedizinern haben die bereits zuvor herausragende Zusammenarbeit noch einmal deutlich im Sinne der Patientenversorgung verbessert. Mit Unterstützung des Instituts für Hygiene wird ein hoher Hygiene-Standard in der Routineversorgung sichergestellt. Durch moderne molekulare Analysemethoden im Labor ist es möglich, Patienten als Träger von multiresistenten Infektionserregern (MRSA, ESBL) zu identifizieren, um diese Patientengruppen zielgerichtet zu isolieren und zu versorgen.

Aktuelle Organisation der C 3

Das ZFI umfasst 30 Betten. Davon stehen zurzeit 14 Betten für die Versorgung kritisch kranker Patienten, die eine intensive Therapie zur Aufrechterhaltung lebenswichtiger Organfunktionen brauchen, zur Verfügung. Es wird auf feste Bettenkontingente verzichtet, um dem jeweiligen aktuellen klinischen Bedarf gerecht zu werden. Zehn Behandlungsplätze stehen für die Überwachung und Behandlung von Patienten bereit, die aufgrund ihrer Erkrankung einen hohen Überwachungs- und Betreuungsaufwand benötigen, für den normale Pflegestationen nicht ausgerichtet sind. Diese sogenannte »Intermediate Care Unit« (IMC) stellt das Bindeglied zwischen Intensiv- und Normalstation dar. Sechs Betten stehen der Stroke Unit zur Verfügung. Bei Bedarf werden zwischen Intensiv, IMC und Stroke Unit die Basiskapazitäten angepasst und ausgetauscht. Es stehen fünf Zimmer für Intensivmedizin, sechs für IMC und drei für Stroke Unit zur Verfügung. Daneben konnten drei Isolationszimmer mit speziellen Hygieneschleusen realisiert werden, um Patienten mit Problemkeimen isolieren zu können. Ein Raum mit entsprechender Ausstattung dient der Durchführung diagnostischer und invasiver Eingriffe und der Erstversorgung kritisch kranker Patienten. Die Leitung des ZFI liegt in den Händen eines Steuerungsgremiums, das mit Chef- und Oberärzten der Medizinischen Klinik II, der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie, dem Chefarzt der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie mit Fachkrankenpflegekräften besetzt ist. Die Stroke Unit wird durch den Chefarzt der Klinik für Neurologie geleitet. Ärztlicherseits erfolgt die Patientenversorgung durch Oberärzte und Assistenzärzte der genannten Kliniken. Während der Nacht wird intensivmedizinische Kompetenz zumindest durch zwei Oberärzte in Rufbereitschaft sichergestellt. Das Pflegeteam umfasst 58 Pflegenden, die zu über 70 % die Fachweiterbildung »Intensivmedizin« besitzen. Damit verfügt der Bereich über einen überdurchschnittlichen Anteil erfahrener Fachkrankenpfleger. Zudem haben Mitarbeiter spezielle Fach-Expertisen erworben, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. Die intensivmedizinische Basisversorgung wird mit verbindlichen Standards und SOP (standard operating procedures) gesichert, die regelmäßig auf neuesten Erkenntnisstand gebracht werden.

Leistungsspektrum und Ausstattung der C 3

Das Leistungsspektrum umfasst alle Möglichkeiten der intensivmedizinischen Komplexbehandlung konservativer als auch operativer Fachgebiete, außer Kar-

dio- und Neurochirurgie. Hierzu steht eine Vielzahl moderner Möglichkeiten für nichtinvasive oder invasive Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Dazu zählen Sonographiegeräte, die alle sonographischen Untersuchungsmethoden ermöglichen, Bronchoskope, Röntgengeräte, Herzunterstützungsverfahren, differenzierte Beatmungstechnik und Geräte für kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren. Es ist ein neues Monitor- und Datensystem angeschafft worden, das auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft modernsten Ansprüchen genügt. Die Vernetzung der Fachkliniken mittels einer speziellen Software (Krankenhaus-Informationssystem) ermöglicht einen ungehinderten Zugriff auf Patientendaten und Untersuchungsergebnisse innerhalb kürzester Zeit. Mit dieser Software wird auch die Leistungserfassung, die für die Abrechnung mit den Krankenkassen notwendig ist, bewerkstelligt und sie dient der Generierung qualitätsrelevanter Daten.

Leistungen im Geschäftsjahr 2017:

Im ZFI wurden 2017 insgesamt 3.096 Patienten betreut (1.268 konservative Patienten und 1.505 operative Patienten). Bei 582 Patienten handelte es sich um Aufwachraumpatienten, die außerhalb der regulären Arbeitszeit nach einem operativen Eingriff überwacht werden mussten. Die durchschnittliche Liegedauer betrug 1,95 Tage. Insgesamt 171 (7,6 %) Patienten mussten nach Verlegung von der Intensivstation innerhalb von 72 Stunden erneut bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgenommen werden, somit lag diese Wiederaufnahmerate bei 7,6 %. Im Berichtszeitraum wurden 33.423 Beatmungstunden bei 492 Patienten verzeichnet. Im Weiteren wurde bei 24 Patienten an 100 Behandlungstagen ein kontinuierliches Nierenersatzverfahren oder eine intermittierende Hämodialysebehandlung durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr ging die Anzahl der Nierenersatzverfahren bei schwerkranken Patienten spürbar zurück. Eine weitere Besonderheit der intensivmedizinischen Tätigkeiten stellt die Durchführung von Plasmapheresebehandlungen bei Patienten mit schwerwiegenden Autoimmunerkrankungen dar. 2017 wurden 10 Plasmapheresen bei 2 betroffenen Patienten durchgeführt.

Qualitätssicherung aus Routinedaten im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

»Eine offene Fehlerkultur braucht Kritikfähigkeit, Selbstbewusstsein und Mut. IQM ist ein Club der Mutigen« (Dr. Francesco De Meo, Präsident des Vorstandes der Initiative Qualitätsmedizin). In Berichtsjahr 2017 wurde kein IQM-Peer Review durchgeführt.

Intensivmedizinisches Peer review, organisiert durch die Landesärztekammer BW

2017 ist kein intensivmedizinisches Peer Review durchgeführt worden. Ein erneutes Peer Review ist für 2019 geplant. 2017 wurde versucht, die in den letzten zwei Peer Review 2016 aufgezeigten Schwächen gezielt zu beleuchten und Lösungskonzepte zu generieren. Zu diesen kritischen Punkten zählten: Unzureichende mikrobiologische Diagnostik (Zeitverzögerungen, inhaltliche Schwächen); Fehlende mikrobiologische Visite, Unzureichende Delir-Diagnostik sowie Differenziertes hämodynamisches Monitoring unter Nutzung von Echokardiographischen Verfahren.



Aktuelle Entwicklungen und Profil

Zur Belegklinik gehören 18 Betten für erwachsene Patienten, in Ausnahmefällen auch für Kinder. Die Einrichtung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit ihrem Therapieangebot zu einer selbstverständlichen Ergänzung der übrigen 15 Fachkliniken des Klinikums entwickelt. Die kollegiale Zusammenarbeit erfolgt in sehr guter Weise und wird intensiv genutzt. In dieser Form ist die Belegklinik als feste Einrichtung an einem kommunalen Krankenhaus in Deutschland einmalig. Durch das Zusammenspiel von Schulmedizin und homöopathisch-anthroposophischer Medizin ist bundesweit Einzigartiges geschaffen worden. In Fachkreisen ist dieses Zukunftsmodell längst als »Heidenheimer Modell« bekannt. Etwa die Hälfte der Patienten stammt von außerhalb des Landkreises, denn die Nachfrage nach komplementären Therapieangeboten nimmt ambulant als auch stationär immer weiter zu. Das belegen viele Studien und Umfragen zu dem Thema. Kliniken, die diesem Patientenwunsch entsprechen können, gibt es aber immer noch viel zu wenig (lediglich ca. 1 %).

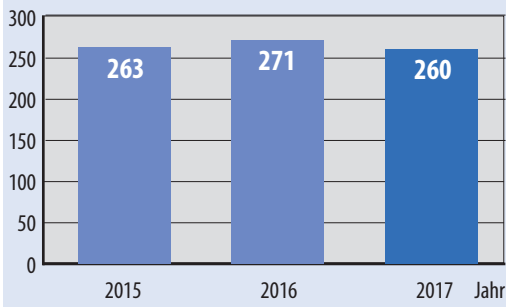
In der Belegklinik wurden 260 Patienten behandelt. Dabei handelte es sich um Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen aus dem umfassenden Bereich der konservativen Medizin, das heißt Erkrankte, die nicht unmittelbar einer Operation bedürfen. Multiple Sklerose und Burn-Out-Depressionen bildeten dabei die zwei häufigsten Krankheitsbilder. Therapiert wird nach den Ideen der homöopathischen und der anthroposophischen Medizin. Zum therapeutischen Team gehören neben dem Belegarzt, Assistenzärzte, Pflegekräfte, eine Physio-

therapeutin sowie eine Heil-Eurythmistin. Etwa 260 Patienten wurden konsiliarisch in anderen Kliniken des Heidenheimer Krankenhauses homöopathisch-anthroposophisch mittherapiert. Dies geschieht auf Wunsch der Patienten oder der behandelnden Ärzte.

Die mittlere Liegedauer ist deutlich höher als die der übrigen Kliniken des Hauses (ausgenommen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik). Dies ist letztlich auf die besondere Form der Therapie zurückzuführen, die sich regulierend und anregend an die Selbstheilungskräfte des Patienten wendet, um die Krankheit in gründlicher Weise auszuheilen. Patienten schätzen die individuelle Betreuung und die Zeit, die ihnen für die Genesung gegeben wird, sehr. Rund 1.200 Arzneimittel stehen dazu in vielen Formen und Potenzen zur Verfügung. Arzneiwirkungen durch äußere Anwendungen wie Wickel, Auflagen, Bäder oder Auftragungen bilden einen wesentlichen Bestandteil der Therapie. Sie sind in ihrer Wirksamkeit, ihrer Vielfalt und der pflegerischen Qualität sozusagen zum »Markenzeichen« der Belegklinik für Homöopathie geworden.

Etwas gebessert hat sich die finanzielle Situation. Zwar lastet weiter die Honorarreform für die Ärzte auf deren Schulter, bei der die Homöopathie außen vor geblieben ist. Auch der wirtschaftliche Druck von Seiten der Krankenkassen ist prinzipiell weiterhin vorhanden, indem die Krankenkassen oftmals die notwendig längeren Liegezeiten nicht finanzieren wollen oder den Aufenthalt in der Belegklinik für Homöopathie grundsätzlich ablehnen.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
F32	Depressive Episode	28
F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	14
R52	Schmerz	11
J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	8
F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	8
G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)	7
N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	6
F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	6
C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	6
K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	4

Die erbrachten Leistungen werden daher oft vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Nachhinein in Frage gestellt, unabhängig von der erbrachten Qualität. Die politisch Verantwortlichen, die die Situation der Belegklinik kennengelernt haben, zeigen sich jedoch seit langem zuversichtlich, dieses Problem im Rahmen eines »partiübergreifenden Schulterschlusses« zu lösen. Auch seitens des Baden-Württembergischen Sozialministeriums wurden die Klinik hier sehr unterstützt.

Ein großer Schritt nach vorne war daher der IV-Vertrag, den man 2014 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossen hat. Damit wurde erstmals von einer großen Krankenkasse die Arbeit der Belegklinik in der Weise gewürdigt, als MDK-Anfragen in der Regel unterbleiben und bei kritischen Fällen das persönliche Gespräch gesucht wird. Dies zeugt von dem Vertrauen der beiden Vertragspartner zueinander. 2016 und 2017 konnten mit der BKK VBU und der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) weitere Vertragspartner gewonnen werden. Es besteht die Hoffnung, dass sich weitere Krankenkassen diesem Vertrag anschließen, damit noch mehr Patienten diese Form der Medizin offen steht und konventionelle Medizin und komplementäre immer mehr zum Wohle der Erkrankten zusammenwachsen.

Ende November letzten Jahres kam es zudem zur Gründung des »Kompetenznetzes Integrative Medizin Baden-Württemberg« Gründungsmitglieder waren Uni-Klinik Mannheim (TagesTherapie-Zentrum), Uni-Klinik Ulm (Fachbereich Integrative Medizin), Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Klinikum Karlsruhe, Klinikum Esslingen, Filderklinik, Paracelsus-Krankenhaus Unterlengenhart und Klinik Öschelbronn.

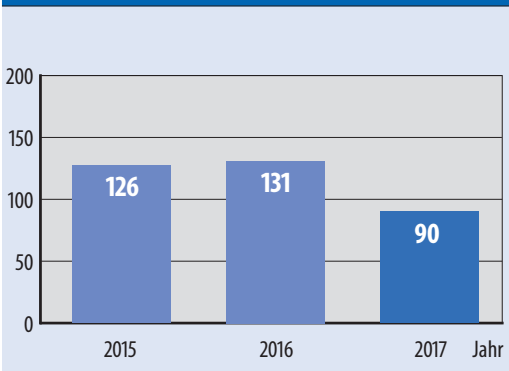
OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
8-975	Naturheilkundliche und anthroposophisch medizinische Komplexbehandlung	169
9-200	Hochaufwendige Pflege	36
9-984	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad	13
3-222	Computertomographie des Brustkorbs mit Röntgenkontrastmittel	10
3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	8
3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	7
3-800	Magnetresonanztomographie des Schädels	7
3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	6
9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	5
8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	5
3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	5

Projektziel ist die unterschiedlichen klinischen Erfahrungen mit komplementärer Medizin auszutauschen sowie der Erfahrungsaustausch darüber, wie die Integration der komplementären Medizin zum Nutzen der Patienten in die Abläufe eines modernen Klinikums gelingen kann. Es soll dadurch einerseits dem deutlichen Patientenwunsch entsprochen werden, zugleich soll dies aber auch der Tatsache Rechnung tragen, dass längst nicht alle Erkrankungen und Beschwerden durch die moderne naturwissenschaftliche Medizin heilbar oder zu lindern sind. Die Mitglieder werden dadurch Wegbereiter einer solchen Integrativen Zusammenarbeit, sie werden zukünftig Leitlinien oder Handlungspfade beschreiben und sich gegenseitig unterstützen. Das Klinikum Heidenheim war über die Belegklinik für Homöotherapie angefragt worden, sich den Gründungsmitgliedern des Netzwerkes anzuschließen. Immerhin ist sie die älteste Abteilung für Komplementäre Medizin in Baden-Württemberg und lebt seit 70 Jahren das im Klinikum vor, was hier nun neu entstehen soll.

In Planung ist, die ärztliche Leitung der Belegklinik für Homöotherapie zukünftig in die Hände eines Kollegiums zu legen. Seit mehr als 13 Jahren obliegt die Leitung Dr. Andreas Laubersheimer. Zukünftig werden Dr. Tobias Daumüller und Dr. Ulrich Geyer – beide hausärztlich tätige Internisten und anthroposophische Ärzte – gemeinsam mit Andreas Laubersheimer die Geschicke lenken. Die zunehmende Aufgabenfülle in Ausbildung, Forschung und strategischer Ausrichtung, auch bezüglich der wirtschaftlichen Situation, ist neben der medizinischen Versorgung zu umfangreich für einen Leitenden Arzt geworden und entspricht nicht mehr dem aktuellen Bedarf. Da sie bereits seit elf bzw. acht Jahren in einer Praxismgemeinschaft zusammenarbeiten und beide Kollegen regelmäßig in der Belegklinik Vertretungen machen, bietet sich dieser Schritt an.



Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	59
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	20
J32	Chronische Nasennebenhöhlenentzündung	4
J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	2
J36	Peritonsillarabszess	1
J33	Nasenpolyp	1

OPS	Häufigste Operationen / Eingriffe	Fälle
5-281	Gaumen-Mandel-Entfernung	52
5-214	Gewebeentfernung unterhalb der Schleimhaut und Wiederherstellung der Nasenscheidewand	23
5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel (Concha nasalis)	10
5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	8
5-282	Gaumen-Mandel- und Rachenmandel-Entfernung	5
5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	5
5-285	Rachenmandelentfernung	4
5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	3

Aktuelle Entwicklungen und Profil

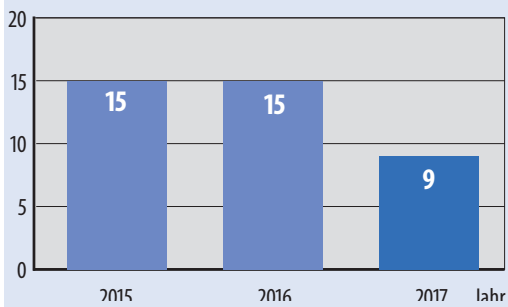
Die Belegklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wird von den vier niedergelassenen Fachärzten Dr. Steffan Wenig und Dr. Thomas Reißnecker sowie Alexander Specht und Irina Roon in kollegialer Zusammenarbeit geleitet. Sie gewährleisten eine durchgehende ärztliche Betreuung der stationären Patienten, die von pflegerischer Seite her auf der neurologischen Station oder auf der Kinderstation versorgt werden. Die Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal in den Bereichen, in denen HNO-Patienten versorgt werden, erfolgt auf sehr positiver Grundlage, die es weiter fortzusetzen gilt. Diese hervorragende Zusammenarbeit schafft eine der Voraussetzungen für die Arbeit der Belegklinik.

Für viele Operationen des Fachgebiets ist heute keine Übernachtung im Krankenhaus mehr erforderlich. Gerade für Kinder ist es wichtig, eine Trennung von den Eltern und eine Herauslösung aus der gewohnten Umgebung zu vermeiden. Um trotzdem einen zeitgemäßen Sicherheitsstandard zu garantieren, stehen alle personellen und technischen Möglichkeiten zur Verfügung.

OPS	Ambulante Operationen / Eingriffe ≥ 5 Fälle	Fälle
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	60
5-200	Parazentese (Myringotomie)	23
5-214	Gewebeentfernung unterhalb der Schleimhaut und Wiederherstellung der Nasenscheidewand	12



Zahl der Patienten vollstationär



ICD Hauptdiagnosen stationär Fälle

K07	Fehlbildung der Zähne und den Gesichtsschädel betreffend (einschließlich fehlerhafter Biss)	7
S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	
C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	1
K01	Retinierte und impaktierte Zähne	1

OPS Häufigste Operationen / Eingriffe Fälle

5-231	Operative Zahnentfernung (durch Knochendurchtrennung)	8
5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	6
5-776	Durchtrennung des Knochens zur Verlagerung des Untergesichtes	6
5-777	Durchtrennung eines Knochens zur Verlagerung des Mittelgesichtes	5

Aktuelle Entwicklungen und Profil

Die Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie als zahlenmäßig kleinste Klinik stellt ein wichtiges Bindeglied zu den Hauptkliniken dar, um eine wohnortnahe Patientenversorgung zu garantieren. Da sich im Bereich der Kliniklandschaften seit Jahren die finanziellen Rahmenbedingungen verschärfen, versteht sich das Engagement der Belegklinik für das Klinikum als Serviceleistung, sodass mittel- oder längerfristige Planungen unmöglich sind.

Im Vergleich zu 2016 gibt es deshalb keine nennenswerten Abweichungen. Dennoch gilt es hervorzuheben, dass durch die ärztliche Präsenz der Belegärzte und die damit verbundene Rund-um-die-Uhr-Dauerbereitschaft (24 Stunden/7 Tage) eine wertvolle Ergänzung in der medizinischen Notfall-/ Akutversorgung angeboten wird, die auch 2017 vom Klinikum wieder angefordert worden ist. In diesen Fällen konnte eine zeit- und kostenintensive Verlegung in eine andere Klinik vermieden und die Patienten heimatnah versorgt werden.

Durch die modernen und neuen Praxisräumlichkeiten – Kurze Straße 7 – hat sich der stationäre Anteil der Patienten weiter reduziert. Nur ausgedehnte Eingriffe, Behandlungen komplexer Polytraumata oder nicht ambulant behandelbare Patienten bleiben der stationären Behandlung vorbehalten. Hierzu gehört die interdisziplinäre Akutversorgung von polytraumatisierten Patienten mit Gesichtsschädelverletzungen, wie sie vor allem bei Verkehrs-, Sport- und Arbeitsunfällen auftreten.



2017 ist das Brustzentrum weiter zertifiziert worden, nach den Leitlinien der DKG/ DGS. Oberärztin Dr. Ingeborg Claßen-Winkler hat das Mamma Café weiter ausgebaut.

Innerhalb des Brustzentrums hat die QMB gewechselt. Die Ärztin Elga Yonga Chanja hat diese Aufgabe mit viel Elan übernommen.

Mit der Frauenklinik des Universitätsklinikums Ulm besteht eine enge Verbindung zu Studien. Um zukünftige Forschung in diesem Bereich zu fördern, unterstützt das Brustzentrum den Aufbau einer Tumorgewebebank.

In neuen Op-Methoden wurde unter Mithilfe der Brustzentrumskoordination der Lipo-Transfer zur Defektdeckung in der Brust von der Bauchdecke eingeführt. Dies unterstützt den Ansatz des intakten Brustbildes nach einer kompletten Mammakarzinombehandlung.

Neue Wege in der Prothesenchirurgie haben die kosmetischen Ergebnisse zu einer hohen Patientenzufriedenheit geführt. Die Breast-Care-Nurse Iris Doppstädt ist für die betroffenen Frauen mit viel Engagement unterwegs. Unterstützend in dem Verarbeitungsprozess der Diagnose sind die Psycho-Onkologinnen Ulrike Ohlmeier und Julia Andraé. Es ist ihnen gelungen, durch eine Änderung des Kontaktportals einen hohen Prozentsatz der Patientinnen zu sprechen.

Auch der Kontakt zu den Mitgliedern des Sozialdienstes mit Serena Heinrich konnte verbessert werden.

Bei der sehr hohen Arbeitsbelastung aller Mitglieder des Brustzentrums ist es beeindruckend, wie sehr sie sich bemühen, die Patientin in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen.

Nur durch die hohe Motivation, den unglaublichen Einsatz und die Kreativität der Mitarbeiter der Frauenklinik ist diese Versorgung auf hohem Niveau möglich. Die mitgegebene Empathie wird den Familien helfen mit viel Mut das Alltagsleben wieder aufzunehmen.



2017 erfolgte im gewohnten dreijährigen Turnus wieder ein Rezertifizierungsaudit, bei welchem über 1 ½ Tage besonders genau »hingeschaut« wird, ob alle Abläufe innerhalb des Darmkrebszentrums leitlinienkonform sind. Das Zertifikat wurde erneut erteilt, intensivere Anstrengungen müssen lediglich im Bereich Patientenstudien unternommen werden, hier befindet man man sich mittlerweile jedoch auf einem guten Weg. Das Leitungsteam, welches hinter dem Darmkrebszentrum steht, ist nach Aussage der Auditoren ungewöhnlich stabil, seit Gründung gab es bislang lediglich einen Wechsel.

Fallzahlen und Behandlungsergebnisse sind weiterhin durchweg gut bis sehr gut. Wie im deutschlandweiten Trend sind auch in Heidenheim die Rektumkarzinom-Fälle leicht rückläufig.

Nach längerer Planungs- und Umbauphase konnte das interdisziplinäre Endoskopiezentrum in Betrieb genommen werden. Durch die neuen baulichen und organisatorischen Strukturen konnte für die Patienten ein Mehr an Sicherheit und Komfort erreicht werden, insbesondere sind auch die aktuellen Hygienevorschriften nun vollumfänglich und auf neuestem, technischen Stand erfüllt.

Eine erneut durchgeführte Patientenumfrage hat erfreulicherweise gezeigt, dass die steten Bemühungen auch Früchte getragen haben. Die Patienten waren mit dem medizinischen Personal und mit ihrer Behandlung durchweg zufrieden bis sehr zufrieden.

Natürlich war auch das Darmkrebszentrum zentral von den Änderungen in der Klinikumsleitung betroffen. Mit großer Sorge wurde die finanzielle Lage des Hauses, besonders mit Blick auf das dringend notwendige Neubaukonzept betrachtet. Entsprechend erleichtert waren die Beteiligten als klar wurde, dass der Landkreis dem fortgeführten Neubaukonzept zugestimmt hat, welches sowohl den Neubau des Operationsbereichs, wie auch den Neubau der chirurgischen Krankenstationen ermöglichen wird. Daher sieht man der Zukunft des Klinikums und des Darmkrebszentrums mit Freude entgegen.



Die Fallzahlen bewegen sich in der Gefäßchirurgie weiterhin auf hohem Niveau. Auffällig ist die zunehmende Multimorbidität der Patienten. Es werden zunehmend ältere Patienten behandelt, da mit den nicht invasiven endovaskulären Behandlungsoptionen sowohl in der Gefäßperipherie als auch bei Aortenerkrankungen schwer kranken Patienten geholfen werden kann, die noch vor 15 bis 20 Jahren als nicht operabel eingestuft worden wären.

Hervorragend, wie in den Jahren zuvor schon, sind die Ergebnisse der offenen Carotisoperation und der Carotisintervention (durch die angiologischen Kollegen). Diese Ergebnisse werden bei ca. 120 Eingriffen im Jahr nur durch eine vorbildliche interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich. Den Kollegen der Neurologie und der Angiologie gilt hier ein besonderer Dank.

Die Reauditierung als Gefäßzentrum durch die deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie erfolgte im September 2017. Die Rezertifizierung für drei weitere Jahre wird ausgestellt werden. Ein herzlicher Dank geht an alle, die bei der arbeitsaufwändigen Datenermittlung mitgeholfen haben!

Im Jahre 2017 konnte Dr. Thomas Rath seinen zweiten Schwerpunkt als Gefäßchirurg erfolgreich abschließen, sodass jetzt drei Gefäßchirurgen im Hause arbeiten. Ein herzlicher Glückwunsch sei ihm auch an dieser Stelle ausgesprochen!

Gefäßpatienten stellen im besonderen Maße durch die allfälligen Begleiterkrankungen eine interdisziplinäre Aufgabe dar. Dies spiegelt sich in der zunehmenden Zahl an interdisziplinären Gefäßzentren wider. Ein Dank gilt an dieser Stelle allen Kliniken des Hauses, die durch ihr Engagement die erfolgreiche Behandlung der Gefäßpatienten erst möglich machen.

Zuletzt geht ein Dank an alle Kollegen und Mitarbeiter der Pflege für ihren wie immer außergewöhnlichen Einsatz für diese oft schwer kranken Patienten.



Die Pneumologie hat sich 2017 zu einer soliden Einheit weiterentwickelt, so dass die niedergelassenen Kollegen und auch umliegende Krankenhäuser die Patienten speziell in die pneumologische Abteilung zur Abklärung und Behandlung einweisen. Die Patienten können zu den Untersuchungen zeitnah stationär und auch ambulant vorgestellt werden. Dies wird von den Fachkollegen sehr geschätzt.

Die enge Kooperation und der rege medizinische Austausch der Hauptakteure des Lungenzentrums mit Pneumologie, Thoraxchirurgie und Onkologie erlauben ein reibungsloses, zügiges Vorgehen in Diagnostik und Therapie. Im interdisziplinären Austausch werden mit der Thoraxchirurgie onkologische wie auch nicht-onkologische Fälle besprochen und können so gemeinsam optimal für einen operativen Eingriff vorbereitet werden.

Auch auf dem Boden dieser erfolgreichen Zusammenarbeit ließ sich seit 2012 die minimalinvasive Thoraxchirurgie, insbesondere die VATS-Lobektomie sicher etablieren. Insgesamt wurden seither über 60 Patienten mittels dieser – sonst nur in Zentren angebotenen – sehr speziellen Operationstechnik am Klinikum therapiert.

In Kooperation mit der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie werden etablierte Verfahren wie transthorakale Bestrahlungen eingeleitet, aber auch komplexe endoluminale Bestrahlungen, sogenannte Brachytherapie, versiert durchgeführt.

In Zusammenarbeit mit der Onkologie werden die Patienten mit Lungenkarzinomen leitliniengerecht ambulant und stationär mit Chemo- und Immuntherapie behandelt.

Eine stets an der aktuellen Entwicklung schritthaltende bronchologische Einheit besteht am Klinikum, in der vermehrt der endobronchiale Ultraschall (EBUS) eingesetzt wird. Auch neue Methoden, wie die endoskopische Lungenvolumenreduktion, werden indikationsbezogen durchgeführt.

Im Rahmen eines pneumologischen Arbeitskreises findet ein regelmäßiger fachärztlicher patientenbezogener Austausch statt.

Es wird ein intensiver Kontakt auch zu Selbsthilfegruppen wie LOT gepflegt.

lungen
zentrum hdh



2017 mussten 560 Schlaganfallpatienten behandelt werden, 50 Patienten mehr als im Vorjahr. Dies war nur möglich, weil die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen des Zentrums für Intensivmedizin ganz hervorragend ist und man dort immer auf offene Ohren stößt, wenn die Schlaganfallstation in Bettennot ist.

Die interne Auswertung der Qualitätssicherung zeigt, dass die Versorgung von Schlaganfallpatienten vom Eintritt über die Zentrale Notaufnahme bis zur Entlassung auf einem gleichbleibend hohen Niveau ist. Die Auswertungen zeigen regelmäßig, dass die hausinternen Prozesse sehr gut organisiert sind. Mehr als 80 % der Patienten, die eine Thrombolyse bekommen, erhalten sie innerhalb einer ½ Stunde, während der Landesdurchschnitt bei knapp über 50 % liegt. Das Team ist stolz darauf, dass es die hohen Qualitätsanforderungen jeden Tag und das ganze Jahr über erfüllt. Dies ist nur in enger, interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Radiologen, Internisten, Gefäßchirurgen und den externen Kooperationspartnern möglich. Gleichwohl werden die Abläufe regelmäßig überprüft und nach Verbesserungsmöglichkeiten gesucht.

Nachdem sich die mechanische Rekanalisation als neues Therapieverfahren in der Schlaganfallbehandlung etabliert hat, dieses Verfahren aber aus technischen und qualitativen Gründen nur in großen Zentren angeboten werden kann, ist es gelungen, über einen Kooperationsvertrag mit den Neurologen, Neurochirurgen und Neuroradiologen in Günzburg, Zugriff auf diese Behandlungsmöglichkeit zu

erhalten. Auch dabei gilt es, so wenig wie möglich Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Rekanalisation verstreichen zu lassen. Auch hier ist festzustellen, dass die hausinternen Abläufe sehr gut organisiert sind.

In der prähospitalen Phase, also der Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Alarmierung der Rettungskette, steht die Schlaganfallbehandlung jedoch in der Region nicht so gut da. Nach wie vor kommen leider nur 30 % aller Schlaganfallpatienten innerhalb einer Drei-Stundengrenze vom Beginn der Symptome in die Klinik.

Um die Sensibilität der Bevölkerung zu verbessern, wurden 2017 öffentliche Vorträge zum Schlaganfall gehalten. Der »Schlaganfallbus« hat auch in 2017 in Heidenheim auf dem Eugen-Jaekle-Platz Station gemacht und wird dies auch 2018 wieder tun. Ein besonderer Höhepunkt war eine samstägliche Informationsveranstaltung in den Schlossarkaden, die auf sehr große Resonanz in der Bevölkerung getroffen ist.

Ganz herzlichen Dank all denen, die ihren freien Tag dafür geopfert haben. Besonders hervorzuheben sind Anja Ferstl und Volker Keydell, die als treibende Kräfte den Löwenanteil in der Vorbereitung dieses Tages geleistet haben.





Der Onkologische Schwerpunkt Ostwürttemberg stellt mit der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH und den Kliniken des Ostalbkreises eine hochwertige heimatnahe Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen sicher. Dessen überregionale Organisationsstruktur verfolgt das Ziel einer flächendeckenden, sektorenübergreifenden und kontinuierlichen Patientenversorgung in der Onkologie und Palliativmedizin.

Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle am Klinikum leistet fortlaufende Koordinierungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit dem CCC Ulm gestalten OSP-Ärzte regelmäßig onkologische Leitlinien des CCCU mit, die auch im Bereich des OSP-Ostwürttemberg Gültigkeit haben. Die Unterstützung der organisierten Selbsthilfe und ambulanten Hospizdienste ist eine wichtige Aufgabe. Für Selbsthilfe- und Hospizgruppen besteht ein Angebot zur Kontaktaufnahme mit Patienten im Klinikum. Kontakte für die Zeit nach dem Klinikumsaufenthalt werden vermittelt. Es fanden Treffen mit Selbsthilfegruppenvertretern und ambulanten Hospizdiensten statt.

Tumorkonferenz

Die interdisziplinäre Tumorkonferenz wird über das OSP-Sekretariat organisiert und dokumentiert. 2017 fand die Interdisziplinäre Onkologische Konferenz 50-mal statt, mit insgesamt 435 Fallvorstellungen. Häufigste Tumorentitäten waren 141 Kolorektale Karzinome und 76 Bronchialkarzinome. Die senologisch-gynäkologische Tumorkonferenz wird über das gynäkologische Sekretariat organisiert und do-

kumentiert. 2017 wurden 171 Mammakarzinom-Fälle und 52 gynäkologische Tumore besprochen.

Tumordokumentation

Die Tumordokumentation erfasst im klinischen Krebsregister alle Patienten mit Tumorneuerkrankungen und deren Verläufe, übernimmt die gesetzlich vorgeschriebenen Meldungen an das Landeskrebsregister und unterstützt die Organkrebszentren des Klinikums bei den jährlichen Audits und bei Rezertifizierungen. 2017 wurden im Krebsregister am Klinikum 770 Krebsneudagnosen erfasst, als häufigste Entitäten 139 Mammakarzinome, 140 urologische Karzinome, 78 Kolorektalkarzinome, 77 Lungenkarzinome und 50 Neubildungen des blutbildenden Systems. Der Qualitätsbericht der Klinischen Landesregisterstelle zeigt die hervorragende Datenqualität der Meldungen aus dem Heidenheimer Register. Über 90 % der sehr detaillierten Daten wurden komplett, korrekt und zeitgerecht übermittelt bei über 1.500 Einzelmeldungen pro Quartal.

Brückenpflege

Die Brückenpflege leistet wichtige ambulante palliativmedizinische Versorgung durch Hausbesuche und enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Patienten, die bereits während des stationären Aufenthalts in die Begleitung aufgenommen werden. Insgesamt wurden von 166 gemeldeten Patienten 93 in die häusliche Begleitung übernommen, die weiteren im Klinikum beraten und betreut. 42 Patienten sind verstorben, 70 % davon im gewünschten häuslichen Umfeld. Zur Begleitung absolvierte die Brückenpflege 737 Hausbesuche.



Onkologischer
Schwerpunkt
Ostwürttemberg



2017 stand die erneute Re-Zertifizierung des Zentrums für integrierte Onkologie und Palliative Care nach den strengen Regeln der ESMO (European Society for Medical Oncology) an. Diese Herausforderung wurde dank des unermüdlichen und hoch qualifizierten Einsatzes aller Mitarbeiter in diesem Bereich mit Bravour gemeistert. Das Zentrum ist für die Jahre 2018 bis 2020 weiterhin zertifiziert.

Im Bereich Kunsttherapie war der Staffelstab Ende 2016 von Monika Zürn an Susanne Tomasch weitergegeben worden. Die neue Kunsttherapie hat sich in ihre neuen Aufgaben mit großer Energie, aber auch mit großem Charme eingearbeitet. Ihre Ideen und Anregungen, aber auch ihre freundliche und mitfühlende Art, werden von Patienten und Angehörigen sehr gut auf- und angenommen, die Arbeit mit ihr macht großen Spaß.

Der Förderverein Palliativmedizin stand auch in diesem Jahr treu zur Seite – ohne seine großzügige Unterstützung wäre Vieles im Bereich Palliativmedizin nicht möglich. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass der Förderverein 2017, wie auch in den vergangenen Jahren, knapp 15.000 Euro für die Arbeit der Kunsttherapeutin überwiesen hat. Außerdem hat er gut 3000 Euro für die Klangschalenmassage und gut 1000 Euro für Fortbildungen des Pflegepersonals und der Therapeutinnen aus Spendeneinnahmen finanziert.

Der Förderverein Palliativmedizin hat mittlerweile 110 Mitglieder. Deren Mitgliedsbeiträge und

viele kleine und große Spenden ermöglichen eine dauerhafte Finanzierung der Angebote auf der Palliativstation, die über das rein medizinisch und pflegerisch Notwendige hinausgehen und den Patienten ihre schwere Zeit am Lebensende erleichtern.

Die Spenden stammen teils aus Benefizveranstaltungen, wie das wunderbare „bewegte Konzert“ im Frühjahr 2017 durch den Sängerkreis Heidenheim in Kooperation mit der Ballettschule Schultz und der Musikschule Heidenheim. Teils erhält der Verein Spenden von dankbaren Patienten und deren Angehörigen, die sich auf der Palliativstation gut aufgehoben gefühlt haben, teils spenden auch Firmen und Organisationen spontan oder anlässlich von Jubiläen größere Beträge. In den letzten Jahren war insbesondere das online-Spendenportal der Heidenheimer Zeitung und der Kreissparkasse „Unsere-Hilfe-zählt.de“ eine sehr hilfreiche Plattform für Spendeneinnahmen. Dadurch konnten zusätzliche Anschaffungen für die Palliativstation getätigt werden und das Budget für die Klangschalenmassage bereitgestellt werden.

Bei der Klangschalenmassage werden Messingschalen auf den Körper gelegt und durch Anschlagen zum Klingen und Schwingen gebracht. Dies bewirkt eine seelische und körperliche Tiefenentspannung. Beschwerden, Verspannungen, Schmerzen und Angstzustände werden gelindert. Die Patienten nehmen das Angebot unserer Therapeutin Frau Jutta Durner sehr dankbar an.



ESMO

Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care





Im Jahr 2017 konnte die erfolgreiche Arbeit in der geriatrischen Rehabilitationsklinik in Giengen fortgesetzt werden. 448 Rehabilitanden waren im Schnitt 22,5 Tage in der vollstationären geriatrischen geriatrischen Rehabilitation.

Entlassungen in die eigene häusliche Umgebung konnte in 81 % verzeichnet werden.

Eine Verbesserung von im Durchschnitt 20 Punkten (von 55 auf 75 Punkte) im Barthel-Index konnte bei den Rehabilitanden in den Aktivitäten des täglichen Lebens erzielt werden.

Dies bedeutet eine deutliche Zunahme an Funktion und Mobilität, somit konnte eine größere Selbstständigkeit und eine Stärkung der Lebensqualität erreicht werden.

Die Weiterempfehlungsquote in der Rehabilitandenbefragung 2017 lag bei 100 %, was das Rehatem mit großem Stolz erfüllt, aber auch verpflichtet, die Tätigkeit für die Rehabilitanden in der bekannten Qualität aufrechtzuerhalten und weiter zu entwickeln.

Eine zu allermeist bestehende Multimorbidität bei den geriatrischen Rehabilitanden führt häufig zu einer Multimedikation bzw. Polypharmazie mit im Mittel acht verordneten Medikamenten pro Rehabilitand.

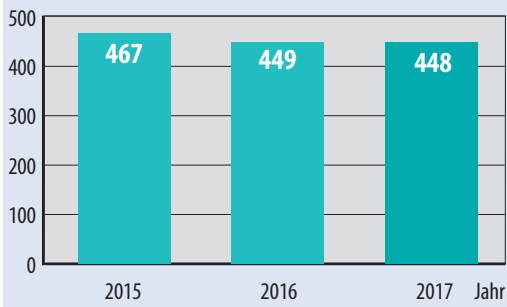
Konsequent werden alle Medikationspläne durchgesehen.

Potentiell inadäquate Medikamente für geriatrische Rehabilitanden werden identifiziert und mit besonderem Augenmerk auf ihre Notwendigkeit, ihre Dosierung und ihr Wechselwirkungsverhalten geprüft.

Aber es wird genauso darauf geachtet, dass relevante Krankheiten und Krankheitsfolgen auch sinnvoll medikamentös therapiert werden und keine Unterversorgung besteht.

Hierbei unterstützt das Reha-Team die Klinikapotheke vornehmlich in Person von Dr. Wiltrud Probst in herausragender Weise, indem sie alle Medikationspläne der Rehabilitanden mitkontrolliert und zusammen mit dem Team regelmäßig pharmazeutischen Visiten vor Ort in der geriatrischen Rehabilitationsklinik durchführt.

Zahl der Patienten vollstationär



ICD	Hauptdiagnosen stationär	Fälle
R26	Störungen des Ganges und der Beweglichkeit	113
S72	Knochenbruch des Oberschenkels	100
S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule und des Beckens	55
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	36
T84	Komplikationen durch orthopädische Ersatzstücke (Prothesen, Implantate, Transplantate)	21
S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	17
M17	Erkrankung des Kniegelenkes	15
M16	Erkrankung des Hüftgelenkes	12
S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	11
I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	7

Bei Unklarheiten bezüglich einzelner Medikamente hält das Team Rücksprache mit den zuweisenden Kliniken und den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten.

Das Ziel dieses Vorgehens ist eine verbesserte Arzneimittelsicherheit.

Im September 2017 konnte die Re-Zertifizierung erfolgreich abgeschlossen werden. Somit kann weiter das Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie geführt werden.



Das Institut für Krankenhaushygiene der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH unter der Leitung von Dr. Johannes Tatzel und insgesamt fünf Mitarbeitern ist für das Klinikum Heidenheim und die Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen zuständig. 2017 wurden insgesamt 20 protokollierte Hygienebegehungen durchgeführt, wobei jeweils Verbesserungsinitiativen zu den räumlichen Bedingungen und funktionellen Abläufen von der Hygiene ausgingen.

Zur Verbesserung der Prozesse im Bereich Infektionsprävention wurden 12 Hygienepläne und zwei bereichsbezogene Desinfektionspläne erstellt, weitere sechs Hygienepläne sowie der allgemeine Desinfektionsplan wurden aufgrund geänderter Anforderungen überarbeitet und in den vierteljährlich stattfindenden Hygienekommissionssitzungen verabschiedet. Festgelegte Maßnahmen und Verbesserungen im Bereich Hygiene wurden im Rahmen des von der Hygienekommission festgelegten Schulungsprogrammes sowie über die einzelnen Hygienekommissionsmitglieder für alle Bereiche der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH kommuniziert. Seitens des Instituts für Krankenhaushygiene fanden diesbezüglich acht Hygieneschulungen für alle Beschäftigten der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH zu den Themen Hände- und Basishygiene, Hygiene bei Punktionen, Injektionen und in der Infusionstherapie, Hygiene im Umgang mit isolierpflichtigen Erregern und MRE sowie allgemeine Update-Veranstaltungen mit dem Titel »Neues aus der Hygiene« statt.

Weitere 22 Schulungen wurden zielgruppenspezifisch für einzelne oder zusammengefasst für mehrere Abteilungen bzw. Berufsgruppen angeboten. In der Krankenpflegeschule wurden insgesamt 16 Unterrichtseinheiten zu hygienischen Themen durch das Hygieneinstitut abgehalten. Zur Überprüfung der Umsetzung vor Ort wurde im Jahr 2017 mit der Durchführung von Prozessbeobachtungen, sogenannten Hygieneaudits, begonnen. Hierbei werden beispielsweise Verbandsvisiten durch eine Hygienefachkraft begleitet, die Durchführung von Verbandswechseln beobachtet und Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich aseptischer Techniken oder verwendetem Material mit den Beteiligten besprochen.

Aufgrund des komplexen Trinkwassersystems in Krankenhäusern und in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Anforderungen an Trinkwasser in Krankenhäusern wurde als eines der ersten Krankenhäuser in Deutschland am Klinikum Heidenheim eine eigene ständige Wasserhygienekommission, bestehend aus Vertretern der Technik, der Hygiene, der Pflegedienstleitung und des Gesundheitsamtes Heidenheim, als Unterkommission der Hygienekommission gegründet. Neben der Prüfung von Trinkwasserbefunden, der Festlegung und Aktualisierung von Probenahmestellen sowie der Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen ist eine wichtige Aufgabe der Wasserhygienekommission die Verbesserung der Schnittstellenarbeit bei diesem interprofessionellen Themengebiet.

Zur mikrobiologischen Überprüfung hygiene-relevanter Prozessabläufe wurden durch das Institut für Krankenhaushygiene im Berichtsjahr 453 Prüfkörper an Reinigungs- und Desinfektionsgeräten eingesetzt sowie 99 Dialysewasser-Proben, 203 mikrobiologische Untersuchungen an flexiblen Endoskopen, 464 Trinkwasserproben, 98 Badewasserproben, 80 Kontaktkulturen von Oberflächen, 93 mikrobiologische Überprüfungen der Bettenaufbereitung sowie 45 Untersuchungen an Desinfektionsmittel-Gebrauchslösungen aus dezentralen Desinfektionsmitteldosiergeräten durchgeführt.

Um die Händehygiene kontinuierlich zu verbessern, wurden neben den durchgeführten Schulungen zur Händedesinfektion am Klinikum Heidenheim und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen die Aktivitäten der Händehygiene durch eine Verbrauchserfassung von Händedesinfektionsmitteln nach Hand-KISS-Vorgaben sowie durch Händedesinfektions-Compliance-Beobachtungen überwacht und bewertet. Im Rahmen einer Kooperation mit der Fakultät für Ingenieurwissenschaften, Informatik und Psychologie der Universität Ulm wurde eine Studie zu Motivationsfaktoren, die die Händehygiene-Compliance positiv beeinflussen, durchgeführt. Mit der in 2017 begonnenen Teilnahme an der bundesweiten »Aktion Saubere Hände« wurde ein weiterer Grundstein zur kontinuierlichen Verbesserung der Händehygiene gesetzt. Bereits ein halbes Jahr nach Anmeldung konnte dem Klinikum Heidenheim die erste von drei möglichen Auszeichnungsstufen (Bronze-Zertifikat) durch das nationale Referenzzentrum in Berlin zuerkannt werden.

Nosokomiale Infektionen sollen nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes und den konkretisierenden Festlegungen des Robert-Koch-Institutes hierzu aus dem Jahr 2013 im Rahmen von standardisierten Erfassungssystemen aufgezeichnet und bewertet werden. Aktuell nehmen die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH diesbezüglich am Intensiv-KISS-Modul des nationalen Referenzzentrums (NRZ) mit Auswertung zu Harnwegskatheter-assoziierten Infektionen, Beatmungspneumonien und ZVK-assoziierten Infektionen sowie am QSWI-Verfahren-Modul NWIF Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) teil. Für das Jahr 2018 ist ein weiterer Ausbau der Erfassung nosokomialer Infektionen über standardisierte Systeme vorgesehen und hat bereits begonnen.

Zur Darstellung und Bewertung Antibiotikaresistenter Erreger werden am Klinikum Heidenheim und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen neben dem Auftreten von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Isolaten (MRSA) unter anderem Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien (MRGN) erfasst. Entsprechend der deutschlandweiten Epidemiologie zeigt sich auch bei den Patienten, die im Klinikum Heidenheim oder in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen behan-

delt werden, eine Zunahme an multiresistenten Erregern. Dies betrifft auch die multiresistenten Darmbakterien, wie den zur Darmflora gehörenden Escherichia coli. MRGN-Bakterien, die meist während eines Urlaubs in Hochprävalenzländern erworben und so nach Deutschland »importiert« werden, können am Klinikum Heidenheim durch modernste Screeningmethoden schnell und zuverlässig erkannt und notwendige Hygienemaßnahmen umgehend eingeleitet werden. Insgesamt ist die Antibiotika-Resistenzsituation in Heidenheim durch konsequentes Screening, frühzeitige Einleitung und Hygienemaßnahmen und durch den von der hauseigenen Apotheke sorgfältig geprüften Antibiotikaeinsatz auf deutlich niedrigerem Niveau als in vielen anderen deutschen Krankenhäusern, wenn hauseigene Daten mit denen der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) Deutschland bzw. der europäischen Datenbank EARS-Net verglichen werden.

Im Rahmen der viermal jährlichen Tagung des MRE-Netzwerkes Heidenheim wurde unter Mitwirkung der Hygiene ein Konzept zur prästationären, präoperativen Staphylococcus aureus Sanierung erarbeitet. Ziel ist es, durch neue Wege in der kollegialen und interprofessionellen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen nosokomiale Infektionen weiter zu reduzieren und einen Beitrag zur Eindämmung von multiresistenten Erregern zu leisten.

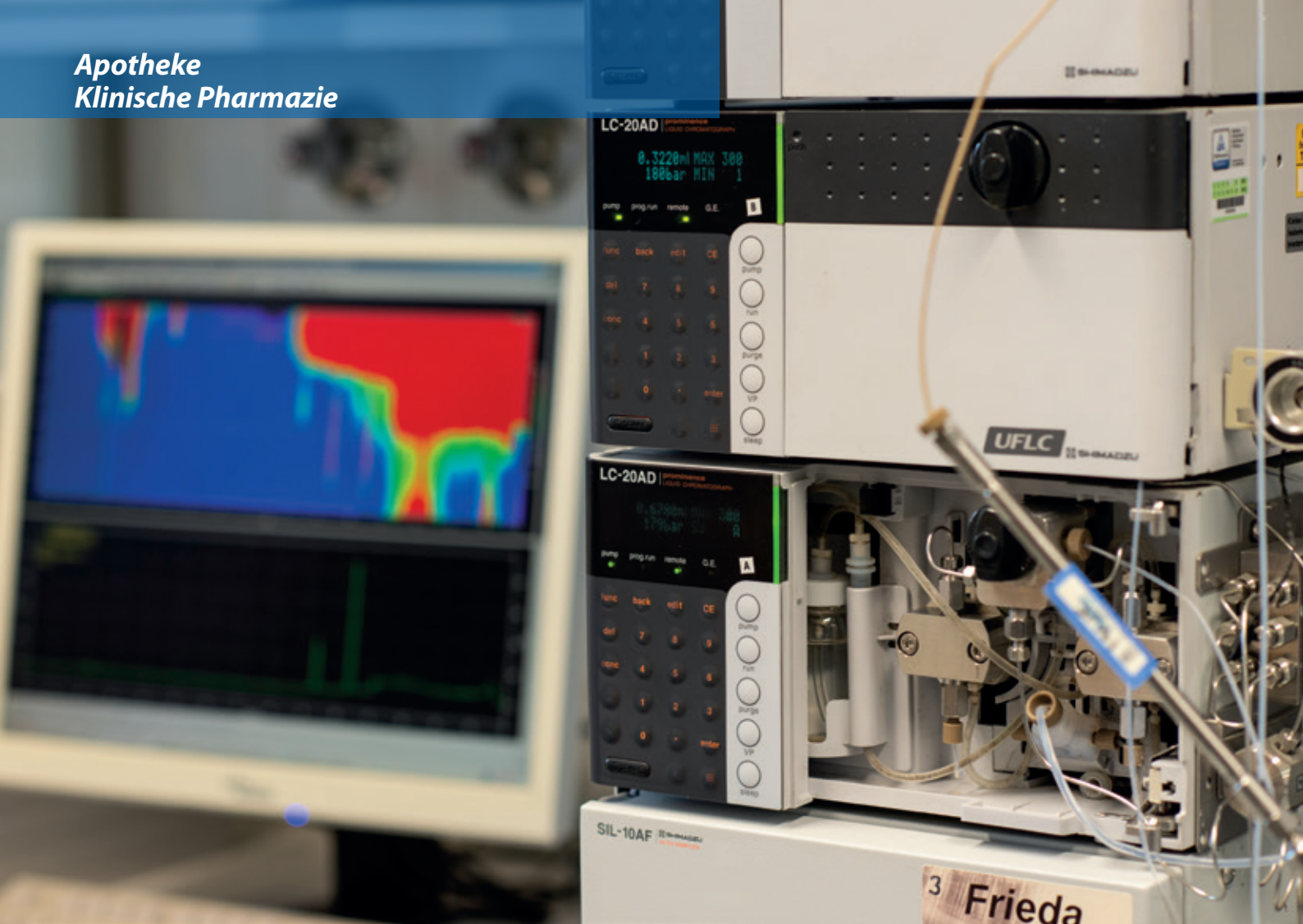
Bezüglich der intensiven Bautätigkeit am Klinikum Heidenheim wurden im Berichtsjahr 31 Bauberatungstermine mit der Hygiene abgehalten und hierin infektionspräventive Maßnahmen zu bestimmten Bereichen wie zum Neubau der Operationsabteilung oder der zentralen Sterilgutversorgungsabteilung mit dem Ziel besprochen und festgelegt, dass neue bauliche Strukturen hygienische Abläufe fördern und erleichtern.

Zusammenfassung:

Auch im Jahr 2017 konnte die Hygiene an den Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH weiter ausgebaut und erfolgreich fortentwickelt werden. Insbesondere im Bereich regelmäßige Hygieneprüfungen, Trinkwasserhygiene, Hygieneschulungen und Umgang mit multiresistenten Erregern können deutliche Fortschritte verzeichnet werden. Auch der weiter voranschreitende Ausbau der detaillierten Hygienepläne stellt eine erfreuliche Entwicklung dar.

Ausblick:

Für das Jahr 2018 sind bereits weitere Fortschritte im Bereich Krankenhaushygiene geplant und teilweise initiiert. Diese betreffen insbesondere eine Ausweitung der Erfassung nosokomialer Infektionen, ein weiterer Ausbau der hygienebezogenen Bereichsbegehungen sowie die Fortsetzung der erreichten Verbesserungen im Bereich Händehygiene durch Teilnahme an weiteren Projekten und Studien sowie durch Etablierung von Systemen zur unmittelbaren Handhygieneaktivität an die jeweiligen Anwender auf Stationen.



Der Versorgungsauftrag der Klinikapotheke umfasst das Klinikum Heidenheim, die Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen und zwei Rettungsdienste der Region mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Infusions-, Ernährungs- und Dialyselösungen sowie Diagnostika und Desinfektionsmitteln. 2017 wurden von der Apotheke rund 82.000 Bedarfsanforderungen bearbeitet und rund 633.000 Packungen ausgeliefert. In enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegekräften bietet die Klinikapotheke den Patienten eine umfassende klinisch-pharmazeutische Betreuung mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen, sicheren und kostengünstigen Arzneimitteltherapie.

Therapeutisches Monitoring

Die Therapieüberwachung kritischer Arzneistoffe und das Drogenscreening bilden einen besonderen Schwerpunkt der Klinikapotheke und werden ständig an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst. Auch im Fall von akuten Vergiftungen können hier auf kurzem Wege Analysen durchgeführt werden und so kurzfristig behandlungsrelevante Daten zum Zustand eines intoxizierten Patienten gewonnen werden. Das Heidenheimer Konzept zur routinemäßigen Therapieüberwachung von Antinfektiva inklusive Antibiotika-Dauerinfusionen wurde bereits mehrfach ausgezeichnet, bietet höchstmögliche Wirksamkeit, minimiert Nebenwirkungen, verringert Resistenzbildungen und reduziert die Krankenhauskosten.

Das Arzneimittelinformationszentrum der Apotheke steht den Ärzten und Pflegekräften mit dem Ziel einer wirksamen, sicheren und kosteneffizienten Arzneimitteltherapie zur Seite. Dies findet im Rahmen der täglichen Beantwortung zahlreicher Therapieanfragen, Teilnahme an Visiten in der Geriatrischen Reha, der Therapieberatung auf der Intensivstation oder pharmakoökonomischer Beratungen statt. Bei Konsilen zur Medikation neu aufgenommener Patienten wird gezielt auf potentielle Probleme und Wechselwirkungen der Patientenmedikation geprüft, inklusive der Empfehlungen für die sichere und kosteneffektive Umstellung auf die Klinikmedikation. Bei jedem dritten neu aufzunehmenden Patienten werden Medikamente mit überhöhter Dosierung wegen reduzierter Nierenfunktion entdeckt und die Dosis korrigiert.

Im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung einer rationalen Antibiotikaaanwendung werden von der Apotheke folgende Leistungen eingebracht: Analysen des Antibiotikaverbrauchs der einzelnen Kliniken inklusive zugehöriger Benchmarkdaten mit externen Kliniken, Neufassung der klinikinternen Leitlinien zur Antiinfektiven Therapie, Federführung beim klinikinternen Schulungskonzept »Antibiotika-Führerschein«, täglich Beratungen zur patientenindividuellen Antibiotikatherapie. Dr. Wiltrud Probst ist als unabhängige Sachverständige in die Kommission ART (Antiinfektiva, Resistenz und Therapie) beim Robert-Koch-Institut berufen.

Besonderes in 2017

2013 – 2014 – 2015 – 2016 – 2017

Zum 5. Mal in Folge Auszeichnung als beste Ausbildungsapotheke aller deutschen Kliniken durch den Verband der Pharmaziestudierenden.

5 Jahre »Antibiotika-Führerschein« als klinikinterne, 10-teilige Fortbildungsreihe unter Federführung von Dr. Wiltrud Probst und zum zweiten Mal auch mit externen Teilnehmern und PJ-Studenten (mittlerweile »Nachahmer« dieser Heidenheimer »Erfindung« auch in anderen deutschen Kliniken)

Bundesweite Lieferengpässe und -abrisse bei Klinikpräparaten nehmen weiter zu.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung mit direktem Patientenbezug

Ringversuche des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur Qualitätssicherung in der Apothekenrezeptur

Ringversuche der DGKL und GTFCH zur Qualitätssicherung des Therapeutischen Drug Monitorings, soweit diese über die Anforderungen der RiliBÄK hinausgehen

Pharmazeutische Leistungen Menge

Klinisch-pharmazeutische Konsile zur Arzneimitteltherapie	542
Erfassung und Bewertung der Eingangsmedikation	
– Anzahl erfasster Medikationen	8.474
– Anzahl bearbeiteter Patientenbögen	1.512
Empfehlungen zur Arzneimittelverabreichung bei Patienten mit Ernährungssonde	137
Anzahl Schulungen von Patienten mit Lungenerkrankungen	24
Arzneimittelabgaben an vor- und nachstationäre Patienten sowie Entlasspatienten einschließlich Beratung	4.055
Analysen im Rahmen der Qualitätssicherung Arzneimittelherstellung und –therapie (gesamt)	6.396
– davon patientenindividuelle Untersuchungen von Arzneistoffen in Blut und Urin (Therapeutisches Drug Monitoring und Drogenscreening)	5.524
Fertigarzneimittel-Prüfungen	5.096
Patientenindividuell hergestellte Arzneimittel (gesamt)	5.045
– davon Chemotherapien für Krebspatienten	2.881
Für die Patientenversorgung bereitgestellte Arzneimittelpackungen	632.913

Ambulante Leistungen Menge

Beantwortung von Anfragen niedergelassener Apotheker und Ärzte im Rahmen des Auftrages als Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)	174
Betreute Patienten mit Ernährungssonde	17

Kosten

Kosten Arzneimittel gesamt	1,79 Mio. Euro
Kosten Arzneimittel pro Behandlungstag	11,90 Euro
Anteil an den Gesamtkostender Patientenversorgung	3,0 %

Die Apotheke bietet für Asthma- und COPD-Patienten mit besonderen Schwierigkeiten bei der inhalativen Therapie ein Inhalationstraining. Für Patienten mit Ernährungssonde werden Empfehlungen zur korrekten Gabe der Medikamente über die Sonde erstellt und diese auch dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst und den pflegenden Angehörigen zur Verfügung gestellt.

Die Mitarbeiter der Apotheke sind als Referenten eingebunden in der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, in klinikinterne Fortbildungen wie »Antibiotika-Führerschein« oder die BÜSO-Fortbildungsreihe für Pflegekräfte. Die Apotheke ist autorisierte Weiterbildungsstätte für Klinische Pharmazie und für Arzneimittelinformation. Dr. Anka Röhr schloss ihre Promotion auf dem Gebiet der antiinfektiven Therapie bei Intensivpatienten mit der Note sehr gut ab.

Das Regionale Arzneimittelinformationszentrum (»RAIZ«) der Klinikapotheke steht im Auftrag der Landesapothekerkammer den öffentlichen Apotheken und über diese den niedergelassenen Ärzten der Region bei arzneimittelbezogenen Therapieproblemen als Ansprechpartner zur Verfügung. Das RAIZ stellt eine positiv belegte »Brücke« des Klinikums zu niedergelassenen Ärzten und den öffentlichen Apotheken dar. Die jährliche Fortbildungsveranstaltung des RAIZ für Ärzte und Apotheker wurde 2017 zusammen mit der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie durchgeführt.

Die Arzneimittelherstellung der Apotheke umfasst mehrere tausend Spezialzubereitungen pro Jahr. Der zentrale Zytostatika-Service der Klinikapotheke begleitet die Therapie der Krebspatienten und gewährleistet eine flexible und zeitnahe Versorgung der Patienten. Dies wirkt sich auch auf die Kosten günstig aus, weil beispielsweise bei Therapieänderungen wirtschaftliche Verluste durch bereits gelieferte und kurzfristig abgesagte Chemotherapien vermieden werden.

Für die Überwachung der Reinnräume verfügt die Apotheke über einen eigenen von der Behörde abgenommenen Laborraum (»Biolabor«). Dies erspart dem Klinikum jährlich Fremdvergabekosten in nicht unerheblicher fünfstelliger Höhe.

Lieferengpässe und -abrisse der Pharmaindustrie waren auch 2017 ein ständiger Begleiter. Das Anästhetikum Remifentanyl wurde nach monatelangem Lieferengpass trotz interner vorausschauender Bevorratung auch im Klinikum vorübergehend zur Mangelware und es mussten Anpassungen bei den anästhesiologischen Verfahren vorgenommen werden. Alle übrigen Lieferengpässe konnten seitens der Klinikapotheke stets erneut abgefangen werden.

Die Arzneimittelkosten sind im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittlich (sog. 66er Summe) und lagen 2017 in der Größenordnung von 2016 (pro Behandlungstag 11,90 Euro). Das entspricht einem Anteil von nur 3 % an den Gesamtkosten der Patientenversorgung.



Pflege im Wandel

Die Unterschiede zu früher sind wirklich dramatisch. Die Berufsgruppe der Krankenpflege hat einen tiefgreifenden Wandel zu erfahren. Längst steht nicht mehr die Grundpflege, also die klassischen pflegerischen Tätigkeiten wie waschen, lagern, Essen verabreichen im Mittelpunkt, sondern eine differenzierte Hochleistungspflege.

Die Pflegenden tragen heutzutage viel mehr Verantwortung für die Patienten wie früher und treffen weitreichende Entscheidungen für den Genesungsprozess. Diese Entwicklung schreitet stark voran. Die Grundpflege dagegen, so wie man sie von früher kennt, macht heute nur noch einen geringeren Teil der pflegerischen Tätigkeiten aus.

Ins Zentrum rücken mehr die Aufgaben bei der Durchführung von Therapiemaßnahmen, Planungs- und Steuerungsaufgaben von der Aufnahme bis über Entlassung sowie hinaus zur Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen.

Die Gründe hierfür sind vielseitig. Zum einen haben zahlreiche pflegewissenschaftliche Erkenntnisse die Pflege nachhaltig verändert. Dies betrifft vor allem die Mobilisation und die Aktivierung von Patienten sowie die Prävention. Die Verantwortung für die Pflegenden nimmt ständig zu. Sie sind heute häufig über weite Strecken allein auf Station, da die Ärzte schwerpunktmäßig mit der Behandlung und der Therapie beschäftigt sind. Nachts ist es keine Seltenheit, dass eine Pflegekraft allein für 30 Patienten zuständig ist.

Die Pflegenden müssen also den Krankheitsverlauf ihrer Patienten stets im Blick haben und mitunter weitreichende Entscheidungen treffen. So müssen sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit verbundene Risiken sofort erkennen und müssen schnell entschieden handeln, ob sie die Situation alleine bewältigen können, oder ob sie weitere Berufsgruppen involvieren müssen.

Aber auch die Patienten haben sich verändert. Viele Patienten sind in der Pflege schwer krank, leiden an mehreren Krankheiten zugleich und sind hoch betagt. Diese Patientengruppe leidet oft auch an Demenz und ist verwirrt und irritiert durch den Krankenhausaufenthalt. Hierdurch ist ein deutlich erhöhter Pflegebedarf entstanden. Zusätzlich sind die Patienten kurz im Krankenhaus, dieser Faktor beschleunigt den pflegetherapeutischen Prozess und die Entscheidungsfindung enorm.

Auch die Spezialisierung im Pflegebereich schreitet voran. Die Durchführung von vielen therapeutischen Maßnahmen liegt auch zum großen Teil bei den Pflegenden. So sind beispielsweise Pflegekräfte auf Intensivstationen für die Durchführung der Beatmung verantwortlich, sie kümmern sich um Infusionen und Bluttransfusionen, sie führen die Versorgung der Wunden eigenständig durch und verabreichen die vom Arzt verordneten Medikamente, bereiten aber auch Patienten auf schwere Therapien vor und achten schon präventiv auf Maßnahmen zum Schutz vor weiteren Sekundärerkrankungen.

Es gibt aber auch Konstanten im Bereich der Pflege, die schon immer von Wichtigkeit waren und die sich auch nicht geändert haben. So sind die Pflegekräfte im Weiteren die Berufsgruppe, die den meisten Kontakt zu den Patienten hat. Sie sind daher die ersten Ansprechpartner für die Sorgen der Patienten und deren Angehörigen. Die Pflegenden merken als erstes, wenn ein Patient beispielsweise Angst vor der Operation hat. Es gehört daher zur pflegerischen Grundhandlung wahrzunehmen, wie es dem Patient geht und wie er die Krankheit in seinem Alltag bewältigen kann. In solchen Situationen müssen sie ebenfalls kompetent unterstützen und beraten.

In Zukunft entwickelt sich der Pflegebereich deutlich weiter in Richtung Professionalisierung. Dabei bildet die anspruchsvolle generalistische Berufsausbildung die Basis für eine Vielzahl an Spezialisierungen und zukünftige Studiengänge, für die Notaufnahme, die Intensivpflege, Operationsdienst, in der Onkologie, in der Palliativmedizin oder bei psychischen Erkrankungen. Wichtig ist die Perspektive für junge Menschen, die den Beruf der Krankenpflege heute wählen. Ihnen steht also eine Fülle von Möglichkeiten offen. Sie können sich gezielt weiterqualifizieren und Verantwortung im Krankenhaus übernehmen. Sie können sich selbstständig machen, in der humanitären Hilfe im Ausland arbeiten, oder politisch aktiv werden, um Einfluss auf die pflegerische Ordnung zu nehmen. Die Pflege wird in Zukunft im Gesundheitssystem viel sichtbarer sein, als es heute ist.



»Wir können den Wind nicht ändern, aber wir können die Segel richtig setzen.«

(Aristoteles)

Mit einer qualifizierten Ausbildung neuer Gesundheits- und Krankenpfleger setzt die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bereits heute die Segel für die pflegerische Gesundheitsversorgung der Bevölkerung von Morgen. Gemeinsam mit den Schülern und allen an der Ausbildung Beteiligten trägt sie einen wichtigen Teil dazu bei.

Unsere Auszubildenden Oberkurs

Nach einer gelungenen dreijährigen Ausbildungszeit konnten sich im September 2017 14 Auszubildende über ihr bestandenes Examen freuen. es ist schön, dass es sich neben geladenen Gästen auch wieder viele Praxisanleiter nicht nehmen ließen, mit ihrer Anwesenheit diese Leistung zu würdigen.

Mittelkurs

Im zweiten Ausbildungsjahr liegt der Schwerpunkt der praktischen Ausbildung in den verschiedenen Funktionsbereichen des Klinikums sowie in den Einsätzen der ambulanten Pflegedienste und Pflegeheimen des Landkreises Heidenheim. Im Juni 2017 durchliefen alle 25 Auszubildenden des Mittelkurses erfolgreich die mündliche Zwischenprüfung. Der Lerninhalt erstreckte sich über die ersten eineinhalb Ausbildungsjahre.

Unterkurs

Nach der Probezeit verblieben von 28 Schüler 25 in der Ausbildung. Das erste Lehrjahr ist durch die Vermittlung theoretischer Grundlagen geprägt. Beim Besuch des Kongresses »Junge Pflege« in Garching, tauschten sich die Auszubildenden mit Schülern an-

derer Schulen über ihre Erfahrungen in der Ausbildung aus. Beim Besuch der »Körperweltenausstellung« in Stuttgart wurde die menschliche Anatomie unter fachlicher Führung nochmals anschaulich wiederholt.

Kurs 2017/20

Mit einer herzlichen Begrüßung begann am 1. Oktober 2017 der »Neue Unterkurs« mit 26 Schülerinnen und zwei Schülern.

Während der ersten neun Schulwochen wurden den neuen Auszubildenden Lerninhalte aus den Wissensbereichen der Pflege -, Sozial -, Geistes -, Rechts - und Naturwissenschaften vermittelt. Bevor der erste Einsatz in der Klinik begann, konnten sie ihr theoretisches Wissen in praktischen Übungen umsetzen und in einem sogenannten »Skills lab day« demonstrieren und beweisen.

Aktuelle Bewerbungssituation in 2017

Im Bewerbungszeitraum Oktober 2016 bis September 2017 gingen insgesamt 148 Bewerbungsschreiben ein. Davon wurden 81 Bewerberinnen und Bewerber zu zehn Vorstellungsterminen eingeladen.

Beim Bewerberauswahlverfahren konnten sich die Bewerber mit Hilfe einer Konstruktionsaufgabe, einer Diskussionsaufgabe und im Einzelgespräch präsentieren. Mit Unterstützung der Praxisanleiter des Klinikums wurden nach dem Auswahlverfahren 39 Zusagen für einen Ausbildungsplatz vergeben. 11 Bewerber zogen nach der Zusage ihre Bewerbung zurück.

Somit starteten 28 Auszubildende am 1. Oktober 2017 mit der Ausbildung. Im Jahresdurchschnitt waren von 93 Ausbildungsplätzen 75 besetzt.

Theoretische und praktische Ausbildung

Die Lehrkräfte der Schule werden von internen, so wie externen Dozenten bei der Vermittlung von Fachwissen unterstützt. Mit einer sinnvollen Themenzusammenstellung und abwechslungsreichen Unterrichtsmethoden wird das Interesse und der Spaß am Lernen in 2.100 Theoriestunden unterstützt und gefördert. An die Auszubildenden werden während der dreijährigen Ausbildung hohe Anforderungen gestellt. Als festen Bestandteil der Ausbildung wird daher den Schülern regelmäßig die Gelegenheit zur Reflektion innerhalb der Klasse gegeben.

Neben Leistungskontrollen wird eine mündliche Zwischenprüfung turnusmäßig im zweiten Jahr durchgeführt.

Thementage wie das PAIR Training, Kinästhetik, Angebote in der Gesundheitsförderung, basale Stimulation bis hin zu einem Palliativ-Fachtag verknüpfen in pragmatischer Form die Theorie mit der Praxis.

Die Schüler durchlaufen während der dreijährigen Ausbildung bis zu 16 verschiedene praktische Einsätze. Dadurch erhalten sie einen intensiven Einblick über die vielseitigen und interessanten Aufgabengebiete des Pflegeberufes. Die Einsatzdauer der praktischen Einsätze erstrecken sich von zwei Wochen in der Kinderklinik, bis zu acht Wochen auf den peripheren Stationen der Chirurgie und der Inneren Medizin. Von den Auszubildenden wird dabei ein hohes Maß an Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Ausdauer und Teamfähigkeit abverlangt. Dies ist nicht nur dem häufigem Einsatzwechsel geschuldet, sondern auch dem sich immer schneller drehenden Rad des Belegungs- und Entlass-Managements.

Um diese hohen Anforderungen bewältigen zu können, werden sie von kompetenten und engagierten Praxisanleitern bei ihrem Lernprozess im Klinikalltag angeleitet und unterstützt.

Zusätzlich bildet die Praxisanleiterin der Schule die Auszubildenden in sogenannten »klinischen Unterrichten« mit jeweils unterschiedlicher Schwerpunktsetzung auf den Stationen der Klinik aus. In Gruppenanleitungen mit bis zu acht Auszubildenden werden die ganzheitliche Erfassung und der individuelle Pflegebedarf des Patienten erhoben und die darauf abgestimmten Pflegehandlungen geplant und umgesetzt.

Gemeinsam mit der Stabstelle der Pflegeentwicklung wurde in regelmäßigen Besprechungen mit den Praxisanleitern des Klinikums fachpraktische und organisatorische Angelegenheiten rund um die Ausbildung und Anleitung besprochen. In einem Tagesseminar wurden die Themen »Beurteilung in der praktischen Ausbildung« und »kollegiale Beratung« bearbeitet.

Schulorganisation

Um sich als Schule für Gesundheits- und Krankenpflege und das Klinikum als Ausbildungsbetrieb zu präsentieren, beteiligte man sich an folgenden Berufsinformationsveranstaltungen vor Ort:

- Ausbildungs- und Studienmesse im Congresszentrum Heidenheim
- Bewerbungstraining »Starten statt Warten« der Eugen-Gaus-Realschule Heidenheim
- Berufsinformationsveranstaltung der Bühlschule in Giengen
- Infoveranstaltung der Realschule Gerstetten in Bartholomä
- Berufsinformation am Werkgymnasium Heidenheim
- Infoveranstaltung der Härtsfeldschule Neresheim
- Berufsinformationsbörse Giengen
- Berufsinformationsbörse Neresheim
- Berufsinformationsbörse in der Steinheimer Hillerschule

Vier Schülerinnen aus dem Unterkurs wurden zu neuen »Ausbildungsbotschafterinnen« über die IHK Baden Württemberg ausgebildet. Vor insgesamt 475 Schüler der nachfolgend genannten Schulen standen die Ausbildungsbotschafterinnen aus dem Mittel- und Unterkurs engagiert und professionell Rede und Antwort über den Berufsalltag einer Pflegekraft.

- Realschule Gerstetten
- Westschule Heidenheim
- Hirscheckschule Heidenheim
- Hellenstein Gymnasium Heidenheim
- Robert Bosch Realschule Giengen

Das Team der Schule engagiert sich in verschiedenen Arbeitsgruppen des Klinikums, an Tagungen der Regionalgruppe Esslingen/Aalen, an Besprechungen der DHBW Heidenheim und an Mitglieder- versammlungen des BLGS (Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e. V.)

Studiengang »Interprofessionelle Gesundheitsversorgung« an der DHBW Heidenheim

Seit Beginn der Kooperation 2012 mit der DHBW Heidenheim haben drei Studierende ihr Studium mit dem »Bachelor of Arts« abgeschlossen. Derzeit befinden sich zwei Studierende im letzten Semester. Eine Ausbildungsstudierende ist im zweiten Semester. Ab Herbst 2018 startet der neue Aufbaustudiengang, der direkt im Anschluss an die Ausbildung, nach 1,5 Jahren mit dem »Bachelor of Science« abschließen wird.

Ausblick 2018

Mit Ausblick auf das Jahr 2018 werden weiterhin folgende Schwerpunkte verfolgt:

- Sicherung der Ausbildungsqualität
- Gewinnung von zukünftig geeigneten Auszubildenden
- Unterstützung und Begleitung der Auszubildenden auf ihrem Weg zu qualifizierten Pflegekräften

Allen an der Ausbildung Beteiligten möchte das Lehrerkollegium »Herzlichen Dank« für ihr Engagement aussprechen, verbunden mit der Freude auf eine weiterhin enge und gute Zusammenarbeit im Ausbildungs- und Schuljahr 2018.



Die Personalentwicklung stellt eine Schnittstelle zu allen Prozess- und Leistungsfunktionen des Personalmanagements dar und ist ein Dienstleister unternehmensübergreifend für alle Berufsgruppen, Kliniken und Abteilungen in Unternehmen. Zu den zentralen Aufgaben einer Personalentwicklung gehören Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Laufbahn- und Nachfolgeplanung, aber auch die Konzipierung und Durchführung von Seminaren und Veranstaltungen sowie ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement und Angebote zur Gesundheitsförderung.

Verbunden mit den wachsenden Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter und der alternden Belegschaft gibt es verschiedene Ansätze auf diese Veränderungen einzugehen und aktiv zu gestalten.

Es gilt, die richtigen Arbeitnehmer, mit den passenden Charakteristika und Qualifikationen im Unternehmen einzusetzen, zu entwickeln und vorhandene Fähigkeiten und Neigungen der Mitarbeiter zu erkennen, zu erhalten und zu fördern und diese mit den Anforderungen des Unternehmens in Übereinstimmung zu bringen.

Zentrale Aufgabe der Personalentwicklung **Ausbildung und Studium**

Neben der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bietet die Klinikgesellschaft weitere Ausbildungsstellen bzw. Studienplätze in fast allen medizinischen Bereichen an.

Das Unternehmen ist IHK-Ausbildungsbetrieb, es besteht eine Kooperation mit der DHBW Heidenheim für verschiedene Studiengänge und es bestehen Kooperationen zu verschiedenen beruflichen Ausbildungsträgern.

Studium

- Interprofessionelle Gesundheitsversorgung (Bachelor of Science)
- Case-Management (Bachelor of Arts)
- Medizinische Informatik (Bachelor of Science)
- Wirtschaftsinformatik (Bachelor of Science)

Ausbildung

- OTA
- Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
- Notfallsanitäter/in
- Medizinische Bademeister/in und Physiotherapeut/in
- MTRA (Medizinische-Radiologie-Assistenz),
- MTAf (Medizinisch-technische-Assistenz für Funktionsdiagnostik)
- Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen
- Fachinformatiker/in (Systemintegration)

2017 ist die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten und Pflegefachhelferin dazugekommen.

Internes Personalmarketing und Qualifizierung

Das interne Personalmarketing richtet sich auf die gegenwärtigen Mitarbeiter. Versucht wird, den bestehenden Personalbedarf zu erhalten sowie die Leistungsbereitschaft und Motivation der Belegschaft zu stärken. Dabei werden talentierten Mitarbeiter Möglichkeiten geboten, eigene Talente zu entwickeln, um freie Schlüsselpositionen im Unternehmen aus dem Kreis der Beschäftigten besetzen zu können.

Ziel ist es, leistungsfähige und –starke Mitarbeiter langfristig an das Unternehmen zu binden und die Abwanderung qualifizierter Fachkräfte zu verhindern.

Hier arbeitet die Personalentwicklung eng mit den jeweiligen Vorgesetzten zusammen. Dabei geht es darum, die individuelle Weiterbildungs- und Karriereziele von Mitarbeitern zu identifizieren, Perspektiven für die sie im Einklang mit der Strategie des Hauses und den freien Stellen aufzuzeigen und das Zusammenspiel zwischen dem Bedarf des Klinikums und den Entwicklungswünschen der Mitarbeiter zu fördern.

In der Klinikgesellschaft liegt die Zahl der fortbildungsberechtigten Mitarbeiter bei 1.543. Die im Jahr 2017 aufgewendete Fortbildungszeit liegt bei ca. 22 100 Stunden, davon entfallen ca. 6 700 Stunden auf interne Maßnahmen und rund 15 400 Stunden auf Maßnahmen, die extern von den Beschäftigten wahrgenommen werden. Pro fortbildungsberechtigten Mitarbeiter wurden ca. 170 Euro für Kursgebühren plus Nebenkosten durch die Klinikgesellschaft investiert, der Anteil an den Gesamtpersonalkosten beläuft sich dabei auf ca. 0,4 %.

Neben externen und bereichsübergreifenden internen Fortbildungen finden in allen Bereichen regelmäßig dezentral organisierte Veranstaltungen wie Symposien, Konferenzen, Fallbesprechungen zu speziellen Fragestellungen und gesetzliche vorgeschriebene Unterweisungen/Unterrichtungen statt.

Externes Personalmarketing

Das externe Personalmarketing orientiert sich an den potenziellen neuen Mitarbeitern des Unternehmens und ist vor allem auf die Personalakquisition und –beschaffung ausgerichtet.

Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement

Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht die Wiederherstellung, der Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.

Ein Betriebliches Eingliederungsmanagement gilt für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die innerhalb eines Jahres (12 Monate) ununterbrochen oder länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Das BEM dient dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und ist ein Instrument, um den Folgen des demographischen Wandels wirksam zu begegnen. Gleichzeitig sichert das BEM durch frühzeitige Intervention die individuellen Chancen den Arbeitsplatz zu behalten.

In der Klinikgesellschaft ist seit 2017 eine Zunahme solcher BEM-Verfahren zu beobachten. Das bedeutet auch, dass der Arbeitgeber klären muss, »... wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.« 2017 wurden in 10 Fällen angemessene und individuelle Lösungen gefunden und die Verfahren konnten abgeschlossen werden.

Entwicklungen der Gesundheitsförderung

In Zeiten des demographischen Wandels und eines immer schneller werdenden Lebensstils gewinnen gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb mehr und mehr an Bedeutung. Damit die Beschäftigten des Klinikums den wachsenden psychischen und physischen Belastungen besser standhalten können, gibt es Schwerpunkte im Bereich Bewegung, Entspannung und Prävention. Das Angebot richtet sich an alle Beschäftigten der Klinikgesellschaft. Durch eine regelmäßige Teilnahme beugen die Teilnehmer verschiedenen Krankheiten vor und sind somit nachhaltig für ihre eigene Gesundheit aktiv.

Bei den Angeboten im Jahr 2017 nahmen insgesamt 489 Mitarbeiter teil. Dies entspricht einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 14,9 Teilnehmern pro Angebot.



Die Schwerpunkte für die Arbeit im Qualitätsmanagement im Jahr 2017 stellten die Rezertifizierungen im Darmkrebszentrum, in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in Giengen und vor allem in der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) dar. Hier fand im Frühjahr das Audit zur Rezertifizierung nach der Norm für die Aufbereitung von Medizinprodukten (EN ISO 13485:2012) und den Anforderungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) statt. Zwei Fachauditoren prüften zwei Tage lang die Unterlagen der ZSVA und der dazugehörigen Schnittstellenbereiche und befragten die Mitarbeiter der Abteilung. Sie ließen sich den Aufbereitungsprozess von der Annahme der Instrumente aus dem OP-Bereich bis zur Freigabe der wieder sterilen Medizinprodukte im Detail zeigen. Dabei gab es einige Hinweise zur Verbesserung der Prozesse und es wurden auch einige wenige Abweichungen festgestellt, die im Nachgang des Audits bearbeitet werden mussten. Letztlich konnte aber das Zertifikat erneut ohne Auflagen erteilt werden, womit bestätigt wird, dass die Wiederaufbereitung des OP-Instrumentariums im Klinikum Heidenheim den hohen hygienischen Anforderungen der Norm entspricht. Dies dient in allererster Linie der Patientensicherheit.

Im Herbst folgten dann die Rezertifizierungen des Darmkrebszentrums und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in Giengen. Auch hier wurde die Erfüllung der Anforderungen der Norm – in diesem Fall die EN ISO 9001:2015 – sowie der jeweiligen Fachgesellschaft geprüft. Eine logistische Herausforderung stellte die Durchführung von zeitweilig zwei Audits an einem Tag dar, die aber dank der konstruktiven Mitwirkung aller Beteiligten gut bewältigt wurde. Am Ende dieses Auditmarathons stand die erfolgreiche Rezertifizierung beider Bereiche.

Es zeigt sich, dass durch die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Anforderungen die jeweiligen Prozesse in den einzelnen Bereichen hinterfragt und immer wieder optimiert werden. Der vermeintliche bürokratische Aufwand entpuppt sich hier durchaus als kontinuierlicher Antreiber zur Verbesserung der Abläufe in den betrachteten Bereichen. So ist es nur logisch, dass die Klinikgesellschaft beschlossen hat, weitere Bereiche nach diesem Modell zertifizieren zu lassen. In 2017 begannen die Vorbereitungen für ein Endprothetik-Zentrum, welches vornehmlich in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie angesiedelt sein wird. Bei diesem Vorhaben kommen den Verantwortlichen die Erfahrungen aus den anderen zertifizierten Bereichen zugute, sodass das Vorhaben voraussichtlich Anfang Juli 2018 erfolgreich abgeschlossen werden kann.

CIRS

IQ^M

INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

Neben diesen zentralen Aufgaben für die Stabsabteilung Qualitätsmanagement standen etliche andere Themen zur Bearbeitung an. Im Bereich Risikomanagement wurden zusätzliche Qualifikationen erworben, um die notwendigen Analysen zur Bewertung möglicher Risiken besser durchführen zu können. Das Meldesystem für Beinahe-Fehler (CIRS) lieferte einige Beispiele für Prozesse, deren Risiken durch Veränderungen im Ablauf gemindert werden konnten.

Im Rahmen der gesetzlich geforderten externen Qualitätssicherung konnten alle Anforderungen erfüllt werden, die Daten wurden ohne Verzug an die Annahmestelle in Baden-Württemberg geliefert. Auch hier gilt, dass die Klinikgesellschaft von den Rückmeldungen profitiert, wenn Qualitätsindikatoren anzeigen, dass im Bereich der Behandlung Verbesserungspotenziale bestehen, die strukturiert bearbeitet werden. Das Qualitätsmanagement leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH.



Bereits seit über zwei Jahrzehnten hat der Umweltschutz in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH einen sehr hohen Stellenwert, insbesondere bei der Abfallvermeidung und der Schonung von Ressourcen.

Bei nahezu allen Neuanschaffungen bzw. Ersatzbeschaffungen von Geräten oder Anlagen, sowohl im medizinischen Bereich als auch in der Haustechnik, werden umweltrelevante Aspekte wie Energie- und Wasserverbrauch, Einsatz und Verbrauch von umweltschädlichen Stoffen oder das Entstehen von schädlichen Emissionen wie zum Beispiel Abgase, Lärm oder belastetes Abwasser als äußerst wichtiges Entscheidungskriterium berücksichtigt.

Insgesamt steigt der Strombedarf aufgrund der ständigen Erweiterung von technischen und medizinischen Einrichtungen kontinuierlich an.

Insbesondere durch den aufgrund von strengeren Hygienevorschriften deutlich gestiegenen Kältebedarf und wesentlich längeren Betriebszeiten der Kälteanlagen ist der Stromverbrauch insgesamt (Strombezug und Eigenverbrauch vom BHKW) um ca. 1.000.000 kWh gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Zudem wurde der neue MRT mit entsprechender Kühlleistung Anfang 2016 in Betrieb genommen. Auch durch die ständigen Spülvorgänge des Brauchwassernetzes wird durch die Pumpen zusätzliche Energie verbraucht.

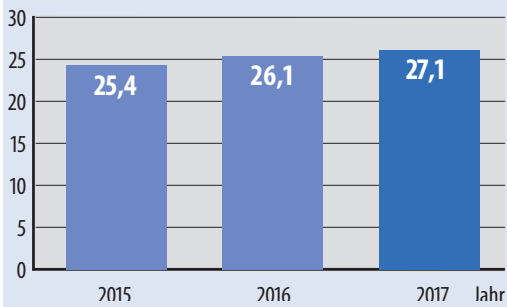
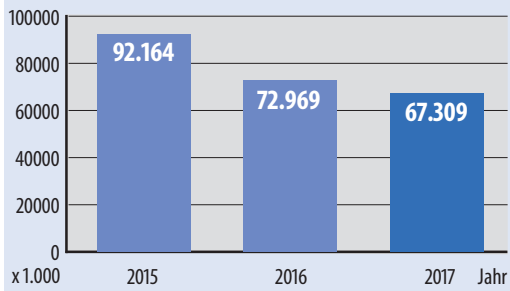
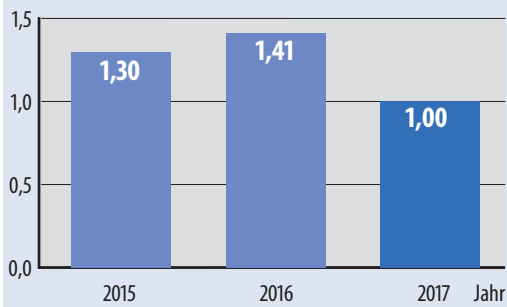
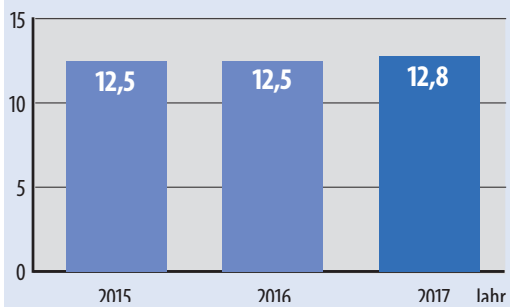
Mit der Inbetriebnahme des Blockheizkraftwerkes im August 2011 haben sich die Gesamtenergiekosten (Brennstoff- und Stromkosten) durch die Eigenutzung des erzeugten Stroms reduziert bzw. sind in den letzten Jahren weniger stark angestiegen.

Der Wasserverbrauch hat sich im Vergleich zum Vorjahr nochmal reduziert und liegt weiterhin im unteren Bereich.

Der leichte Anstieg beim gewerblichen Hausmüll resultiert zum großen Teil aus den im vergangenen Jahr durchgeführten größeren Bau- und Sanierungsmaßnahmen.

Seit Herbst 2014 werden auf Anweisung der neuen Hygienefachkraft nicht mehr bei allen infektiösen bzw. allen isolationspflichtigen Erkrankungen schwarze Tonnen für infektiösen Müll verwendet, sondern nur noch für Abfälle entsprechend den Richtlinien der LAGA.

Für alle anderen Erreger werden reißfeste grüne Säcke verwendet und der Müll als Hausmüll entsorgt.

Gesamtenergieverbrauch (Mio kWh)**Wasserverbrauch** (m³)**Gesamtenergiekosten** (Mio Euro)**Infektiöser Müll** (Tonnen)

Nachdem 1999 erstmals freiwillig ein Umweltmanagement in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH erfolgreich eingeführt und nach der EG-Öko-Audit-Verordnung zertifiziert wurde, war auch die Durchführung der Revalidierungen in den Jahren 2002, 2005 und 2008 für die Geschäftsleitung der Kliniken immer eine Selbstverständlichkeit mit dem Ziel, den Schutz der Umwelt kontinuierlich zu verbessern, wenn möglich und wirtschaftlich vertretbar, auch über die gesetzlichen Vorgaben hinaus.

Aufgrund der Novellierung der EMAS-Verordnung (Eco-Management and Audit Scheme) im Jahr 2010, insbesondere wegen der künftig jährlich erforderlichen Revalidierung, hat sich der personelle und finanzielle Aufwand auf ein nicht mehr vertretbares Niveau erhöht, so dass sich die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH 2011 dazu entschlossen haben nicht mehr an dem freiwilligen Gemeinschaftssystem der Europäischen Union für Umweltmanagement und Umweltbetriebsprüfung teilzunehmen, ohne jedoch den Umweltschutz auch künftig dabei zu vernachlässigen.



I. Grundlagen des Unternehmens

1. Geschäftsmodell des Unternehmens

Die Gesellschaft entstand im Jahr 2006 aus der Umwandlung des Eigenbetriebs »Kliniken des Landkreises Heidenheim« in eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Alleinigere Gesellschafter ist der Landkreis Heidenheim. Die Klinikgesellschaft firmiert unter dem Namen »Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH« und ist Mitglied im Kommunalen Arbeitgeberverband. Unter der Klinik-Gesellschaft sind das Klinikum Heidenheim und die Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen zusammengeschlossen.

Der Gegenstand des Unternehmens ist der Betrieb von Kliniken und Einrichtungen für Krankenhausleistungen, der Betrieb von Kliniken und Einrichtungen für Rehabilitation und der Betrieb zugehöriger Einrichtungen und Nebenbetriebe, wie z. B. Ausbildungsstätten und Personalwohnheime.

Die Gesellschaft hat einen fakultativen Aufsichtsrat, der aktuell mit 14 Mitgliedern des Kreistages, dem Betriebsratsvorsitzenden, einem zusätzlichen Vertreter (Kreiskämmerer) aus dem Landratsamt sowie einem weiteren Mitglied des Betriebsrates mit beratender Stimme besetzt ist. Seit November 2013 nimmt ein ausgewiesener Experte auf dem Gebiet des Krankenhauswesens ein Aufsichtsratsmandat wahr. Vorsitzender des Aufsichtsrates ist der Landrat des Landkreises Heidenheim, Herr Thomas Reinhardt.

Trotz der Leistungszuwächse in den letzten Jahren bleibt das Klinikum Heidenheim wirtschaftlich hinter seinen Möglichkeiten zurück und weist wie ein Großteil der deutschen Krankenhäuser seit mehreren Jahren Defizite aus. Die gestiegenen Umsatzerlöse reichten aufgrund der systemischen Unterfinanzierung nicht aus, um die steigenden Ausgaben zu decken. Zur Zukunftssicherung hat der Alleingesellschafter - der Landkreis Heidenheim - für vier Jahre, beginnend mit 2017, einen Geschäftsbesorgungsvertrag abgeschlossen und damit das Management in die Hände der Economedic AG gegeben. Im Rahmen eines Stabilisierungsprogrammes soll unter neuer Geschäftsführung eine nachhaltige Verbesserung der wirtschaftlichen Ergebnisse erreicht werden.

Der Aufsichtsrat wählte am 19. Oktober 2016 Udo Lavendel zum neuen Geschäftsführer der Gesellschaft. Udo Lavendel nahm die Geschäftsführung zum 1. Januar 2017 auf.

Das Klinikum Heidenheim gehört zu den größeren stationären Akutversorgern in Baden-Württemberg. Im Landkreis Heidenheim sind neben dem Klinikum keine weiteren Krankenhäuser vorhanden. Ebenso ist die Geriatrische Reha-Klinik in Giengen alleiniger Anbieter von stationärer geriatrischer Reha-Versorgung im Landkreis.

**Zum Geschäftsbereich gehörten
am 31. Dezember 2017**

Hauptabteilungen	Bettenzahl
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie <i>Chefarzt Prof. Dr. Imdahl</i>	56
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie <i>Chefarzt Prof. Dr. Helwig</i>	56
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe <i>Chefärztin Dr. Paschold</i>	32
Medizinische Klinik I (inkl. 5 Palliativbetten und 12 Strahlentherapiebetten) <i>Chefarzt Privatdozent Dr. Grünewald</i>	98
Medizinische Klinik II <i>Chefarzt Privatdozent Dr. Schmidt seit 1. 8. 2017 Professor Dr. Walcher</i>	56
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin <i>Chefarzt Dr. Schneider</i>	24
Klinik für Neurologie <i>Chefarzt Dr. Huber-Hartmann</i>	46
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik <i>Chefarzt Dr. Zinkler</i>	79
Klinik für Urologie <i>Chefarzt Dr. Wenderoth</i>	21
Zentrum für Intensivmedizin <i>Chefarzt Prof. Dr. Brinkmann und Chefarzt Privatdozent Dr. Schmidt / seit 1. 8. 2017 Professor Dr. Walcher</i>	32
Zentrale Notaufnahme <i>Chefarzt Norbert Pfeufer</i>	12
Institut für Anästhesie und spezielle Schmerztherapie <i>Chefarzt Prof. Dr. Brinkmann</i>	
Institut für Radiologie und Nuklearmedizin <i>Chefarzt Dr. Schenkengel</i>	
Institut für Radioonkologie und Strahlentherapie <i>Chefärztin Dr. Ghilescu</i>	
Belegkliniken	
Augenheilkunde <i>Belegarzt N.N.</i>	2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde <i>Belegärzte Herr Specht, Frau Roon, Dr. Reißnecker, Dr. Wenig</i>	4
Homöotherapie <i>Belegarzt Dr. Laubersheimer</i>	18
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie <i>Belegärzte Dr. Fröschl, Dr. Steckeler</i>	1
Summe vollstationäre Betten	537
Tageskliniken	Plätze
Psychiatrische Tagesklinik <i>Chefarzt Dr. Martin Zinkler</i>	14
Internistische Tagesklinik <i>Chefarzt Privatdozent Dr. Arnold Schmidt seit 1. 8. 2017 Professor Dr. Daniel Walcher</i>	17
Betten/Plätze Heidenheim	568
Rehabilitationseinrichtungen	Betten
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen <i>Chefarzt Herr Nicklaus</i>	30

Weitere Einrichtungen
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg <i>Koordinierender Oberarzt Dr. Matthias Müller</i>
Zentrum für Palliativmedizin <i>Chefarzt Privatdozent Dr. Martin Grünewald</i>
Brückenpflege <i>Direktor für Pflege- und Prozessmanagement Klaus M. Rettenberger</i>
Gefäßzentrum in der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie <i>Sektionsleiter Oberarzt Dr. Michael TraBl</i>
Schulterzentrum <i>Sektionsleiter Oberarzt Hubertus Heye</i>
Lungenzentrum <i>Chefarzt Professor Dr. Andreas Imdahl Chefarzt Privatdozent Dr. Martin Grünewald Chefarzt Privatdozent Dr. Arnold Schmidt seit 1. 8. 2017 Professor Dr. Daniel Walcher</i>
Brustzentrum <i>Chefärztin Dr. Carina Paschold</i>
Darmzentrum <i>Chefarzt Professor Dr. Andreas Imdahl Chefarzt Privatdozent Dr. Martin Grünewald</i>
Nierenzentrum <i>Leiterin Oberärztin Dr. Sonja Heißler</i>
Krankenhausapotheke und Regionales Arzneimittelinformationszentrum <i>Chefapotheker Dr. Werner Grieb</i>
Zentrallabor <i>Chefarzt Privatdozent Dr. Martin Grünewald Leitende MTA Marianne Stetter</i>
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege <i>Schulleiterin Brigitte Rubin</i>
Psychiatrische Institutsambulanz <i>Chefarzt Dr. Martin Zinkler</i>
Geriatrischer Schwerpunkt <i>Chefarzt Martin Nicklaus</i>
Regionaler Schlaganfallschwerpunkt <i>Chefarzt Dr. Karl-Heinz Huber-Hartmann</i>
Regionaler Schmerzschwerpunkt <i>Chefarzt Professor Dr. Alexander Brinkmann</i>

2. Ziele und Strategien

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH gehört zu den großen Krankenhäusern in Baden-Württemberg. Nahezu 60.000 Patienten werden im Klinikum pro Jahr vollstationär, teilstationär und ambulant versorgt. Mit ihren rund 1.500 Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von ca. 120 Millionen Euro ist die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH ein bedeutender Wirtschaftsfaktor mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial. Zudem ist sie ein wichtiger Nachfrager nach Dienstleistungen und Handwerkerleistungen und zählt zu den größten Arbeitgebern im Landkreis Heidenheim.

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH ist über den Versorgungsauftrag der stationären kurativen Versorgung hinaus gestaltender Bestandteil einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Landkreises Heidenheim und der Region Ostwürttemberg. Die Zukunftssicherung des Klinikums als zentraler Dreh- und Angelpunkt einer garantierten Daseinsvorsorge ist daher alternativlos wichtig für die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger. Die nachhaltige Sicherstellung der bestmöglichen Krankenversorgung in medizinischer, pflegerischer und ökonomischer Hinsicht ist Schwerpunkt der Zukunftsorientierung.

Zielsetzung ist dabei, das Klinikum Heidenheim in seinem Profil der zentralen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Landkreises Heidenheim nachhaltig zu stärken und auszubauen. Dem konsequenten Ausbau der medizinischen und pflegerischen Leistungsangebote in der Grund- und Regelversorgung sowie in der Schwerpunktversorgung durch Weiterentwicklung der medizinischen Kompetenzzentren kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Neben der medizinisch kurativen Ausrichtung der Akutversorgung, wird auf eine Leistungsausweitung hin zu einem Gesundheitszentrum mit den komplementären Versorgungselementen der Rehabilitation, der Prävention und Pflege hingearbeitet. Zielrichtung ist dabei die akutstationäre Versorgung entsprechend, des demografischen Bedarfs mit seinem Angebotsprofil für die Zukunft zu stärken und das Leistungsangebot durch eine stärkere Öffnung für eine sektorenübergreifende Versorgung zu erweitern.

Insgesamt ist im Landkreis Heidenheim eine Bevölkerungszunahme zu verzeichnen. Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg gehen zwischen 2015 (129.903 Bürger) und in 2020 (132.354 Bürger) von einer Zunahme um 1,9 % aus. Mit einer Zunahme von +11,7 % stellt der Anteil der hochbetagten Bürger (60 bis 75 Jahre) in der gleichen Fünfjahresvorausberechnung dabei die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe dar. Die Weiterentwicklung des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebotes wird zukünftig daher stärker auf altersmedizinische Zusatzangebote ausgeweitet werden.

Im Frühjahr 2017 eingeführte Methoden zur Prognose der Patientenfallzahlentwicklung gehen im Zeitraum von 2015 (25.750 Fälle) bis 2020 (26.800 Fälle) absolut von einer Steigerung von rd. 4 % aller stationären Behandlungsfälle im Landkreis Heidenheim aus. Aktuell stammen 86 % der im Klinikum Heidenheim behandelten Patienten aus dem eigenen Landkreis. Durch konsequente Weiterentwicklung der Versorgungsangebote in Medizin und Pflege ist das Ziel die Patientenbehandlungsanzahl oberhalb des Demografiewachstums zu steigern und die stationäre Akutversorgung der Landkreisbevölkerung auch an den Landkreisgrenzen verstärkt an das Klinikum Heidenheim zu binden. Dies geht nur über die konsequente Weiterentwicklung der Qualität in medizinischer Kompetenz, in einer dem Menschen zugewandter Pflege und durch Investition in moderne Medizintechnik und bauliche Infrastruktur.

Beginnend in 2016 wurde ein Prozess zur Weiterentwicklung des Leistungsprofils in Medizin und Pflege initiiert. Mit Aufnahme der neuen Geschäftsführung und der Einführung eines Systems einer strategischen Leistungsplanung wurde ein tragfähiges Medizinkonzept entwickelt. Wesentliche strategische Handlungsfelder für den weiteren Ausbau des Versorgungsangebotes in Medizin und Pflege sind unter anderem:

- Profilschärfung der Medizinischen Kliniken in den Bereichen Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Nephrologie, Palliativmedizin, Onkologie, Diabetologie, zur Erhöhung der Marktdurchdringung und Erschließung eines überregionalen Einzugsgebiets
- Aufbau eines Zentrums für Altersmedizin durch Etablierung eines Versorgungsbereichs Akutgeriatrie, Stärkung des Geriatrischen Schwerpunkts und Integration der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen an den Klinikstandort Heidenheim
- Fortsetzung in der Etablierung zertifizierter medizinischer Zentren in den Bereichen Orthopädie und Unfallchirurgie (Endoprothetikzentrum), Urologie (Prostatakarzinomzentrum) und Gynäkologie (Beckenbodenzentrum)
- Profilstärkung der interdisziplinären Notaufnahme im Sinne einer erweiterten stationären Notfallversorgung durch Etablierung einer Herzschermerzeinheit / Chest Pain Unit (CPU) und Schaffung einer räumlichen Zusammenführung der kassenärztlichen Notfallpraxis
- Optimierung der Belegungs- und Fallsteuerung durch zentral gesteuertes Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagement
- stärkere Vernetzung mit den medizinisch ambulanten Vernetzungsstrukturen in Form von sektorenübergreifenden Angebotsstrukturen, unter anderem durch Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

Zur Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit des Klinikums wurde das Medizinkonzept um integrale Elemente der Kostenbegrenzung, des Risikomanagements und um Personal- und Organisationsentwicklungsprogramme erweitert. Wesentliche Elemente zur Zukunftsausrichtung der Klinikgesellschaft sind der Abbau des Investitions- und Instandhaltungszustaus sowie die Entwicklung einer baulichen Zielplanung. Die Infrastruktur des in Teilbereichen über 40 Jahre in Betrieb stehenden Klinikums ist nicht mehr zeitgemäß. Der Grundmodernisierung des Klinikums kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Die Fortsetzung des Klinikneubaus mit dem 2. Bauabschnitt (geplante Inbetriebnahme Ende 2020) und die abschließende Klinikmodernisierung mit einem Bauabschnitt 3 (geplante Inbetriebnahme 2024) sind neben der systematischen Marktorientierung und Markenbildung wesentliche Bestandteile eines umfassenden Sanierungskonzepts.

Die langfristige wirtschaftliche Stabilisierung der Klinikgesellschaft wird nur gelingen, wenn flankierend zu dem eingeleiteten Sanierungskurs, die Gesellschaft durch Kapitalmaßnahmen des Gesellschafters in den Sanierungsbestrebungen unterstützt wird. Der Landkreis hat auf Initiative der Geschäftsleitung im Rahmen der Haushaltsberatungen 2017, im Rahmen des sogenannten »Heidenheimer Wegs«, Finanzmaßnahmen zur Sicherung der Liquidität, Eigenkapitalausstattung und der Finanzierung von Bau- und Investitionsmaßnahmen sowie zum systematischen Abbau des Instandhaltungszustaus beschlossen und hierdurch Planungssicherheit geschaffen. Ein wichtiger Beitrag des Alleineigentümers für die Zukunftsfähigkeit des Klinikums und ein klares Bekenntnis, die kommunale Trägerschaft zu stärken.

3. Steuerungssystem

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH verwendet ein umfassendes System von Kennzahlen zur Steuerung des Geschäftserfolgs. Zentrale Kennzahl zur Messung des operativen Geschäftserfolgs ist das EBITDA (Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen; earnings before interest, taxes, depreciation and amortization).

Mit Einführung der DRGs und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel in der Leistungsfinanzierung der Krankenhäuser sind die operativen Steuerungssysteme verstärkt auf die Steuerung des Leistungsgeschehens und die Verbesserung der Kostensituation ausgerichtet.

Zu dem Steuerungsbereich des kaufmännischen Controllings nimmt der Bereich des Medizincontrollings, mit dem Ziel der Verbesserung der Erlössituation, eine zunehmende Bedeutung ein.

Zentrales Steuerungssystem ist ein auf Kennzahlen basierendes Berichtswesen, welches zeitnah Auskunft über Leistungs- und Kostenentwicklung liefert. Neben einem monatlichen Berichtswesen der Leistungs- und Kostenentwicklung der medizinischen Fachabteilungen wurden in 2017 standardisierte regelhafte Controllinggespräche zum Soll-Ist-Vergleich der Leistungsentwicklung und relevanter Kennzahlen etabliert. Im Schwerpunkt wird die Leistungsentwicklung anhand relevanter Leistungskennzahlen überwacht:

- Relativgewichte = Faktor zur Bemessung der Höhe des DRG-Erlöses (Berechnung erfolgt jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)
- Case-Mix = Summe der mit den Relativgewichten gewichteten Fällen
- Case-Mix-Index (CMI) = Summe der Relativgewichte dividiert durch die Fallzahl
- Verweildauer = Pflge tage dividiert durch Fallzahl
- Bettenauslastung = Pflge tage / (aufgestellte Betten x Kalendertage) x 100

Die Personalplanung und -überwachung orientiert sich an der Leistungsentwicklung. Für eine marktübliche Ausrichtung der Mitarbeiterproduktivität gilt das Steuerungsprinzip der leistungsorientierten Personalplanung. Zur Steuerung des operativen Geschäftserfolgs sind neben der Leistungsentwicklung, Produktivitätskennzahlen (CMP/VK) sowie die Entwicklung der Sachkosten, unter anderem des medizinischen Sachbedarfs und die Überstundenentwicklung weitere zentrale Bestandteile eines monatlichen Reportings und der regelmäßigen Controlling-Gespräche mit den medizinischen Fachabteilungen.

Das Management nutzt eine kurzfristige Erfolgsrechnung (GuV-Basis) auf Monatsbezug mit einem Forecast auf das Gesamtjahr sowie ein Liquiditätsreporting für die unterjährige Steuerung des Geschäftssystems.

In 2017 wurde mit Etablierung eines OP-Managements ein Planungs- und Steuerungssystem für die kostenintensiven OP-Ressourcen inklusive eines DV-basierten Kennzahlenreportings etabliert. Auf Basis prozessbezogener Kennzahlen (Schnitt-Nahtzeiten, Wechselzeiten, Auslastung, Disziplin 1. Schnitt) wird der prozess- und kostensensible OP-Bereich fortlaufend überwacht und gesteuert.

Auf der Kostenseite werden zur Messung des Geschäftserfolgs folgende Metakennzahlen herangezogen:

- Personalaufwandsquote (Personalaufwand x 100 / Umsatzerlöse)
- Materialaufwandsquote (Materialaufwand x 100 / Umsatzerlöse)

In 2017 erstmalig wurde ein System einer strategischen Leistungsplanung etabliert, das sich neben Vergleichsdaten der Vorjahre an den Marktdaten der statistischen Landes- und Bundesämtern sowie öffentlich zugänglichen Informationen zur Bevölkerungsentwicklung (Migration, Demographie, Geburtenstatistik) orientiert. Im Rahmen einer standardisierten jährlichen Leistungsplanung mit DV-gestützten Systemen, einer durch die Oberer AG entwickelten Geokodierung, werden Analysen zur Markt- und Wettbewerbssituation, Patientenherkunft, Marktanteils- und Marktpotenzialanalysen zur Leistungsplanung herangezogen.

II. Wirtschaftsbericht

1. Gesamtwirtschaftliche und branchenbezogene Rahmenbedingungen

Die Krankenhäuser in Deutschland sind innerhalb der Gesundheitswirtschaft größter Arbeitgeber und bieten trotz finanzieller Begrenzungen einen erstklassigen Standard in der Patientenversorgung. Dabei ist der Kostendruck durch steigende Personal-, Sach- und Energiekosten in den letzten Jahren ständig gestiegen, wodurch der Selektionsdruck in der Krankenhauslandschaft weiterhin verstärkt wird.

Laut BWKG-Indikator (2/2017) bezeichneten 44,6 % der Klinik-Geschäftsführer die wirtschaftliche Situation als schlecht, 14,9 % sehen sich in einer guten wirtschaftlichen Lage. Über die Hälfte der Kliniken erwartete für das Jahr 2017 ein negatives Betriebsergebnis. Eine Ursache hierfür ist die mangelnde Berücksichtigung des überdurchschnittlichen Lohnniveaus Baden-Württembergs in den Krankenhauserlösen. Aufgrund der höheren Löhne im Land, liegen die Kosten pro Patient nahezu 100 Euro über dem Bundesdurchschnitt, wohingegen die Erlöse unter dem Bundesdurchschnitt liegen.¹

Zumal eine Erlössteigerung allein durch den Ausbau der erbrachten Leistungen spätestens seit Einführung des Mehrmengenabschlags, der im letzten Jahr durch den Fixkostendegressionsabschlag ersetzt wurde, immer schwieriger wird.

Im September 2014 trat die Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfVV) in Kraft, die sich zum Ziel gesetzt hatte, Abrechnungstreitigkeiten zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Laut DKI Krankenhaus Barometer 2017 gaben 77,9 % der deutschen Krankenhäuser an, dass der Anteil der geprüften Fälle seither noch gestiegen sei, lediglich 3,6 % berichten von einem Rückgang der Prüfquote. Dabei gaben 82 % der Krankenhäuser an, dass es durch die MDK-Prüfungen zu einem Erlösverlust kam, der im Durchschnitt bei 523 Euro pro Fall lag.²

Zu der oft schwierigen wirtschaftlichen Situation kommt ein kontinuierlich wachsender Investitionsstau, da die Bundesländer ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser schon seit Jahren nicht mehr im entsprechenden Umfang nachkommen können. Die Hebung von Potenzialen durch eine verstärkte Digitalisierung ist aufgrund begrenzter Investitionsmittel ebenfalls nicht im erforderlichen Umfang möglich, obwohl gerade hierdurch Produktivitätseffekte zu erwarten wären.

Die politische Selektion über finanzielle Restriktion spiegelt sich auch in der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland wider. Im Jahr 2006 gab es laut dem Statistischen Bundesamt in Deutschland noch 2.104 Krankenhäuser, im Jahr 2016 waren es noch 1.951 (2015: 1.956).

¹ BWKG Pressemitteilung vom 28.12.2017

² DKI Krankenhaus Barometer 2017

Die Zahl der Krankenhausbetten belief sich 2006 auf 510.767 in 2016 auf 498.718 (2015: 499.351). Somit hat sich der Trend des Bettenabbaus und der Krankenhausschließungen in Deutschland fortgesetzt. Dahingegen sind die Fallzahlen seit 2006 um 16 % auf 19,5 Millionen Fälle in 2016 (2015: 19.2 Mio. Fälle) gestiegen.

Für den Anstieg der Vergütung der Krankenhausleistungen ist der Orientierungswert maßgeblich. Er dient zur Kompensation steigender Kosten, insbesondere der Personal- und Sachkosten. Am 29. September 2017 wurde vom Statistischen Bundesamt der Orientierungswert für Krankenhäuser bekanntgegeben. Mit 2,11 % liegt dieser abermals unterhalb der Veränderungsrate, wodurch die Veränderungsrate mit 2,97 % für das Jahr 2018 zum Tragen kommt. Aber auch mit 2,97 % werden die tatsächlichen Kostensteigerungen in den Krankenhäusern wieder einmal nicht vollständig abgedeckt werden können.

Besondere Herausforderungen ergeben sich neben der chronischen Unterfinanzierung der Kliniken insbesondere in der Rekrutierung von qualifizierten Fachkräften aller Berufsgruppen. Während der Fachkräftemangel in den letzten Jahren insbesondere im Ärztlichen Dienst und beim pflegerischen Fachpersonal (OP-, Anästhesie-, Intensiv-, Onkologie-Fachpflege, Hebammen) spürbar war, so erreicht dieser zwischenzeitlich den Pflegedienst in der Breite und äußert sich auch vermehrt als Innovationsbremse in qualifizierten Bereichen der Administration und Technik (Informationstechnologie, Medizintechnik). Die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen medizinischen und pflegerischen Angeboten in der Fläche wird jedoch nur gelingen, wenn die Branche als Gesamtheit und die einzelnen Kliniken im regionalen Arbeitsmarkt attraktiv bleiben.

2. Geschäftsverlauf Leistungsentwicklung

Die Leistungsentwicklung gestaltet sich auch im vergangenen Jahr weiterhin positiv. Im Geschäftsjahr 2017 wurden im Klinikum insgesamt 21.689 DRG-Fälle behandelt (alle Angaben jeweils inklusive Überlieger). Die Fallzahl ist gegenüber dem Vorjahr somit um 3,7 % bzw. um 770 DRG-Fälle gestiegen.

Mit den Krankenkassen wurden für das Jahr 2017 21.500 Relativgewichte und 21.029 DRG-Fälle vereinbart. Im Geschäftsjahr 2017 wurden 22.156 Relativgewichte erzielt, somit wurde die Vereinbarung um 656 Relativgewichte übertroffen.

Die durchschnittliche Verweildauer im Klinikum Heidenheim lag in 2017 bei 6,66 Tagen. Die durchschnittliche Fallschwere (Case-Mix-Index) lag bei 1,022 (inkl. Überlieger). Der Landesbasisfallwert belief sich auf 3.350,01 EUR (Vorjahr: 3.272,21 EUR).

Im Psychriatriebereich wurde im Dezember 2016 ein Vertrag über ein Modellprojekt nach § 64 b SGB V abgeschlossen.

Die Versorgung der Psychriatriepatienten im Rahmen des Modellprojekts und die dazugehörige Abrechnung begannen zum 1. Januar 2017; der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2023. Dadurch konnte im Psychriatriebereich mit einem gesicherten gleichbleibenden Budget und jährlicher Erhöhung um die jeweils gültige Steigerungsrate eine Planungssicherheit für die kommenden Jahre erreicht werden.

Insgesamt wurden in 2017 in der Psychriatrie 1.379 Patienten behandelt. Davon wurden 74 Patienten im Home-Treatment behandelt, was einen wesentlichen inhaltlichen Bestandteil des Modellprojekts ausmacht.

In der Geriatriischen Reha-Klinik in Gien- gen ist die Belegung 2017 gegenüber dem Vorjahr von 90,3 % auf 91,93 % leicht gestiegen und zeugt von einer weiterhin hohen Akzeptanz des Versorgungsangebots.

Die Entwicklung im ambulanten Bereich zeigt im Vergleich zum Vorjahr eine leicht rückläufige Entwicklung. Insgesamt wurden 29.564 ambulante Fälle versorgt (2016: 31.255).

Bauliche Entwicklung

Seit dem im Jahr 2009 das umfangreiche Bau- und Sanierungskonzept am Klinikum Heidenheim startete, wurden zum Ende 2012 der 1. Bauabschnitt vollendet und das Bettenhaus C in Betrieb genommen, zum anderen wurden zwischenzeitlich die Bettenhäuser A und B im notwendigen Umfang saniert.

Der Förderantrag für den 2. Bauabschnitt wurde bereits im Mai 2012 beim Sozialministerium gestellt. Eine Einigung erfolgte im Herbst 2015. Mit Bescheid vom 11. August 2016 erfolgte eine Förderzusage des Landes Baden-Württemberg in Höhe von 35,4 Mio. EUR. Im Juli 2016 wurde der endgültige Baubeschluss für den Neubau des Hauses B1 gefasst. Gestartet wurde nach umfangreichen Vorarbeiten im September 2017 mit dem Abriss des Erweiterungsbaus, um Baufreiheit zu schaffen.

Zum Abschluss kamen die Errichtung des neuen Endoskopiezentrums sowie die Erneuerung der Räumlichkeiten der gynäkologischen Ambulanz.

Der Bau des GMP-Labors für die Apotheke steht unmittelbar vor dem Abschluss.

Bis zum Jahreswechsel 2020/2021 wird der Neubau des Hauses B1 mit dem OP-Bereich, die Radiologie, die Apotheke, die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung und drei Pflegestationen in Betrieb genommen.

Einer möglichst zügigen baulichen Fertigstellung des umfangreichen Bau- und Sanierungskonzeptes kommt eine besondere Bedeutung zu.

Zeitgemäße und am Patientennutzen orientierte optimierte Ablaufprozesse sind nur über eine an einem Betriebsorganisationskonzept ausgerichtete moderne Klinikinfrastruktur möglich. Auch lassen sich dadurch die Patientenzufriedenheit und die ökonomisch erforderlichen Verbesserungspotenziale in der Mitarbeiterproduktivität erst heben. Im Sommer 2017 wurde daher eine umfassende bauliche Zielplanung / Masterplanung initiiert. Die Masterplanung verfolgt im Kern die abschließende bauliche Umsetzung einer patientenorientierten Krankenhausorganisation in einem 3. Bauabschnitt. Dieser letzte Bauabschnitt soll den Klinikneubau zum Abschluss bringen, indem unter Prozessgesichtspunkten die hochfrequentierten Patientenversorgungs- und -interventionsbereiche räumlich konzentriert zusammengefasst werden. Das Sozialministerium befürwortet die Bestrebungen, den Bau- und Sanierungsprozess möglichst zügig zu realisieren. Zielsetzung ist, mit Fertigstellung des Hauses B1, mit dem Bau des abschließenden Bauabschnitt 3 zu beginnen.

3. Lage: Darstellung, Analyse, Beurteilung a) Ertragslage

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH hat im Geschäftsjahr betriebliche Erträge in Höhe von 104.811.000 Euro erzielt. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Steigerung um 8.092.000 Euro, bzw. 8,4 %.

Der Hauptgrund für die signifikante Verbesserung der Betriebsleistung ist die Leistungssteigerung im stationären Bereich. Gegenüber dem Vorjahr sind die Krankenhauserlöse um 5.976.000 Euro (7,2 %) gestiegen.

Mit den Kostenträgern konnte im DRG-Bereich für das Jahr 2017 ein Budget von 73.885.000 Euro vereinbart werden, das zum 1. Dezember 2017 vom Regierungspräsidium genehmigt wurde. Damit verbunden sind vereinbarte Mehrmengen in Höhe von 650 Relativgewichten. Tatsächlich wurden 1.306 Relativgewichte erbracht, wodurch 656 Relativgewichte dem Mehrerlösausgleich zum Opfer fallen. Zudem gelang es dem Klinikum, den Fixkostendegressionsabschlag im Rahmen der Budget- und Entgeltverhandlung auf 20 % zu vereinbaren, die Prognose lag hingegen bei 42,5 %, was am Ende die Erlöse um rund 500.000 Euro verbesserte.

Im Psychriatriebereich wurde im Rahmen des Modellprojekts ein Gesamtbudget von 8.607.000 Euro vereinbart, welches leistungsseitig um 1.071.000 Euro unterschritten wurde und somit zu 100 % ausgeglichen wird.

Korrespondierend zu den Mehrleistungen im stationären Bereich konnten auch die Erlöse aus Wahlleistungen um 184.000 Euro, bzw. 8,9 % gesteigert werden.

Die Erlöse aus der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen sind ebenfalls leicht gestiegen, was vor allem der Steigerung der Pflegesätze und der besseren Auslastung zuzuschreiben ist. Insgesamt wurde die Rehaklinik jedoch abermals mit einem Verlust in Höhe von 155.000 Euro abgeschlossen. Der Verlust ist hauptsächlich auf die gestiegenen Personalkosten zurückzuführen, die in 2017 um 7 % auf 1.785.000 Euro angewachsen sind.

Die Umsatzerlöse nach § 277 HGB konnten um 10,2 % auf 6.826.000 Euro gesteigert werden. Ursächlich hierfür sind vor allem externe Erträge der Apotheke.

Die Zuschüsse der öffentlichen Hand haben sich um den für das Jahr 2017 vom Gesellschafter bereitgestellten Innovationsfonds erhöht.

Der Personalaufwand hat sich in 2017 als größter Aufwandsposten einschließlich der Veränderung für Altersteilzeitrückstellung und sonstigen Personalarückstellungen um 3,8 % von 71,8 Mio. Euro auf 74,5 Mio. Euro erhöht.

Neben den im Jahre 2017 erfolgten Tarifierhöhungen im TVöD um 2,35 %, der Ausbildungsvergütungen um 30 Euro jeweils ab 1. Februar 2017 sowie der Erhöhung der Entgelte im TV-Ärzte-VKA um 2,0 % ab 1. September 2017 führten verschiedene andere Faktoren zu einer Erhöhung dieses Aufwandsposten. Im Ärztlichen Dienst wirkte sich zusätzlich zur tariflichen Anpassung des Berichtsjahres auch die im Vorjahr unterjährige tarifliche Erhöhung (2,3 % ab 1. September 2016) in vollem Maße aus.

In den anderen Dienstarten führte die Umsetzung der neuen Entgeltordnung des TVöD zu einer signifikanten Erhöhung des Personalaufwands. In einzelnen Berufen konnte mittels der Entgeltordnung eine Steigerung der Vergütungshöhe um mehr als 4 % verzeichnet werden. Die Tarifvertragsparteien räumten den Beschäftigten die Möglichkeit ein, bis zum 31. Dezember 2017 einen Antrag auf eine höhere Entgeltgruppe zu stellen. 97 % aller eingegangenen Anträge konnten noch im Jahre 2017 bearbeitet und umgesetzt werden. Aufgrund des medizinischen Leistungsangebotes der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH mit einer Vielzahl von Spezialbereichen konnte ein hoher Anteil von Pflegekräften von der neuen Entgeltordnung profitieren. Angesichts des unter der Branchenentwicklung skizzierten Fachkräftemangels sieht die Geschäftsleitung die Auswirkungen der neuen Entgeltordnung mit gemischten Gefühlen. Einerseits stärkt die Vergütungssteigerung die Attraktivität der Berufsbilder auch im Wettbewerb um junge Nachwuchskräfte und im Wettbewerb zu anderen Branchen, andererseits bleibt die Refinanzierung dieser zusätzlichen Kosten offen und erhöht damit den Rationalisie-

rungsdruck der deutschen und insbesondere der baden-württembergischen Krankenhäuser.

Weitere Effekte waren - neben der jährlichen Neufestsetzung der Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung - die Erhöhung des Sanierungsgeldes, welches von der Zusatzversorgungskasse erhoben wird, von 1,7 % auf 1,8 % ab 1. Juli 2017 sowie die Umsetzung der höchstrichterlichen Entscheidung zur Berücksichtigung von Einsätzen im Rufbereitschaftsdienst bei der Entgeltfortzahlung. Nicht zuletzt wurden in mehreren Bereichen die Arbeitszeitmodelle an veränderte Bedarfssituationen angepasst (Umstellung Bereitschaftsdienst auf 3-Schicht-Modelle oder Ersatz der Rufbereitschaft durch Präsenzdienste, Ausweitung der Servicezeiten in der Zentralen Notaufnahme usw.) und bewirkten weitere Personalkostensteigerungen.

Die Personalanpassungen im Rahmen des Sanierungskonzepts, unter Anwendung des Steuerungsprinzips der leistungsorientierten Personalplanung und unter Berücksichtigung von Produktivitätskennzahlen, konnten aufgrund der im ersten Halbjahr 2017 laufenden Analysephase und der Verabschiedung des Sanierungskonzeptes im Sommer 2017 erst mit zeitlicher Verzögerung umgesetzt werden, so dass die Maßnahmen noch nicht in vollem Umfang im Berichtsjahr wirksam werden konnten. Die Neubewertung der Rückstellungen für Urlaub (Berechnungsmethodik) und Mehrarbeit (Aufbau von Arbeitszeitguthaben durch Langzeiterkrankung und Rechtsprechung zur Feiertagsreglung an Samstagen) führte ebenfalls zu einer Erhöhung der Personalkosten.

Erträge				
	2017	2016	Veränderungen	
	TEUR	TEUR	TEUR	%
Erlöse aus Krankenhausleistungen	88.692	82.716	5.976	7,2
Erlöse aus Wahlleistungen	2.247	2.063	184	8,9
Erlöse aus ambulanten Leistungen	1.591	1.865	-274	-14,7
Nutzungsentgelte der Ärzte	1.032	1.004	28	2,8
Erlöse aus Reha Giengen	2.008	1.930	78	4,0
Umsatzerlöse nach § 277 HGB	6.826	6.197	629	10,2
Bestandsveränderungen	126	-187	313	-167,4
Andere aktivierte Eigenleistungen	86	22	64	290,9
Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand	1.275	493	782	158,6
Sonstige betriebliche Erträge	928	616	312	50,6
Betriebliche Erträge	104.811	96.719	8.092	8,4
Personalaufwand	74.534	71.803	2.731	3,8
Materialaufwand	18.601	18.347	254	1,4
Abschreibungen auf nicht gefördertes Anlagevermögen	1.853	1.695	158	9,3
Zuführung Zuschüsse öff. Hand	850	0	850	100,0
Andere Sachaufwendungen	12.276	7.406	4.870	65,8
Betriebsaufwand	108.114	99.251	8.863	8,9
Betriebsergebnis	-3.303	-2.532	-771	30,5
Finanzergebnis	-406	-558	152	-27,2
Neutrales Ergebnis	-3.132	174	-3.306	-
Steuern	-343	-10	-333	-
Jahresergebnis	-7.184	-2.926	-4.258	145,5

Beim Materialaufwand sind die Ausgaben gegenüber dem Vorjahr um 254.000 Euro auf 18.601.000 Euro gestiegen. Vor allem durch die gestiegenen Leistungszahlen im stationären und ambulanten Bereich sind die Ausgaben beim medizinischen Bedarf angewachsen.

Die sonstigen Sachaufwendungen haben sich um 65,8 % auf 12.276.000 Euro erhöht. Hierin finden sich zum einen die gestiegenen Beratungskosten aufgrund des abgeschlossenen Geschäftsbesorungsvertrags mit der Oberender AG. Zum anderen wurde in 2017 begonnen, den angefallenen Instandhaltungsstau sukzessive abzubauen, wodurch es in dem Bereich zu Mehraufwendungen in Höhe von über 2.000.000 Euro kam.

Durch die erzielten Mehrleistungen im DRG-Bereich, die die Budgetvereinbarung vom Geschäftsjahr 2017 übertreffen, müssen 65 % als Mehrerlösausgleich an die Kostenträger zurückgezahlt werden. In Summe sind dies 1.550.000 Euro, welche sich ebenfalls in den sonstigen Sachaufwendungen wiederfinden.

Angesichts einer aktuellen Rechtsprechung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz mit Folge der Verweigerung eines Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses für eine neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ist unter Risikogesichtspunkten ein Präzedenzfall mit bundesweiter Ausstrahlung zu erwarten. Unter dem Gebot kaufmännischer Vorsicht ist für den Worst-Case einer rückwirkenden Rückerstattungspflicht für diese neurologischen Behandlungskonstellationen vorsorglich eine Risikorückstellung in Höhe von 1.515.000 Euro gebildet, die das Ergebnis zusätzlich aufwandsseitig belastet. Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt abzuwarten. Die Bewertung der Risikorückstellung spiegelt nicht die Rechtsauffassung der Geschäftsleitung oder der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg BWKG wider, erfordert aber aufgrund des bilanzrechtlichen Imparitätsprinzips eine vorsorgliche Berücksichtigung des Sachverhalts im Jahresergebnis.

Trotz der deutlichen Verbesserung der Betriebsleistung insbesondere durch die Leistungssteigerung im stationären Bereich ist es infolge der signifikanten Personalaufwandssteigerungen, des Abbaus des Investitions- und Instandhaltungsstaus sowie durch Risikorückstellungen nicht gelungen, ein ausgeglichenes Ergebnis zu erzielen. Das Geschäftsjahr musste mit einem Verlust von 7.184.000 Euro (Vorjahr -2.926.000 Euro) abgeschlossen werden und liegt damit weitestgehend auf dem Niveau der unterjährigen Ergebnishochrechnungen. Der im Wirtschaftsplan für 2017 geplante Jahresfehlbetrag in Höhe von 4.800.000 Euro wurde dabei – insbesondere aufgrund der oben genannten Effekte – um 2.384.000 Euro überschritten.

Das EBITDA (Ergebnis vor eigenfinanzierten Abschreibungen, Zinsen und Steuern) hat sich von -663.000 Euro im Vorjahr auf -4.582.000 Euro verschlechtert.

b) Finanzlage

Zwischen der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, dem Landratsamt Heidenheim sowie dem Kreisabfallwirtschaftsbetrieb Heidenheim wurde in 2017 ein Cash-Pool eingerichtet. Die Liquidität der Klinikgesellschaft war 2017 durch die Teilnahme am Cash-Pool fortlaufend gesichert.

Im Geschäftsjahr 2017 wurden keine neuen langfristigen Bankdarlehen aufgenommen.

Über die Liquiditätssituation und die finanzielle Entwicklung gibt die folgende Kapitalflussrechnung Aufschluss:

Aus der laufenden Geschäftstätigkeit ergab sich in 2017 ein positiver Cash Flow von 1.968.000 Euro. Der negative Cash Flow aus der Investitionstätigkeit in Höhe von 6.014.000 Euro wurde im Wesentlichen durch den Cash Flow aus der laufenden Geschäftstätigkeit und durch den Abruf von Fördermitteln ausgeglichen.

Der Kassenbestand sowie die Guthaben bei den Kreditinstituten lagen zum Bilanzstichtag bei 1.603.000 Euro. Die Möglichkeit der kurzfristigen Aufnahme von Kassenkrediten beim Gesellschafter war zudem im Berichtsjahr nach wie vor gegeben.

c) Vermögenslage

Das Anlagevermögen ist im Vergleich zu 2017 um 326.000 Euro (0,43 %) gesunken. Zum Jahresende werden unter den Anlagen im Bau insgesamt 7.701.000 Euro ausgewiesen. Diese betreffen in Höhe von 6.690.000 Euro bereits entstandene Kosten für den zweiten Bauabschnitt und weitere 69.000 Euro für den dritten Bauabschnitt. Außerdem enthalten 504.000 Euro gegebenenfalls noch zu erwartende Kosten aus dem Neubau des Hauses C.

Das Umlaufvermögen erhöhte sich von 51.613.000 Euro auf 52.300.000 Euro.

Der Bestand der unfertigen Erzeugnisse, d.h. für Überlieger-Patienten, die über den Bilanzstichtag im Krankenhaus aufgenommen sind, hat sich um 126.000 Euro erhöht.

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen liegen um 2.119.000 Euro über dem Vorjahreswert.

Auf der Passivseite der Bilanz wurde der Jahresfehlbetrag des Vorjahres gegen die Kapitalrücklagen in voller Höhe aufgelöst (2.926.000 Euro).

Das Eigenkapital verringerte sich um 7.184.000 Euro auf 4.366.000 Euro. Dies macht abermals deutlich, dass die finanzielle Unterstützung des Landkreises für das Klinikum überlebenswichtig ist. Ohne die für 2018 geplante Stärkung des Eigenkapitals, wären die Rücklagen der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH bereits im Jahr 2019 aufgezehrt.

Unter den Rückstellungen spiegelt sich vor allem die Erhöhung der Personalarückstellungen wider. So hat sich die Mehrarbeitszeitrückstellung um 580.000 Euro erhöht. Die Altersteilzeitrückstellungen ist aufgrund zahlreicher neuer abgeschlossener Altersteilzeitverträge in 2017 um 218.000 Euro angestiegen. Ebenso musste für die TVÖD-Leistungszulage eine Rückstellung in Höhe von 797.000 Euro gebildet werden, da der Anteil für 2017 erst im März 2018 ausgezahlt wurde. Angesichts der aktuellen Rechtsprechung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz für neurologische Komplexbehandlung wird vorsorglich eine Rückstellung in Höhe von 1.515.000 Euro gebildet.

Die Steuerrückstellungen haben sich auf 378.000 Euro erhöht. Diese Rückstellung resultiert aus einer Betriebsprüfung des Finanzamtes. Das endgültige Ergebnis der Prüfung wird im Jahr 2018 erwartet.

4. Finanzielle und nichtfinanzielle Leistungsindikatoren

In der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH sind Kennzahlen wie Relativgewichte, Case-Mix-Index, Fallzahlen, Verweildauer, Bettenauslastung, Personalaufwandsquote, Produktivität je Vollkraft sowie die Liquiditätsentwicklung angelehnt an das Kerngeschäft der Klinikgesellschaft die wichtigsten messbaren Indikatoren zur Überwachung der strategischen und operativen Ziele.

Die genannten Kennzahlen entwickelten sich im Berichtsjahr wie folgt:

Finanzlage	
	2017
	TEUR
Periodenergebnis	-7.184
Abschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens	6.326
Zunahme (+) / Abnahme (-) der langfristigen Rückstellungen	3.965
Cash Flow im engeren Sinne	3.107
Zunahme (+) / Abnahme (-) des Sonderposten	261
Gewinn (-) / Verlust (+) aus Anlageabgängen	14
Veränderung der Vorräte, der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Aktiva	-997
Veränderung der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Passiva	4.094
Veränderung aufgrund Fördermittelzufluss	-4.831
Zinserträge (-) / Zinsaufwendungen (-)	406
Aufzinsung Rückstellungen	-86
Cash Flow aus der laufenden Geschäftstätigkeit	1.968
Auszahlungen für Investitionen	-6.014
Cash Flow aus Investitionstätigkeit	-6.014
Einzahlungen aus Fördermitteln	4.831
Auszahlung aus der Tilgung von Darlehen	-770
Gezahlte Zinsen	-320
Cash Flow aus der Finanzierungstätigkeit	3.741
Zahlungswirksame Veränderung der Finanzmittel	-305
Finanzmittel am Anfang der Periode	1.908
Finanzmittel am Ende der Periode = Liquide Mittel	1.603

Die Leistungsfähigkeit der Klinikgesellschaft zeigt sich allerdings nicht nur in finanziellen Leistungsindikatoren. Vielmehr nimmt die Klinikgesellschaft eine wichtige Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge wahr und ist als einer der größten Arbeitgeber der Region eine wichtige Säule des regionalen Arbeits- und Ausbildungsmarkts (ca. 8 % Ausbildungsquote) und erwirtschaftet einen nicht unerheblichen Teil der regionalen Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen. Allein durch den gesellschaftlichen Versorgungsauftrag der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auf höchstem medizinischen Niveau im stationären und ambulanten Bereich liegt es im Interesse der Klinikgesellschaft und des kommunalen Gesellschafters durch kontinuierliche Weiterentwicklung der Fach- und Sozialkompetenz die Mitarbeiter im Sinne der Bedürfnisse der Patienten zu fördern und zu fordern.

In Mitarbeitergesprächen werden die Potentiale, Stärken und Schwächen der Mitarbeiter ermittelt. So können die Stärken gezielt mit Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten ausgebaut werden. Zudem werden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) verschiedene Kurse und Seminare im Bereich Fitness, Stressbewältigung und Ernährung angeboten. Das systematische betriebliche Eingliederungsmanagement unterstützt bei körperlichen Einschränkungen oder berufsbedingten Erkrankungen durch ein umfangreiches Maßnahmenbündel (Umschulung, Umsetzung, technische Hilfsmittel und organisatorische Maßnahmen, BGM, primäre und sekundäre Suchtprävention) die lang-

fristige Beschäftigungssicherung und den Erhalt der organisationalen Wissensbasis.

Durch die Einführung des CIRS (Critical Incident Reporting System) Meldesystems, durch welches von Mitarbeitern anonym Schäden und beinahe Schäden gemeldet werden können, wird im Klinikum eine offene Fehlerkultur gelebt, durch deren Bearbeitung und zukünftiger Vermeidung die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden kann.

Im Rahmen des innerbetrieblichen Vorschlagswesens wird Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben, eigene Verbesserungsvorschläge zur Optimierung der Prozesse und Kosten einzureichen. Somit profitiert die Klinikgesellschaft vielfach von den Ideen der eigenen Mitarbeiter, welche dann im Gegenzug prämiert werden.

III. Prognose-, Chancen- und Risikobericht

1. Prognosebericht

Die Ertragslage der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH muss nach wie vor als angespannt bezeichnet werden. Ziel der Gesellschaft ist, wieder die wirtschaftliche Stabilisierung zu erreichen und zu positiven Jahresergebnissen zurückzukehren.

Die Sicherstellung nachhaltig existenzsichernder Ergebnisse wird in der Mittelfristperspektive maßgeblich vom Erreichen der Leistungsziele und von einem konsequenten Kostenmanagement abhängen.

Indikatoren				
	2017	2016	Veränderungen	
				%
Case-Mix mit Überlieger	22.156	21.068	1.088	5,2
Case-Mix-Index	1,02	1,01	0	1,0
Fallzahlen voll- und teilstationär DRG-Bereich incl. Überlieger	21.689	20.939	750	3,6
Fallzahlen voll- und teilstationär PEPP-Bereich	1.252	1.416	-164	-11,6
Fallzahlen Geriatrie	447	446	1	0,2
Ambulante Fallzahlen	29.564	31.255	-1.691	-5,4
Verweildauer DRG-Bereich	5,4	5,5	-0,1	-1,8
Verweildauer PEPP-Bereich	21,75	21,58	0	0,8
Verweildauer Geriatrie	22,52	22,11	0	1,9
Auslastung Klinikum	74 %	78 %	0	-5,1
Auslastung Geriatrie	92 %	90 %	0	2,1
Kostenbereich				
Materialaufwandsquote	18 %	19 %	0	-5,3
Personalaufwandsquote	72 %	74 %	0	-2,7

Bereits im Jahr 2016 wurde ein umfangreicher Strategieprozess durch die Geschäftsleitung und unter Beteiligung der zweiten Führungsebene (Chefärzte, Bereichsleitungen, Pflegedienstleitungen) initiiert. Ergänzt durch eine umfassende Markt- und Wettbewerbsanalyse durch die EconoMedic AG im Januar 2017 wurde auf dieser Grundlage das Sanierungskonzept »Fit für 2020« mit zunächst 61 Maßnahmen erarbeitet. Dabei konnten über 50 Prozent der Maßnahmen betriebswirtschaftlich bewertet werden. Der Aufsichtsrat hat das Sanierungskonzept in 2017 verabschiedet. Das Maßnahmenpaket wird kontinuierlich ergänzt und an aktuelle Entwicklungen angepasst. Auf der Leistungsseite des Klinikums wird aufgrund der geplanten Steigerung um 730 Relativgewichte gegenüber den bereits in 2017 erbrachten Relativgewichten mit entsprechenden Mehreinnahmen gerechnet. In den ersten beiden Monaten des Jahres 2018 entwickeln sich die Leistungen bereits positiv. Der Leistungsentwicklung stehen in 2018 nach wie vor die Absenkungseffekte des Fixkostendegressionsabschlags gegenüber. Damit wird auf zusätzlich erbrachte Leistungen ein dreijähriger Abschlag erhoben. Es ist gesichert davon auszugehen, dass Erlöszuwächse aufgrund von Leistungssteigerungen durch den Fixkostendegressionsabschlag in Teilen wieder aufgezehrt werden.

Betriebsdatenvergleiche weisen eine unzureichende Personalproduktivität mit vergleichbaren Krankenhäusern aus. Das in 2017 verabschiedete Sanierungskonzept sieht im Kern eine an der Leistungsentwicklung orientierte produktivitätsorientierte Personalanpassung vor, in dem die Personalkostenquote bei einer Leistungssteigerung oberhalb des allgemeinen Demografie-Wachstums, durch Abbau von 45 Vollzeitstellen über alle Dienstarten unter Nutzung der natürlichen Fluktuation auf ein annähernd marktübliches Niveau von 70 % abgesenkt werden soll. Hierbei ist die relativ hohe Eigenfertigungstiefe der Klinikgesellschaft in den Tertiärdienstleistungen ein relevanter Hebel.

In 2017 konnte die geplante Personalreduzierung aufgrund der erfolgten Leistungsausweitungen in einzelnen Fachgebieten, gestiegenen gesetzlichen Anforderungen in der Hygiene, Datenschutz, IT und der gegebenen Arbeitsrealität nicht in vollem Planumfang umgesetzt werden. Auch kommen in der Stellenplanung für 2018 diese gegenläufigen Entwicklungen angesichts des wachsenden Zuspruchs bei der Bevölkerung und der damit einhergehenden Steigerung der Fallzahlen bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel zum Tragen, sodass eine weitere Stellenreduktion wie ursprünglich im Sanierungskonzept vorgesehen, nicht vollumfänglich angesetzt werden kann. Infolge des nach wie vor signifikanten Bedarfs an Nachholinvestitionen für den Abbau des aufgelaufenen Investitions- und Instandhaltungsstaus sind auch für das Jahr 2018 überdurchschnittliche Investitions- und Instandhaltungsaufwendungen zu tätigen, die die Ergebnislage maßgeblich prägen werden. Insgesamt wird

für 2018 mit einem Jahresfehlbetrag in Höhe von 3.780.000 Euro gerechnet. Die gegenüber dem Vorjahr zu erwartende Verbesserung des Jahresergebnisses ist insbesondere in der Leistungssteigerung, in der Produktivitätssteigerung und in den Finanzhilfen des Landkreises begründet. In der Liquiditätsplanung wird davon ausgegangen, dass die bereits in Vorjahren über den Gesellschafter gewährten Kassenkredite über die in 2018 bestehende Fälligkeit hinaus verlängert werden. Die anstehenden Investitionen für den 2. Bauabschnitt sollen in 2018 aus dem Baukostenzuschuss des Trägers und aus dem Abruf von Einzelfördermitteln finanziert werden.

2. Risikobericht

Das Risikomanagementsystem der Klinikgesellschaft wird in 2018 weiter ausgebaut. Finanzwirtschaftliche Risiken werden mit Hilfe von Liquiditätsplänen, Monats- und Quartalsberichten analysiert. Der Aufsichtsrat wird regelmäßig über die aktuelle Entwicklung der Klinikgesellschaft informiert.

Personalbereich

In den Stellenbesetzungsverfahren des vergangenen Jahres hat sich gezeigt, dass die Rekrutierung von Fachkräften in den Gesundheits- und Heilberufen, aber auch in technischen und kaufmännischen Spezialbereichen eine wachsende Herausforderung darstellt. Durch eigene Ausbildung kann der begrenzten Verfügbarkeit auf dem freien Arbeitsmarkt teilweise begegnet werden. Dennoch zeigt sich die Mangelsituation insbesondere in den Spezialisierungen immer deutlicher. Dieser Trend dürfte sich in den nächsten Jahren nicht zuletzt durch den demographischen Wandel eher noch verstärken. Die Anziehung, Ausbildung, Bindung und Entwicklung von qualifizierten Mitarbeitern bleibt auch in den nächsten Jahren eine zentrale und erfolgskritische Aufgabe. Auch im Jahr 2018 wird die Klinikgesellschaft gut beraten sein, sich in jeglicher Hinsicht als attraktiver moderner Arbeitgeber in der Öffentlichkeit zu präsentieren und die Spitzenposition in der Nachwuchsförderung abzusichern. Neben dem Angebot einer qualitativ hochwertigen Aus- und Weiterbildung im ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Bereich werden sich insbesondere Arbeitsinhalte und -prozesse, Arbeitszeit- und Karrieremodelle etc. langfristig an den Erwartungen der jüngeren Generationen ausrichten müssen.

Im kommenden Jahr werden die anstehenden Tarifverhandlungen zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und den Gewerkschaften abzuwarten sein. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Tarifabschlüsse über den Zuwächsen beim Landesbasisfallwert lagen und somit den Leidensdruck der Kliniken zunehmend erhöht haben. Aufgrund des Fachkräftemangels ist auch in der aktuellen Tarifrunde mit einem für die Mitarbeiter guten und für die Kliniken schwierigen Tarifabschluss zu rechnen. Die Forderung der Gewerkschaft liegt mit 6 % und einem Sockelbetrag deutlich über den Rationalisierungspotenzialen.

Infrastruktur und Technik

Im Rahmen des Bau- und Sanierungskonzepts erfolgte in 2017 der Abriss des Erweiterungsbaus und im Anschluss der Baubeginn des Bettenhauses B1.

Mangels ausreichender Investitionen in den zurückliegenden Jahren ist außerdem ein schlechender Substanzverzehr festzustellen. Da in der Vergangenheit die tatsächlich durchgeführten Investitionen und Instandhaltungsmaßnahmen unterhalb des tatsächlichen Bedarfs lagen, hat sich inzwischen ein signifikanter Investitions- und Instandhaltungsstau aufgebaut, der in 2017 begonnen wurde, abzubauen. Auch für das Geschäftsjahr 2018 wurden zahlreiche Investitions- und Instandhaltungsmaßnahmen geplant. Nicht alle notwendigen Investitionen werden durch Fördermittel des Landes finanziert; das Klinikum ist daher gezwungen, einen Teil der Investitionen aus Eigenmitteln aufzubringen.

Um die Unternehmenssubstanz und die Wettbewerbsfähigkeit erhalten zu können, sind daher in den Folgejahren erhebliche (Nachhol-) Investitionstätigkeiten in Infrastruktur und Betriebstechnik zu tätigen. Dies wiederum beeinträchtigt kurz- bis mittelfristig erheblich aber unvermeidbar die Wirtschaftlichkeit.

Für die Erbringung einer guten Medizin ist neben dem Personal auch die Kapitalkraft ein wichtiger Faktor. Ohne regelmäßige Investitionen in das Gebäude, die Infrastruktur, moderne Medizintechnik und Großgeräte kann die medizinische Qualität nicht dauerhaft auf hohem Niveau gehalten werden. Die Sicherstellung einer angemessenen und wettbewerbsfähigen Infrastruktur und Medizintechnik stellt daher in der Mittelfristperspektive eine signifikante Herausforderung dar.

Finanzierung und Liquidität

In 2017 erfolgte im Rahmen des Bau- und Sanierungskonzepts ein Wechsel des Projektsteuerungsbüros. Nach einer entsprechenden Korrektur der bis dato kalkulierten Baukosten für den 2. Bauabschnitt wurde durch den neuen Projektsteuerer festgestellt, dass die Baukosten nicht wie bisher angenommen bei rd. 61 Mio. Euro, sondern bei 76 Mio. Euro liegen werden. Es wurde festgestellt, dass seitens des vorherigen Projektsteuerers bereits zum Zeitpunkt der Einreichung des Förderantrags mit zu niedrigen Ansätzen bei den Baunebenkosten und dem Baupreisindex kalkuliert und bis zur Erteilung des Förderbescheids keine Nachkorrektur erfolgte. Die dadurch entstandene Erhöhung des Eigenmittelanteils bei gedeckelter Investitionsfinanzierung seitens des Landes ist durch zusätzliche Finanzierungsmittel sicherzustellen.

Zur Entlastung der Betriebsergebnisse der Klinikgesellschaft bei gleichzeitiger Sicherstellung der Finanzierung des 2. Bauabschnittes und zur Vermeidung einer fortlaufenden Defizitübernahme durch den Träger, wurde ein Programm zur Finanzierungs-

unterstützung (»Heidenheimer Weg«) als integraler Bestandteil des Gesamt-sanierungsprozesses entwickelt. In seiner Sitzung am 18. Dezember 2017 hat der Kreistag der finanziellen Unterstützung der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH zugestimmt. Das Finanzierungsprogramm »Heidenheimer Weg« beinhaltet im Einzelnen folgende Maßnahmen:

■ Eigenkapitalerhöhung

Es ist vorgesehen, einen Eigenkapitalanteil des als Eigenbetrieb geführten Kreisabfallwirtschaftsbetriebs Heidenheim in Höhe von 2 Mio. Euro im Laufe des Jahres 2018 auf die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH zu übertragen.

■ Zins- und Tilgungserstattung (Schuldendiensthilfe)

Zur Reduzierung der Zins- und Tilgungsbelastung der Klinikgesellschaft ist beabsichtigt, den Kapitaldienst der Altdarlehen (11,52 Mio. Euro) in Höhe von rund 700.000 Euro jährlich (absteigend) durch den Träger in gleicher Höhe durch Zuschüsse zu entlasten. Hierüber erfolgt eine Entlastung des Betriebsergebnisses, die Verschuldung verbleibt bei der Klinikgesellschaft und geht nicht auf den Landkreis über.

■ Übernahme Instandhaltungsstau

Zur Auflösung des bereits genannten Instandhaltungsstaus soll ein Teil der Aufwendungen durch den Landkreis beginnend in 2018 über die Dauer von vier Jahren in einer Höhe von jährlich 1,425 Mio. Euro (5,7 Mio. Euro bis 2021) vom Landkreis übernommen werden. Neben einer Liquiditätsverbesserung wird das Betriebsergebnis der Kliniken durch Aufwandsreduktion entlastet.

■ Investitionskostenzuschuss 2. Bauabschnitt

Aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung der laufenden Betriebskosten ist die Klinik-Gesellschaft derzeit nicht in der Lage, die verbleibenden Eigenmittel der Baumaßnahme vollumfänglich selber zu erwirtschaften. Trotz einer für den 2. Bauabschnitt gewährten Förderquote des Landes von ca. 60 % (rund 35,4 Mio. Euro) und eines bereits zugesicherten Baukostenzuschusses des Trägers von 5,0 Mio. EUR verbleibt ein aus Eigenmitteln über Fremdkapital zu finanzierender Restbetrag, der durch die Klinikgesellschaft derzeit nicht allein finanziert werden kann. Es ist beabsichtigt, einen ergänzenden Investitionskostenzuschuss in Höhe von 20,0 Mio. Euro zu gewähren. Dieser Investitionskostenzuschuss soll langfristig und entsprechend des Baufortschritts über Kredite des Landkreises finanziert werden.

Die Kapitalkosten (Zins und Tilgung) verbleiben im Landkreishaushalt, zugleich führt dies zu einer spürbaren Entlastung im Klinikum bei den Abschreibungen auf eigenmittelfinanzierte Investitionen und zu einem Wegfall zusätzlicher Kapitalkosten. Die verbleibenden 14,3 Mio. Euro müssen derzeit vom Klinikum finanziert werden.

Den bestehenden Risiken aus möglichen Forderungsausfällen wird durch ein aktives Forderungsmanagement begegnet. Um eventuellen Ausfallrisiken vorzubeugen, wurden Pauschalwertberichtigungen in angemessener Höhe gebildet. Für Risiken aus MDK-Prüfungen wurden entsprechende Rückstellungen gebildet.

Darüber hinaus wird der Liquiditätsstand täglich überwacht und mit der Teilnahme am Cash-Pool mit dem Landkreis und dem Kreisabfallwirtschaftsbetrieb und den vom Landkreis eingeräumten Rahmen für Kassenkredite weiterhin gesichert.

Weitere relevante Risiken sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Lageberichts nicht bekannt oder sie sind durch die Bildung entsprechender Rückstellungen wirtschaftlich abgesichert.

3. Chancenbericht

Die wesentlichen Chancen für die Klinikgesellschaft bestehen darin, das hohe medizinische Niveau zu halten und das umfassende medizinische Leistungsangebot sowie die zertifizierten medizinischen Zentren weiter zu entwickeln. Die positive Leistungsentwicklung in den letzten Jahren, insbesondere in 2017 sind ein Beleg für die hohe medizinische Qualität und der zentrale Erfolgshebel für eine nachhaltige wirtschaftliche Gesundung.

Ausgehend von der Entwicklung 2017 werden im Wirtschaftsplan 2018 weitere Leistungssteigerungen geplant. Diese Leistungsausweitung soll mit Hilfe personeller und struktureller Maßnahmen realisiert werden. Von zentraler Bedeutung für die medizinische Qualität und Behandlungsattraktivität sind die Gewinnung medizinischer Koryphäen für Chefarztpositionen.

In der Medizinischen Klinik II konnte bereits im Sommer 2017 die Chefarztstelle neu besetzt werden. Seither wird das Leistungsspektrum kontinuierlich ausgebaut. In 2018 ist die Anschaffung eines zweiten Linksherzkathetermessplatzes geplant, um der steigenden Nachfrage in dem Bereich gerecht zu werden.

Auch für die Urologische Klinik konnte zum März 2018 die Chefarztstelle neu besetzt werden. In der urologischen Versorgung ist geplant, mit neuen Verfahren in Diagnostik und Therapie, das Angebot in diesem Leistungsbereich zu erweitern. Neben der Wiederbelebung des kinderurologischen Leistungs-

portfolios soll ein interdisziplinäres Beckenbodenzentrum/Kontinenzzentrum etabliert und die qualitativ hochwertige onkologische Versorgung durch ein Prostatakarzinom und Blasenkarzinomzentrum bestätigt werden.

Mit der Besetzung der Chefarztposition für das Zentrum der Altersmedizin Anfang 2018 soll das bisherige Leistungsangebot der geriatrischen Rehabilitation und des geriatrischen Schwerpunktes um frührehabilitative Versorgungselemente einer Akutgeriatrie erweitert werden. Mittelfristig wird durch die Integration der geriatrischen Rehabilitation am Standort Heidenheim die Hebung weiterer Synergien und Überbrückung der logistischen Herausforderungen angestrebt.

Mit dem Grundsatzbeschluss des Aufsichtsrats zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums werden der Klinikgesellschaft neue Instrumente zur Gestaltung der Versorgungskette an den Sektorengrenzen ermöglicht. Durch eine intelligente Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten können Behandlungslücken geschlossen und in enger Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern leistungsfähige Versorgungsnetze aufgebaut und entwickelt werden. Hieraus können sich neue Kompetenzfelder mit einem hohen Patientennutzen entwickeln, die über die bisherige Leistungsfähigkeit einzelner Leistungserbringer hinausgehen. Zudem können durch die Öffnung zur sektorenübergreifenden Versorgung bisher erbrachte, aber nicht oder unterfinanzierte eigentlich versorgungsfremde ambulante Leistungen angemessen vergütet werden.

Ein wesentliches Erfolgselement in der effizienten Steuerung der Krankenhausabläufe liegt in einer patientenzentrierten und prozessorientierten Ausgestaltung des Aufnahme- und Entlassprozesses. Mit der Etablierung einer Zentralen Patientenaufnahme sollen derzeit dezentrale Versorgungselemente zukünftig örtlich, personell und überfachlich gebündelt werden. Durch einheitliche Standards soll die Verlässlichkeit der Aufnahme-, Interventions- (OP) und Entlassplanung für Patienten verbessert und damit die Patientenzufriedenheit erhöht werden. Zudem kann darüber der Nutzungsgrad von Raum- und Gerätesressourcen erhöht werden. Durch die räumliche Bündelung der Fachexpertise wird die interdisziplinäre Kommunikation verbessert und Abteilungs- und Berufsgruppendenken zugunsten einer Patientenorientierung und eines ganzheitlichen Klinikdenkens abgebaut. Nicht zuletzt können durch transparente Belegungsregeln über ein zentrales Belegungsmanagement Belegungsschwankungen nivelliert und verlässlichere Dienstpläne für die Mitarbeiter generiert werden. Eine höhere Prozessresistenz und Patientenzufriedenheit gepaart mit Planungssicherheit bezüglich Freizeit- und Urlaubsplanung sollten auch zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit führen und die Attraktivität als Arbeitgeber in einem umkämpften Arbeitsmarkt stärken.

Die Verbesserung der operativen Geschäftstätigkeit des Klinikbetriebs ist genauso wichtig wie die Modernisierung der Klinikinfrastruktur und die Bereitstellung moderner Medizintechnik. Beides sind Grundbedingungen für den angestrebten wirtschaftlichen Erfolg. Das eine ist ohne das andere nicht umsetzbar.

Durch das in 2017 entwickelte Sanierungskonzept »Fit für 2020« und die Finanzierungsstrategie »Heidenheimer Weg«, wird die Klinikgesellschaft bei konsequenter Umsetzung des umfangreichen Maßnahmenkatalogs mittelfristig wieder positive Betriebsergebnisse erwirtschaften und damit die Grundlage für eigenfinanzierte Investitionen und Innovationen sowie eine nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung schaffen.

Wesentliche Erfolgsfaktoren neben der Umsetzung des Sanierungskonzepts, der optimalen Gestaltung der Raumstrukturen und Ablaufbeziehungen in den abschließenden beiden Bauabschnitten, sind die zugesicherte finanzielle aber auch ideelle Unterstützung des Gesellschafters.

Die Attraktivität des Klinikums für Patienten und Mitarbeiter und die Gewinnung des Vertrauens der Öffentlichkeit sind nicht zuletzt durch eine positive öffentliche Wahrnehmung und Darstellung durch Medien und zentrale Meinungsbildner der Region geprägt. Insofern ist das klare Bekenntnis des Gesellschafters zur kommunalen Trägerschaft und die in 2017 gestärkte finanzielle Unterstützung sowohl der erhoffte Rückenwind als auch eine Verpflichtung, den schwierigen Weg der Sanierung konsequent zu Ende zu gehen.

Heidenheim, 27. März 2018



Udo Lavendel

Geschäftsführer

I. Statistische Angaben für das Kalenderjahr 2016

Statistische Angaben für das Kalenderjahr 2016	
Durchschnittliche Gesamtzahl weiblicher Beschäftigter	1.213
Durchschnittliche Gesamtzahl männlicher Beschäftigter	355
Durchschnittliche Gesamtzahl weiblicher Beschäftigter	
– in Teilzeit	947
– in Vollzeit	266
Durchschnittliche Gesamtzahl männlicher Beschäftigter	
– in Teilzeit	163
– in Vollzeit	192

II. Maßnahmen zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern und deren Wirkung

In vielen Abteilungen gilt eine Gleitzeitregelung mittels Betriebsvereinbarung, welche einen flexiblen Arbeitsbeginn und ein flexibles Arbeitszeitende ermöglicht. In einem Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationsklinik ist es natürlich nicht in allen Bereichen möglich, die Arbeitszeit an die Bedürfnisse der Mitarbeiter anzupassen. Daher ist in Bereichen, in denen im vollkontinuierlichen Schichtbetrieb gearbeitet wird, der Dienstplan am 15. des Vormonates verbindlich zu schreiben, damit Verlässlichkeit für die Gestaltung von Beruf, Familie und Privatleben besteht. Die dienstplanführenden Bereiche haben sich Systeme geschaffen, um Wünsche der Mitarbeiter bei der Dienstplanerstellung zu berücksichtigen.

Gerade junge Ärztinnen und Ärzte möchten neben der Familie die Weiterbildung zum Facharzt absolvieren. Daher wurde im Jahre 2016 erstmals ein Jobsharing-Modell eingeführt, mit welchem sowohl die Fachweiterbildung abgeschlossen werden kann, als auch dem Wunsch nach der Arbeit in Teilzeit nachgekommen werden kann.

III. Maßnahmen zur Herstellung von Entgeltgleichheit für Frauen und Männer

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH sind als Unternehmen in kommunaler Trägerschaft an den TVöD (VKA) bzw. den TV-Ärzte gebunden. Beide Tarifwerke knüpfen für die Eingruppierung an die Art der Tätigkeit an.

Bei der Einstellung jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters wird der Betriebsrat beteiligt, welcher neben den Bewerbungsunterlagen sämtlicher Bewerber auf die entsprechende Stellenausschreibung auch die Eingruppierung mitgeteilt bekommt.

Darüber hinaus existiert eine von den Betriebsparteien paritätisch besetzte Stellenbewertungskommission, die im Falle neu geschaffener Positionen oder auch bei einer Veränderung des Aufgabenprofils eine Neubewertung der Stelle vornimmt. Die Entscheidung der Kommission ist bindend für den Arbeitgeber hinsichtlich der Vergütung der Stelle.

Aktiva	31.12.2017 EURO	31.12.2016 EURO
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	692.600,00	865.381,00
2. Geleistete Anzahlungen	3.791,34	0,00
	696.391,34	865.381,00
II. Sachanlagen		
1. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Betriebsbauten einschließlich der Betriebsbauten auf fremden Grundstücken	44.561.778,30	45.874.328,20
2. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Wohnbauten einschließlich der Wohnbauten auf fremden Grundstücken	1.077.182,01	1.196.217,01
3. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte ohne Bauten	71.247,82	71.247,82
4. Technische Anlagen	13.748.728,00	14.688.804,00
5. Einrichtungen und Ausstattungen	7.055.931,00	6.848.592,00
6. Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	7.701.209,26	5.694.069,72
	74.216.076,39	74.373.258,75
III. Finanzanlagen		
Beteiligungen	5.840,22	5.840,22
	74.918.307,95	75.244.479,97
B. Umlaufvermögen		
I. Vorräte		
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	2.118.462,90	2.117.017,07
2. Unfertige Erzeugnisse, unfertige Leistungen	683.805,00	557.660,98
3. Fertige Erzeugnisse	52,56	95,44
	2.802.320,46	2.674.773,49
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	16.830.408,47	14.711.402,17
2. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht davon nach dem KHEntG Euro 1.176.264,12 (Vj. Euro 217.001,31)	30.179.262,12	31.469.999,31
3. Sonstige Vermögensgegenstände	885.433,38	848.627,77
	47.895.103,97	47.030.029,25
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten		
	1.602.786,23	1.907.729,26
	52.300.210,66	51.612.532,00
C. Ausgleichsposten nach dem KHG		
Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung	5.441.789,72	5.347.793,72
D. Rechnungsabgrenzungsposten		
Andere Abgrenzungsposten	138.048,18	133.053,44
	132.798.356,51	132.337.859,13

Passiva	31.12.2017 EURO	31.12.2016 EURO
A. Eigenkapital		
I. Gezeichnetes Kapital	1.000.000,00	1.000.000,00
II. Kapitalrücklagen	9.567.572,58	12.494.026,25
III. Gewinnrücklagen	983.198,86	983.198,86
IV. Jahresfehlbetrag	-7.184.425,26	-2.926.453,67
	4.366.346,18	11.550.771,44
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens		
1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	43.588.680,98	43.911.980,62
2. Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand	1.889.607,34	1.206.233,00
3. Sonderposten aus Zuwendungen Dritter	21.446,00	26.906,00
	45.499.734,32	45.145.119,62
C. Rückstellungen		
1. Steuerrückstellungen	378.120,00	15.600,00
2. Sonstige Rückstellungen	11.647.202,81	8.044.489,03
	12.025.322,81	8.060.089,03
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 770.093,22 (Vj. Euro 770.027,21)	12.919.707,71	13.689.732,92
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 3.402.742,30 (Vj. Euro 3.075.971,35)	3.828.560,26	3.347.652,64
3. Erhaltene Anzahlungen auf Bestellungen davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 24.385,66 (Vj. Euro 8.266,56)	24.385,66	8.266,56
4. Verbindlichkeiten gegenüber dem Gesellschafter bzw. dem Krankenhausträger davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 10.795.198,42 (Vj. Euro 5.424.311,86)	14.595.198,42	10.424.311,86
5. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht davon nach der BPflV/dem KHEntgG Euro 1.683.915,47 (Vj. Euro 627.196,98) davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 10.728.311,00 (Vj. Euro 5.832.105,50)	37.261.773,64	37.768.553,84
6. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 42.444,94 (Vj. Euro 41.075,87)	42.444,94	41.075,87
7. Sonstige Verbindlichkeiten davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr Euro 2.006.584,56 (Vj. Euro 2.017.281,28) davon aus Steuern: Euro 971.233,12 (Vj. Euro 1.093.306,15) davon im Rahmen der sozialen Sicherheit Euro 37.786,53 (Vj. Euro 36.111,80)	2.006.584,56	2.017.281,28
	70.678.655,19	67.296.874,97
E. Ausgleichsposten für Darlehensförderung	212.777,00	257.548,00
F. Rechnungsabgrenzungsposten	15.521,01	27.456,07
	132.798.356,51	132.337.859,13

Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2017

	31.12.2017 EURO	31.12.2016 EURO
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	90.700.418,02	84.646.090,92
2. Erlöse aus Wahlleistungen	2.247.368,54	2.062.987,60
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	1.590.629,52	1.864.753,46
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	1.033.588,72	1.038.980,82
4a. Umsatzerlöse nach § 277 Absatz 1 des Handelsgesetzbuches davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre Euro 424.394,83 (Vj. Euro 350.166,04)	7.522.922,43	6.830.473,18
5. Erhöhung (Vorjahr: Verminderung) des Bestandes an unfertigen Leistungen	126.101,14	-186.920,27
6. Andere aktivierte Eigenleistungen	86.197,23	21.835,09
7. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, soweit nicht unter Nr. 11	1.275.041,79	492.916,65
8. Sonstige betriebliche Erträge	1.149.875,41	2.240.031,00
	105.732.142,80	99.011.148,45
9. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	59.676.827,45	57.738.101,35
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung davon für Altersversorgung Euro 4.492.758,10 (Vj. Euro 4.237.409,32)	14.856.922,98	14.386.656,80
	74.533.750,43	72.124.758,15
10. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	15.368.309,21	15.205.125,32
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	3.232.238,43	3.142.066,96
	18.600.547,64	18.347.192,28
Zwischenergebnis	12.597.844,73	8.539.198,02
11. Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen davon Fördermittel nach dem KHG: Euro 2.580.940,79 (Vj. Euro 37.952.025,09)	2.580.940,79	37.952.025,09
12. Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung	93.996,00	93.996,00
13. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und aufgrund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	4.384.820,81	4.684.829,52
14. Erträge aus der Auflösung von Ausgleichsposten für Darlehensförderung	44.771,00	44.771,00
15. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/Verbindlichkeiten nach dem KHG und aufgrund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	3.177.305,89	37.689.057,08
16. Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen	313.002,32	321.993,99
	3.614.220,39	4.764.570,54
Zwischenergebnis	16.212.065,12	13.303.768,56
17. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	6.325.650,37	6.485.557,07
18. Sonstige betriebliche Aufwendungen davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre Euro (Vj. Euro 0)	16.321.554,76	9.196.890,66
	22.647.205,13	15.682.447,73
Zwischenergebnis	-6.435.140,01	-2.378.679,17
19. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	0,00	72,54
20. Zinsen und ähnliche Aufwendungen davon für Betriebsmittelkredite Euro 10.961,88 (Vj. Euro 14.020,96) davon aus der Aufzinsung von Rückstellungen Euro 86.110,72 (Vj. Euro 183.431,03)	406.146,67	557.758,71
	-406.146,67	-557.686,17
Ergebnis vor Steuern	-6.841.286,68	-2.936.365,34
21. Steuern davon vom Einkommen und Ertrag Euro 324.914,35 (Vj. Euro 27.467,90)	343.138,58	-9.911,67
22. Jahresfehlbetrag	-7.184.425,26	-2.926.453,67



	Anschaffungs- und Herstellungskosten				31. Dez. 2017
	1. Jan. 2017	Zugänge	Abgänge	Umbuchungen	
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
I. Immaterielle Vermögensgegenstände					
1. Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	4.068.142,59	115.225,96	5.095,19	32.937,08	4.211.210,44
2. Anzahlungen auf gewerbliche Schutzrechte	0,00	36.728,42	0,00	-32.937,08	3.791,34
	4.068.142,59	151.954,38	5.095,19	0,00	4.215.001,78
II. Sachanlagen					
1. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Betriebsbauten einschließlich der Betriebsbauten auf fremden Grundstücken	94.624.699,81	476.061,30	3.819.104,50	884.273,47	92.165.930,08
2. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Wohnbauten einschließlich der Wohnbauten auf fremden Grundstücken	6.153.844,13	0,00	0,00	0,00	6.153.844,13
3. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte ohne Bauten	71.247,82	0,00	0,00	0,00	71.247,82
3. Technische Anlagen	27.672.720,02	45.039,63	450.877,36	166.126,39	27.433.008,68
4. Einrichtungen und Ausstattungen	44.164.856,32	2.127.809,47	1.212.083,76	137.197,50	45.217.779,53
5. Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	5.767.753,72	3.212.781,90	0,00	-1.187.597,36	7.792.938,26
	178.455.121,82	5.861.692,30	5.482.065,62	0,00	178.834.748,50
III. Finanzanlagen					
Beteiligungen	5.840,22	0,00	0,00	0,00	5.840,22
	182.529.104,63	6.013.646,68	5.487.160,81	0,00	183.055.590,50

	Kumulierte Abschreibungen				Buchwerte	
	1. Jan. 2017	Zugänge	Abgänge	31. Dez. 2017	31. Dez. 2017	31. Dez. 2016
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
	3.202.761,59	320.944,04	5.095,19	3.518.610,44	692.600,00	865.381,00
	0,00	0,00	0,00	0,00	3.791,34	0,00
	3.202.761,59	320.944,04	5.095,19	3.518.610,44	696.391,34	865.381,00
	48.750.371,61	2.672.884,67	3.819.104,50	47.604.151,78	44.561.778,30	45.874.328,20
	4.957.627,12	119.035,00	0,00	5.076.662,12	1.077.182,01	1.196.217,01
	0,00	0,00	0,00	0,00	71.247,82	71.247,82
	12.983.916,02	1.151.242,02	450.877,36	13.684.280,68	13.748.728,00	14.688.804,00
	37.316.264,32	2.043.499,64	1.197.915,43	38.161.848,53	7.055.931,00	6.848.592,00
	73.684,00	18.045,00	0,00	91.729,00	7.701.209,26	5.694.069,72
	104.081.863,07	6.004.706,33	5.467.897,29	104.618.672,11	74.216.076,39	74.373.258,75
	0,00	0,00	0,00	0,00	5.840,22	5.840,22
	107.284.624,66	6.325.650,37	5.472.992,48	108.137.282,55	74.918.307,95	75.244.479,97

Allgemeine Hinweise

Die Gesellschaft ist unter der Nummer HRB 661959 in das Handelsregister des Amtsgerichts Ulm eingetragen.

Der vorliegende Jahresabschluss ist unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung nach den Bestimmungen der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) und nach den für große Kapitalgesellschaften geltenden Vorschriften des Dritten Buches des HGB und den ergänzenden Vorschriften des GmbHG aufgestellt worden.

In Ausübung des Wahlrechts nach § 1 Abs. 3 KHBV wurden die Bilanz nach Anlage 1, die Gewinn- und Verlustrechnung nach Anlage 2 und der Anlagennachweis nach Anlage 3 der KHBV gegliedert, wobei dieser um Angaben zu den immateriellen Vermögensgegenständen und den Finanzanlagen ergänzt wurde.

Bei der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH handelt es sich um eine große Kapitalgesellschaft gemäß § 267 HGB.

Der gemäß § 5 Abs. 5 KHBV auszuweisende Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung ist im handelsrechtlichen Sinne kein Vermögensgegenstand und daher als Korrekturposten zum Eigenkapital anzusehen.

Die Gewinn- und Verlustrechnung ist nach dem Gesamtkostenverfahren aufgestellt.

Die Aufstellung des Jahresabschlusses erfolgt unter der Annahme einer positiven Fortbestehensprognose.

Bei der Bewertung wurde von der Fortsetzung der Unternehmenstätigkeit ausgegangen.

Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden

Für die Aufstellung des Jahresabschlusses waren – soweit nachfolgend nicht abweichend vermerkt unverändert – die nachfolgenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden maßgebend.

Erworbene immaterielle Vermögensgegenstände sind zu Anschaffungskosten, vermindert um die planmäßigen Abschreibungen, ausgewiesen. Vom Aktivierungswahlrecht des § 248 Abs. 2 HGB wird nicht Gebrauch gemacht.

Die Sachanlagen werden zu Anschaffungs- oder Herstellungskosten und, soweit abnutzbar, abzüglich planmäßiger Abschreibungen nach der linearen Methode sowie außerplanmäßigen Abschreibungen bewertet. Vermögensgegenstände, deren Anschaffungskosten ohne Umsatzsteuer bis zu 150,00 Euro betragen, werden sofort als Aufwand erfasst. Bewegliche Anlagegüter mit Anschaffungskosten zwischen 150,00 und 410,00 Euro (geringwertige Wirtschaftsgüter) werden im Anlagevermögen aktiviert und im Zugangsjahr sofort wieder abgeschrieben. Für die

geringwertigen Wirtschaftsgüter wird der Abgang im Jahr der Anschaffung unterstellt. Die planmäßigen Abschreibungen erfolgen nach betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauern. Folgende Nutzungsdauern werden zugrunde gelegt:

Nutzungsdauern	
Immaterielle Vermögensgegenstände u.a.	3 bis 5 Jahre
Betriebsbauten	34 bis 50 Jahre
Wohnbauten	50 Jahre
Technische Anlagen	8 bis 35 Jahre
Einrichtungen und Ausstattungen	4 bis 20 Jahre

Auf den Zeitraum der Herstellung entfallende Fremdkapitalzinsen werden gem. § 255 Abs. 3 HGB in die Herstellungskosten mit einbezogen.

Anlagen im Bau wurden nach Fertigstellung auf die entsprechenden Konten für Sachanlagen umgebucht, auch wenn im Einzelfalle noch Schlussabrechnungen ausstehen.

Die **Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe** werden zu Anschaffungskosten bzw. zum niedrigeren beizulegenden Wert angesetzt. Für die Bestände der Technik wurde ein Festwert gebildet. Die Bewertung der unfertigen Leistungen erfolgt zu Herstellungskosten, in die die notwendigen Einzelkosten und die aktivierungspflichtigen Gemeinkosten einbezogen werden.

Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände sind zum Nennwert bilanziert. Auf das Ausfallrisiko werden Wertberichtigungen in ausreichender Höhe gebildet.

Guthaben bei Kreditinstituten, Kassenbestände und Rechnungsabgrenzungsposten werden mit ihren Nominalwerten angesetzt.

Das gezeichnete Kapital wird zum Nennwert bewertet.

Die **Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung** werden gemäß § 5 Abs. 4 und 5 KHBV ermittelt. Die **Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens** sind entsprechend den Vorschriften des § 5 Abs. 2 und 3 KHBV gebildet. Sie entsprechen den Restbuchwerten der hiermit angeschafften Anlagegegenstände.

Rückstellungen werden in Höhe des nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung notwendigen Erfüllungsbetrages angesetzt und enthalten alle bis zur Bilanzierung erkennbaren Risiken und ungewissen Verpflichtungen. Die Rückstellungen für noch nicht genommenen Urlaub wurden daher unter Berücksichtigung eines Gehaltstrends von 2,3% zum Bilanzstichtag bewertet. Der für die Bewertung angewandte Tagessatz für das Jahr 2017 wurde von einem bisherigen Divisor von 250 Arbeitstage auf 220 Tage geändert.

Die sonstigen Rückstellungen enthalten **Pensionsähnliche Rückstellungen** und betreffen insbesondere Verpflichtungen der Gesellschaft gegenüber dem Landkreis Heidenheim zur Erstattung zukünftiger Altersversorgungslasten des Landkreises Heidenheim für die bei der Gesellschaft tätigen Beamten und Versorgungsempfänger laut Dienstüberlassungsvertrag zwischen dem Landkreis Heidenheim und der Gesellschaft. Hinsichtlich der Bewertung dieser Verpflichtungen erfolgte im Berichtsjahr eine Bewertungsänderung.

Die Verpflichtung wurde auf der Grundlage eines versicherungsmathematischen Gutachtens auf Basis der PUC-Methode (Projected Unit-credit-Method) unter Zugrundelegung der Richttafeln 2005G von Prof. Dr. Klaus Heubeck, bewertet. Bemessungsgrundlage der Verpflichtung war hierbei der volle Pensionsanspruch des betroffenen Personenkreises. Wirtschaftlich belastet ist die Gesellschaft in Höhe der an den Landkreis Heidenheim zu leistenden Erstattungsbeträge für die dort aufgewendeten Versorgungslasten. Diese liegen bei 37 % der Bezüge die anfallen für die noch aktiven künftigen Versorgungsempfänger und die Pensionsansprüche der sich im Ruhestand befindlichen Versorgungsempfänger (Umlagenfinanzierung der Versorgungslasten über den Kommunalen Versorgungsverband). Die Verpflichtung wurde zum 31. Dezember 2017 mit dem Barwert aus 37 % der künftig erwarteten Bezüge der beiden noch aktiven Versorgungsempfänger bzw. 37 % der Pensionsansprüche der sich im Ruhestand befindlichen Versorgungsempfängern bezogen auf die statistische Lebenserwartung der jeweiligen Versorgungsberechtigten bewertet. Der Barwert wurde hierbei unter Anwendung eines an die jeweilige statistische Lebenserwartung angepassten Rechnungszinses berechnet. Der Zinssatz wurde bis 2016 für die Rückstellungsermittlung auf Basis einer zehnjährigen Durchschnittsbildung bestimmt. Für 2017 wurde hier die Bewertung auf eine siebenjährige Durchschnittsbildung umgestellt. Der Zinssatz liegt hier bei 2,8 %. Bei der Bewertung wurde ein jährlicher Gehalts- und Rententrend von 1,5% berücksichtigt. Die ebenfalls von der Gesellschaft dem Landkreis zu erstattenden Beihilfeaufwendungen wurden analog bewertet.

Die Erstattungspflicht künftiger Altersversorgungslasten wird unter den sonstigen Rückstellungen ausgewiesen.

Die Berechnung der Altersteilzeitrückstellung erfolgte unter Berücksichtigung der entsprechenden durchschnittlichen Restlaufzeit mit einem Zinssatz in Höhe von 1,26 % p.a.. Insgesamt sind 56 Altersteilzeitverträge abgeschlossen, hiervon wurden 33 im Berichtsjahr neu vereinbart. Der Tarifvertrag zu flexiblen Arbeitszeitregelungen für ältere Beschäftigte (TVFlexAZ) sieht einen Rechtsanspruch auf Altersteilzeit eines Mitarbeiters bei Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen vor, sofern nicht schon 2,5 % der Beschäftigten Unternehmen Altersteilzeit in Anspruch genommen haben.

Im Berichtsjahr wurde in der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH die Quote auf 5 % erhöht, um mehr Mitarbeitern einen gleitenden Übergang in den Ruhestand anbieten zu können sowie deren Arbeitsbelastung vor dem Renteneintritt zu reduzieren.

Die **Verbindlichkeiten** sind mit dem Erfüllungsbetrag passiviert.

Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung (AO). Sie erfüllt mit Ausnahme vorliegender wirtschaftlicher Geschäftsbetriebe die Voraussetzungen des § 67 AO. Sie ist gemeinnützig gemäß § 52 AO und von der Körperschaft- und Gewerbesteuer (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG, § 3 Nr. 20b GewStG) befreit. Auf Grund der nur unwesentlichen Unterschiede zwischen handelsrechtlichem und steuerrechtlichem Wertansatz von Vermögensgegenständen und Schulden (hier Bewertungsunterschiede bei Rückstellungen für Pensionen und Rückstellungen für Altersteilzeit) in den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben wurde auf den Ansatz von aktiven latenten Steuern gemäß § 274 Abs. 1 S. 2 HGB verzichtet.

Erläuterungen zur Bilanz

Die Entwicklung der einzelnen Posten des Anlagevermögens ist unter Angabe der Abschreibungen des Geschäftsjahres im Anlagennachweis dargestellt. Hier sind größere Zugänge aus der Erweiterung der Brandmeldeanlage, eines Lithotripters, einer RotexTable Lagerungshilfe, sowie Röntgengeräte und Ultraschallsysteme mit allein 1.100.000 Euro zu verzeichnen. Für den 2. Bauabschnitt wurden Kosten in Höhe von 2.842.000 Euro aktiviert. Fremdkapitalkosten wurden im Berichtsjahr in Höhe von 49.000 Euro aktiviert.

In den **Forderungen aus Lieferungen und Leistungen** sind Forderungen gegen den Gesellschafter in Höhe von 3.000 Euro (Vorjahr 3.000 Euro) enthalten. Die Laufzeit der Forderungen liegt unter einem Jahr.

Das **Eigenkapital** zum 31. Dezember 2017 beträgt 4.366.000 Euro. Der Jahresfehlbetrag 2016 in Höhe von 2.926.000 Euro wurde gemäß Beschluss der Gesellschafterversammlung vom 17. Juli 017 in voller Höhe auf neue Rechnung vorgetragen und im Geschäftsjahr 2017 aus den Kapitalrücklagen entnommen und ausgeglichen.

Die **Sonstigen Rückstellungen** sind in nachfolgende Einzelpositionen unterteilt:

Sonstige Rückstellungen		
	31.12.2017	31.12.2016
	TEUR	TEUR
Unterlassene Instandhaltungen	391	79
Personalarückstellungen	7.107	6.115
Übrige Rückstellungen	4.149	1.850
	11.647	8.044

Von den Personalarückstellungen entfallen 2.392.000 Euro auf die Erstattungspflicht von Alters-versorgungslasten.

In den Personalarückstellungen sind Rückstellungen für **Altersteilzeitverpflichtungen** enthalten. Der Erfüllungsbetrag zum 31. Dezember 2017 beträgt 965.000 Euro. Die weiteren Personalarückstellungen betreffen im Wesentlichen ausstehende Urlaubsansprüche, Guthaben von Mehrarbeitsstunden der Mitarbeiter zum Bilanzstichtag.

Im Berichtsjahr wurde eine Rückstellung für unterlassene Instandhaltungen gem. § 249 Abs. 1 Nr. 1 HGB (Nachholung innerhalb von 3 Monaten) in Höhe von 391.000 Euro eingestellt.

Die übrigen Rückstellungen betreffen u. a. Verpflichtungen für die gesetzliche Aufbewahrungspflicht mit 100.000 Euro, interne und externe Jahresabschlusskosten mit 73.000 Euro, nicht abgerechnete Lieferungen und Leistungen mit 1.509.000 Euro und Risiken aus nachträglichen Abrechnungskorrekturen und Prozessrisiken mit 2.467.000 Euro, hier sind vor allem das Risiko Intensiv Komplex sowie die Neurologische Komplexpauschale mit insgesamt 1.870.000 Euro enthalten.

Die Restlaufzeiten der Verbindlichkeiten sind im Verbindlichkeitspiegel im Einzelnen in TEUR dargestellt.

Die Position Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht beinhaltet noch nicht zweckentsprechend verwendete Fördermittel in Höhe von 35,6 Mio. Euro.

Von den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten sind 196.000 Euro unbefristet dinglich und 12.724.000 Euro durch eine Ausfallbürgschaft des Gesellschafters gesichert.

Haftungsverhältnisse

Mittelbare Versorgungszusagen gegenüber Mitarbeitern und Ruheständlern bestehen bei der Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbands Baden-Württemberg, die ihren Sitz in Karlsruhe hat. Die **Zusatzversorgungskasse** des Kommunalen Versorgungsverbands ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts. Zweck der Anstalt ist es, Arbeitnehmern der Beteiligten im Wege privatrechtlicher Versicherung eine Alters-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenversorgung zu gewähren. Die Anstalt ist keine im Wettbewerb stehende Einrichtung. Die Altersversorgung wird durch Beiträge finanziert. Die Summe der umlagepflichtigen Gehälter im Geschäftsjahr 2017 beträgt etwa 54 Mio. Euro bei einem Umlagesatz bis zum 30. Juni 2017 von 5,55 %, danach von 5,65 % zuzüglich einer Sanierungsumlage von 1,7 %, außerdem wird ein Zusatzbeitrag von 0,40 % erhoben.

Eine Inanspruchnahme aus diesem Haftungsverhältnis würde sich ergeben, wenn die Zusatzversorgungskasse nicht mehr in der Lage wäre, die laufenden Rentenzahlungen aus den Umlagebeträgen zu finanzieren. Das Risiko der Inanspruchnahme aus diesem Haftungsverhältnis ist derzeit als gering einzuschätzen.

Seit 2008 besteht für verschiedene Mitarbeiter die Möglichkeit einer Versicherung beim Deutsche **Unterstützungskasse** e. V., Hamburg. Hierfür erhalten die Mitarbeiter von der Gesellschaft den Arbeitgeberanteil dieser Zusatzversorgungskasse erstattet.

Art der Verbindlichkeit in TEUR	31.12.2017				31.12.2016			
	Restlaufzeit bis 1 Jahr	1 bis 4 Jahre	über 5 Jahre	gesamt	Restlaufzeit bis 1 Jahr	1 bis 4 Jahre	über 5 Jahre	gesamt
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	770	2.784	9.366	12.920	770	3.134	9.786	13.690
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	3.403	268	158	3.829	3.076	272	0	3.348
3. Erhaltene Anzahlungen auf Bestellungen	24	0	0	24	8	0	0	8
4. Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschafter bzw. dem Krankenhausträger	10.795	3.800	0	14.595	5.424	5.000	0	10.424
5. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	10.728	26.534	0	37.262	5.832	31.936	0	37.768
6. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	42	0	0	42	41	0	0	41
7. Sonstige Verbindlichkeiten	2.007	0	0	2.007	2.017	0	0	2.017
– davon aus Steuern	(971)	(0)	(0)	(971)	(1.093)	(0)	(0)	(1.093)
– davon im Rahmen der sozialen Sicherheit	(38)	(0)	(0)	(38)	(36)	(0)	(0)	(36)

Sonstige finanzielle Verpflichtungen

Für den gesamten Klinikbereich bestehen für 169 Wartungsverträge finanzielle Verpflichtungen, die über das Berichtsjahr hinaus ihre Gültigkeit haben. Der überwiegende Teil der Wartungsverträge ist mit einer Frist von bis zu 12 Monaten kündbar.

Nach Schluss des Geschäftsjahres sind folgende finanzielle Verpflichtungen eingetreten:

Art	TEUR
Wartungsverträge	2.088
Miet- und Leasingzahlungen	358
Dienstleistungsverträge 2018 - 2020	2.159
Summe	4.605

Für den Neubau des Bettenhaus B1 wird einschließlich Interimsmaßnahmen mit Ausgaben von ca. 76,3 Mio. Euro gerechnet, wovon 13,6 Mio. Euro bereits bis zum Bilanzstichtag zahlungswirksam wurden. Den noch erwarteten Auszahlungen stehen Forderungen von Einzelfördermitteln in Höhe von 29,0 Mio. Euro gegenüber.

Erläuterungen zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Umsatzerlöse des Krankenhauses nach § 277 HGB werden im Zuge des BilRUG separat ausgewiesen. Sie setzen sich wie folgt zusammen:

Umsatzerlöse	TEUR	
	2017	2016
Aus Unterkunft, Verpflegung und sonstige Leistungen an Personal	294	290
Aus Hilfs- und Nebenbetrieben	3.806	3.317
Aus Vermietung und Verpachtung	797	799
Aus Nutzungsüberlassungen	1.928	2.006
Periodenfremde Erträge	698	672
Summe	7.523	6.830

Von den Umsatzerlösen (Gewinn- und Verlustrechnung Ziffern 1 bis 4a) in Höhe von 103.095.000 Euro betreffen 101.050.000 Euro den Krankenhausbereich am Standort Heidenheim sowie 2.048.000 Euro die geriatrische Rehaeinrichtung am Standort Giengen.

Die Reduzierung der durchschnittlichen Beschäftigtenzahl im Jahre 2017 konnte durch viele Faktoren den **Personalaufwand** nicht reduzieren. Bedingt durch Ausweitung des Leistungsspektrums wurde z.B. die Anzahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst erhöht. Im nichtärztlichen Dienst führte die Umsetzung der neuen Entgeltordnung in Teilen zu wesentlichen Erhöhungen der Entgelte. Im Berichtsjahr konnte auch die Mehrarbeit nicht wie beabsichtigt verringert werden, so dass eine Zuführung zu den Rückstellungen Zeitguthaben erforderlich wurde.

Der höhere **Materialaufwand** 18.601.000 Euro (Vorjahr 18.347.000 Euro) ist hauptsächlich auf die Leistungssteigerungen im stationären wie auch im ambulanten Bereich zurück zu führen.

Unter den **Abschreibungen** sind keine außerplanmäßigen Abschreibungen enthalten.

In den **sonstigen betrieblichen Aufwendungen** sind Instandhaltungsaufwendungen in Höhe von 6.577.000 Euro enthalten. Weiterhin sind periodenfremde Aufwendungen in Höhe von 379.000 Euro enthalten. Diese betreffen vor allem Erlöskorrekturen des Vorjahres.

Der Aufwand aus der Aufzinsung von Rückstellungen für Pensionsähnliche Verpflichtungen mit 66.000 Euro, Altersteilzeit mit 14.000 Euro und für die Jubiläumsrückstellung mit 6.000 Euro wird unter der Position Zinsen und ähnliche Aufwendungen ausgewiesen.

Die **Steuern** vom Einkommen und vom Ertrag betragen 325.000 Euro (Vorjahr -27.000 Euro) und setzen sich wie folgt zusammen:

Steuern vom Einkommen	TEUR
Körperschaftsteuer	180
Gewerbsteuer	145

Von den Steueraufwendungen entfallen 209.000 Euro (Steuerzahlungen) auf Vorjahre.

Außergewöhnliche Geschäftsvorfälle

Das abgelaufene Geschäftsjahr war geprägt von folgenden Erträgen und Aufwendungen von außergewöhnlichen Größenordnung und/oder Bedeutung:

Art	2017	GuV-Ausweis
	TEUR	Nr.
Periodenfremde Erträge aus Anderen Umsatzerlösen	698	4a
Erträge aus Rückstellungsauflösung	221	8
Periodenfremde Aufwendungen aus Andere, v. a. Rechnungsbeanstandungen	- 379	18, 21
Summe	540	

Unter Außerachtlassung der außerordentlichen Geschäftsvorfälle hätte sich ein Jahresergebnis von -7.724.000 Euro ergeben.

Sonstige Angaben

Hinsichtlich der Bezüge für die Geschäftsführung wird von der Befreiungsvorschrift des § 286 Abs. 4 HGB Gebrauch gemacht. Für die weiteren Beschlussgremien (Aufsichtsräte, Kreistag etc.) beliefen sich die Aufwendungen auf 49.000 Euro (Vorjahr 54.000 Euro).

Im Geschäftsjahr wurden im Klinikum 340 männliche und 1.285 weibliche Mitarbeiter beschäftigt. Im Stellenplan stellt sich das wie folgt dar:

Vollkräfte	2017	2016
	1.041,63	1.047,20
davon		
Ärztlicher Dienst	172,75	168,03
Pflegedienst	393,95	417,13
Übrige Dienstarten	474,93	462,04

Das im Geschäftsjahr 2017 aufwandswirksam erfasste Gesamthonorar an den Abschlussprüfer für die Jahresabschlussprüfung zum 31. Dezember 2017 beträgt brutto 33.000 Euro.

Aufsichtsräte

Dem Aufsichtsrat gehörten im Berichtsjahr folgende Personen an:

Aufsichtsrat	
Vorsitzender	
Reinhardt, Thomas	Landrat (Heidenheim)
1. Stellvertreter	
Zeeb, Dieter	
Ordentliche Mitglieder	
Zeeb, Dieter	Stadtkämmerer a.D.
Dr. Ströhle, Christoph	Arzt (Steinheim)
Mailänder, Jürgen	Bürgermeister (Hermaringen)
Jakl, Alfons	Bürgermeister (Dischingen)
Domberg, Rainer	Bürgermeister (Heidenheim)
Macher, Walter	Polizeibeamter (Heidenheim)
Stahl, Clemens	Oberbürgermeister a. D.
Grath, Ulrich	Immobilienwirt (Heidenheim)
Potzner, Thomas	Kaufmann (Heidenheim)
Kunze, Klaus-Ulrich	Arzt (Niederstotzingen)
Dr. Geyer, Ulrich	Arzt (Heidenheim)
Stumpp, Margit	(bis 31.12.2017) Fraktionsvorsitzende Bündnis 90 die Grünen (Königsbronn)
Fuchs, Roland	Kreiskämmerer (Heidenheim)
Hempel, Jörg	Stv. Geschäftsführer Oberschwaben- klinik GmbH (Ravensburg)
Mundinger, Silvio	Dipl.-Ingenieur (Dischingen)
Hager, Roland	Fahrlehrer (Giengen)
Brenner, Michael	Krankenpfleger (Heidenheim)
Hofmann, Valentin	Betriebsratsvorsitzender (Heidenheim)

Nachtragsbericht

Bezüglich der finanziellen Unterstützungen durch den Landkreis mit 9.125.000 Euro verweisen wir auf die Erläuterungen zum »Heidenheimer Weg« unter dem Kapitel »Finanzierungen und Liquidität« im Lagebericht.

Ergebnisverwendung

Die Geschäftsführung schlägt vor, den Bilanzverlust in Höhe von - 7.184.425,26 Euro auf neue Rechnung vorzutragen und den Verlustvortrag im neuen Geschäftsjahr aus den Kapitalrücklagen zu entnehmen und damit auszugleichen.

Geschäftsleitung

Die Kliniken Landkreises Heidenheim gGmbH werden vom Geschäftsführer allein vertreten.

Der Geschäftsleitung gehören an:

Geschäftsführer

Udo Lavendel

Kaufmännischer Direktor

Robert Filter

Ärztlicher Direktor

Dr. Jan-Peter Schenkengel

Direktor für Pflege- und Prozessmanagement

Klaus M. Rettenberger

Heidenheim, 27. März 2018



Udo Lavendel
Geschäftsführer



Betriebsform

Bis zum 31. Mai 2006 wurden das Klinikum Heidenheim und die Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen als Eigenbetrieb des Landkreises Heidenheim geführt. Träger des Eigenbetriebs war der Landkreis Heidenheim. Seit 1. Juni 2006 werden die beiden Einrichtungen in der Rechtsform einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung unter der Firma »Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH« geführt. Der Landkreis Heidenheim ist Alleingesellschafter.

Klinikum Heidenheim

Das Klinikum Heidenheim ist Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg und ist somit öffentlich-rechtlich beauftragt und verpflichtet, die stationäre Schwerpunktversorgung für den Landkreis Heidenheim sicherzustellen. Entsprechend der Fortschreibung des Krankenhausplans wurden 2017 am Klinikum 537 vollstationäre Betten und 31 teilstationäre Plätze für die Akutmedizinische Versorgung der Bevölkerung vorgehalten.



Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen

Die Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen ist 1998 aus einer ursprünglich chirurgischen Akutklinik hervorgegangen und verfügt seit dem 1. Juli 1998 über 30 Betten für die stationäre geriatrische Rehabilitation. Die zentrale Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation ist die Aktivierung und Wiederherstellung der eigenen Ressourcen der betroffenen Patienten nach einer Operation oder schweren Erkrankung sowie die Vermeidung oder das Hinausschieben der Pflegebedürftigkeit bzw. Reduzierung des Pflegebedarfs und Sicherstellung einer weitestgehend selbstbestimmten Lebensweise.

Organe / Leitung der Kliniken

Gesellschafterversammlung

Die Gesellschafterversammlung besteht aus den Mitgliedern des Kreistags. Den Vorsitz führt der Landrat, der zugleich Vorsitzender des Aufsichtsrats ist. Die Zuständigkeiten sind im Gesellschaftsvertrag geregelt. Die Gesellschafterversammlung kam 2017 zu drei Sitzungen zusammen.

Aufsichtsrat

Gemäß dem Gesellschaftsvertrag gehören dem Aufsichtsrat der Landrat (Aufsichtsratsvorsitzender), der Betriebsratsvorsitzende, ein weiteres Mitglied des Betriebsrats (ohne Stimmrecht), ein externes Mitglied (Krankenhausexperte), ein weiterer Vertreter aus dem Landratsamt und bis zu 14 Mitglieder des Kreistags an. Der Aufsichtsrat trat 2017 zu 9 regulären Sitzungen zusammen.

Geschäftsführung / Klinikumsleitung

Die Gesellschaft wird durch einen Alleingeschäftsführer geleitet und vertreten. Der Geschäftsführer hat die ihm durch Gesetze und Satzung übertragenen Aufgaben und Befugnisse. Er ist dafür verantwortlich, dass die Patientinnen und Patienten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel und des medizinisch Zweckmäßigen und Notwendigen bestmöglich im Sinne der Sozialgesetzgebung versorgt werden und der Versorgungsauftrag des Gesellschafters entsprechend der Landeskrankenhausplanung erfüllt wird. Soweit es nicht der Gesellschafterversammlung oder dem Aufsichtsrat der

Gesellschaft vorbehalten ist, entscheidet der Geschäftsführer über alle Maßnahmen, die zur Gestaltung und Organisation des Betriebes sowie zur Personalführung notwendig sind. Er hat insbesondere auf die Koordination aller Tätigkeiten, auf die Steigerung der Wirtschaftlichkeit sowie auf die ordnungsgemäße Erfassung und Berechnung der erbrachten Leistungen hinzuwirken. Er hat die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne des Leitbildes der Gesellschaft zu pflegen, diese zu informieren sowie die Leistungsbeziehungen zu anderen Kooperationspartnern auszugestalten.

Mit der Entscheidung des langjährigen Geschäftsführers, Reiner Genz, im Juni 2016 den laufenden Dienstvertrag zum 31. Dezember 2016 vorzeitig aufzulösen, musste die Nachfolge neu geregelt werden. Der Aufsichtsrat entschied sich aufgrund einer schwierigen gesamtwirtschaftlichen Situation die Geschäftsführung nicht klassisch zu besetzen, sondern für vier Jahre zunächst im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrags durch die Unternehmensberatung EconoMedic AG zu bestellen, um den eingeleiteten Stabilisierungs- und Restrukturierungsprozess konsequent nachzuhalten.

Dabei übernimmt die EconoMedic AG zeitlich befristet für zunächst vier Jahre die Geschäftsbesorgung im Namen der Klinikgesellschaft und stellt hierfür einen geeigneten Geschäftsführer, der durch ein wechselndes Beratersteam im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitäquivalenten unterstützt wird.

Die EconoMedic AG ist eine Beratungsgesellschaft, die sich auf das Management von Krankenhäusern in überwiegend kommunaler Trägerschaft spezialisiert hat und über eine breite Markt- und Branchenkompetenz (Medizin, Ökonomie, Pflege) verfügt. Die EconoMedic AG ist mit der Beratungsgesellschaft Oberender & Partner, die die Gesellschaft Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH bereits aus einer Reihe von Projekten (Führungsmodell, OP-Management) kennt, assoziiert. Auf Vorstandsebene und im Beraterstab bestehen in beiden Beratungsgesellschaften teilweise Personenidentitäten, die einen reibungslosen Informationstransfer und die Kontinuität in der Strategieentwicklung sicherstellen. Ein weiterer Vorteil liegt in der Übertragung von Best Practice-Konzepten aus anderen EconoMedic-Projekten und dem Zugriff auf einen Wissensplattform mit anderen erfahrenen Krankenhausmanagern in EconoMedic-Geschäftsbesorgungsmandaten in kommunaler Trägerschaft. Die beiden bislang getrennt geführten Unternehmensberatungen Oberender & Partner sowie die EconoMedic AG, die

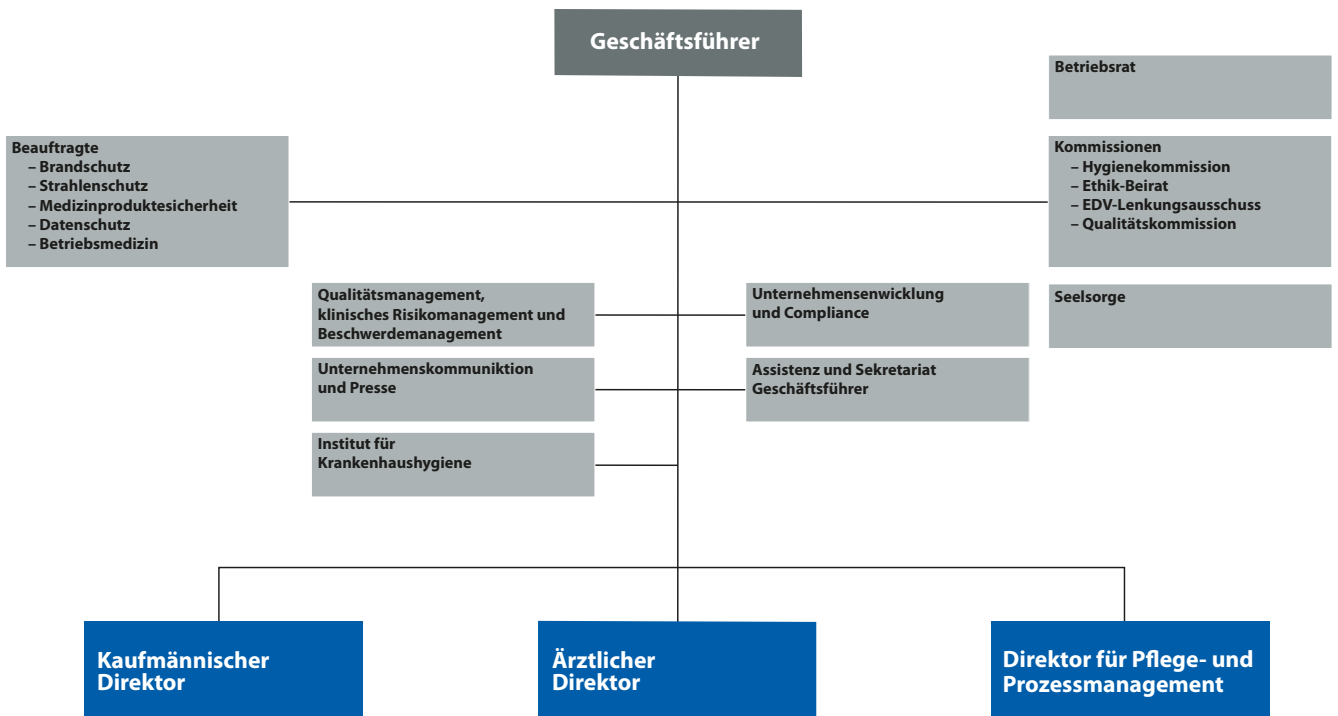
bereits bislang durch gemeinsame Vorstandsstrukturen vernetzt waren, durchlaufen derzeit einen Fusionsprozess und firmieren zukünftig unter einem gemeinsamen Dach als Oberender AG.

Der Aufsichtsrat wählte in der Sitzung am 19. Oktober 2016 auf Vorschlag der EconoMedic AG aus drei vorgestellten Kandidaten Udo Lavendel zum neuen Geschäftsführer der Gesellschaft. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der Geschäftsführung von Krankenhäusern und hat die Tätigkeit als Geschäftsführer zum 1. Januar 2017 aufgenommen. Er wird hierbei themenbezogen durch verschiedene Berater der EconoMedic AG unterstützt.

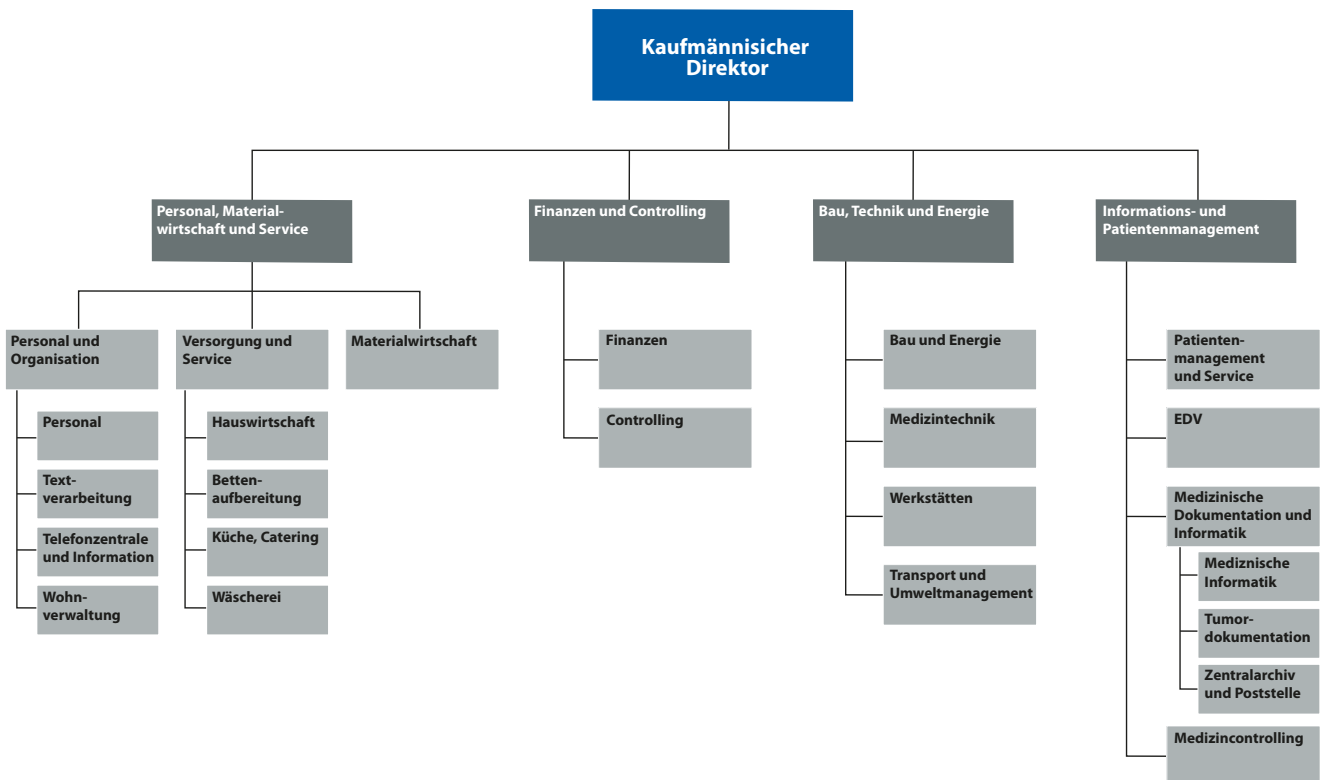
Der Geschäftsführer wird in der Ausübung seiner Aufgaben außerdem durch die Klinikumsleitung/Direktion unterstützt. Der Klinikumsleitung/Direktion gehörten 2017 der Ärztliche Direktor, Dr. Jan-Peter Schenkengel, der Direktor für Pflege- und Prozessmanagement, Klaus M. Rettenberger sowie erstmalig seit dem 1. Januar 2017 Robert Filter in der neu geschaffenen Funktion des Kaufmännischen Direktors an.

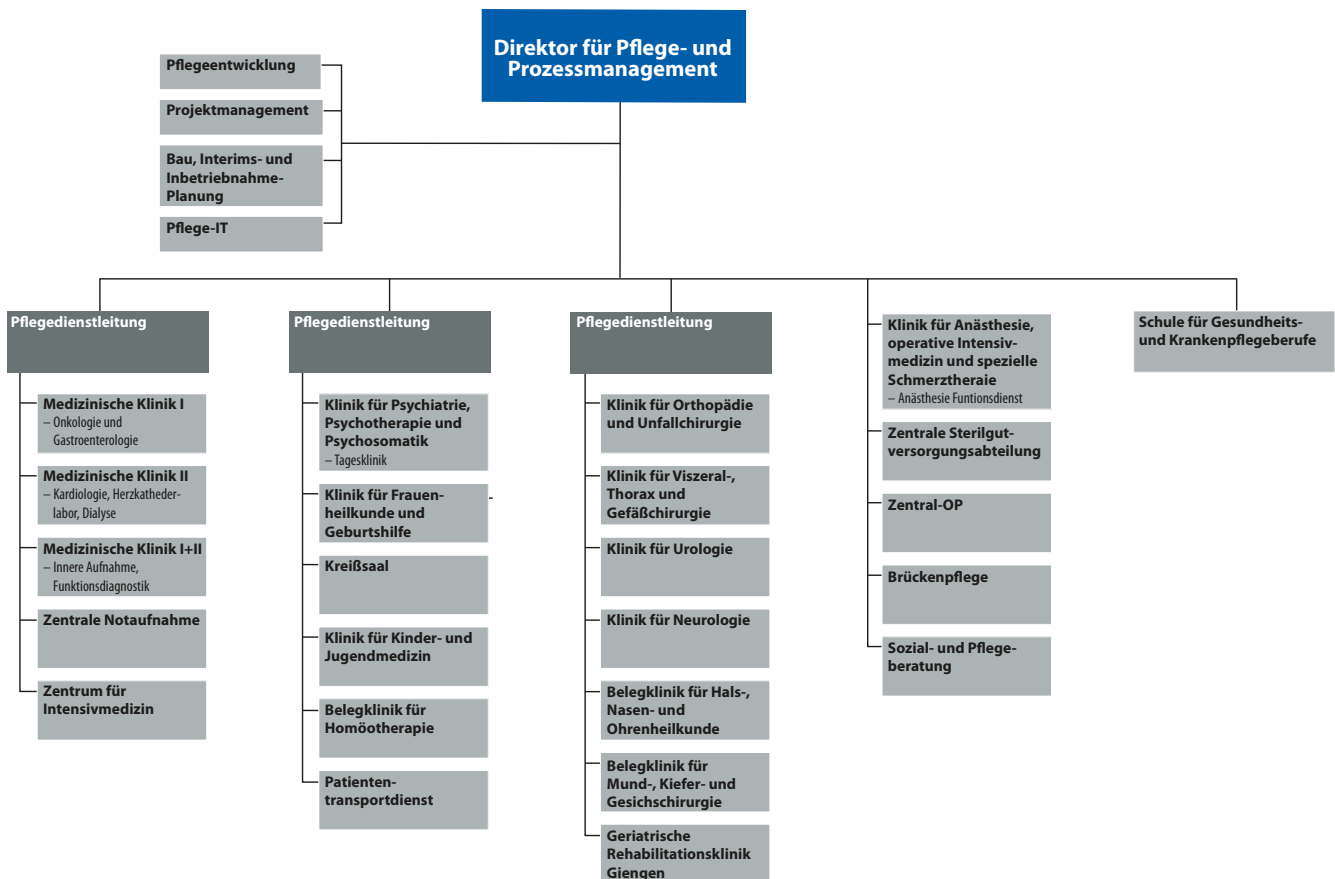
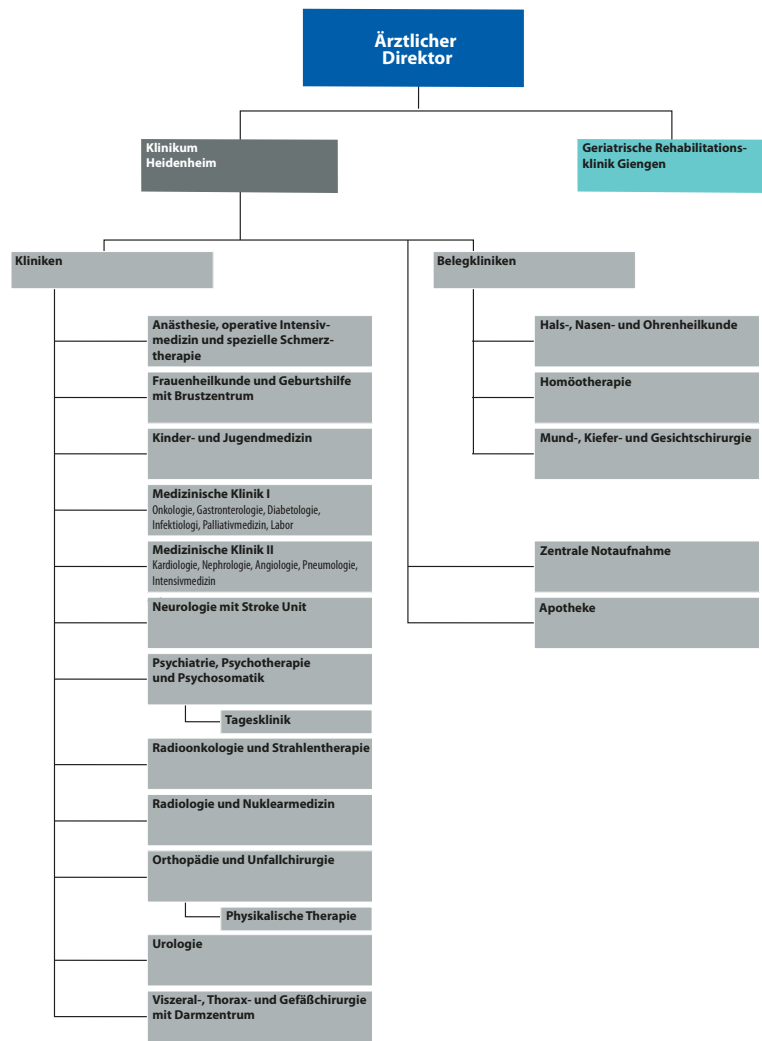
Die Funktion des Kaufmännischen Direktors wurde zum 1. Januar 2017 aufgrund der vorausgegangen Analyse der Führungsstruktur und Empfehlungen der durch den Aufsichtsrat beauftragten Unternehmensberatung Oberender & Partner etabliert. Vor dem Hintergrund der hohen Regulierungs- und Veränderungsdynamik im Krankensektor und dem Gesundheitswesen, der angespannten wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft, der demographischen Entwicklung im Landkreis und dem rasanten medizinischen Fortschritt sollte die Geschäftsführung durch die neue Führungsstruktur von operativen Fragestellungen entlastet und das strategische Management gestärkt werden.

Der Aufsichtsrat wählte am 23. November 2017 Robert Filter mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 zum neuen Kaufmännischen Direktor der Gesellschaft, erweiterte die Klinikumsleitung um diese neue Funktion und löste damit die Personalunion des Geschäftsführers und Krankenhausdirektors auf. Der Kaufmännische Direktor ist für die Bereiche Finanzen, Personalmanagement, Organisation, Informations- und Patientenmanagement, Infrastruktur- und Logistik operativ verantwortlich und unterstützt den Geschäftsführer gemeinsam mit dem Ärztlichen Direktor und dem Direktor für Pflege- und Prozessmanagement in übergreifenden operativen Themen und der Strategieentwicklung.



■ Management und Technik





Zertifikat

Prüfungsnorm: **ISO 9001:2015**
Zertifikat-Registrier-Nr.: **01 100 1400842**

Unternehmen: **Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen
Hirschstraße 1
89537 Giengen
Deutschland**

Geltungsbereich: **Stationäre ärztliche, therapeutische und pflegerische Geriatrische Rehabilitationsversorgung, Diagnostik und Behandlung sowie der Schichtarbeiten zu den zentralen Verwaltungs- und Versorgungs Einrichtungen**

Durch ein Audit wurde der Nachweis erbracht, dass die Forderungen der ISO 9001:2015 erfüllt sind.

Gültigkeit: **Dieses Zertifikat ist gültig vom 09.11.2017 bis 08.11.2020.**

18.10.2017

[Signature]
LGA InterCert GmbH
Frankfurt, 89011 Nürnberg

www.lga-intercert.com

ZERTIFIKAT

**Die
LGA InterCert GmbH**

bescheinigt die Einrichtung

**Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen
Hirschstr. 1, D - 89537 Giengen
IK Nr. 510 814 695**

die Erfüllung der Anforderungen gemäß dem
Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen
(Ausgabe 2016).

Angaben zu geriatrischen Aspekten:
Stationäre ärztliche, therapeutische und pflegerische Rehabilitationsversorgung

Dieses Qualitätsmanagement-Verfahren ist von der BAR anerkannt und erfüllt somit die Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

Gültigkeitsdauer vom 09.11.2017 bis 08.11.2020
Zertifikatsnummer: 01 561 1400842
Nürnberg, 18.10.2017

[Signature]

BUNDESVERBAND GERIATRIE LGA InterCert BAR

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Brustkrebszentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. DKGZert bescheinigt hiermit, dass das

Brustzentrum Heidenheim

im Klinikum Heidenheim
Schloßhastraße 100, 89522 Heidenheim an der Brenz
vertreten durch
Frau Dr. med. Carina Paschold

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft und durch die Deutsche Gesellschaft für Senologie festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Brustkrebszentren (FAB)“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Brustzentrum Heidenheim erhält daher die Auszeichnung

Brustkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V.

Erstzertifizierung: 12.09.2007
Rezertifizierung: 28.09.2016
Gültigkeitsdauer: 12.09.2020
Registrierenummer: FAB-Z170

[Signature] *[Signature]*
Prof. Dr. P. Albers Prof. Dr. R. Schulz-Wendland
Präsident Präsident
Deutsche Krebsgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Senologie

TraumaNetzwerk DGU® BESCHEINIGUNG

Die Zertifizierungsstelle CERT-Qualität bescheinigt, dass

**Klinikum Heidenheim
Schloßhastraße 100
89522 Heidenheim**

ist

Regionales Traumazentrum

die Erfüllung der Anforderungen der Bescheinigung für zertifizierte e.K. (CERT) zur Bescheinigung von Trauma-Notfall in Lage der Bescheinigung erfüllt.

Der Nachweis wurde erbracht, dass die Forderungen der

**EN ISO 13485:2012
EN ISO 13485:2012/AC:2012**

erfüllt sind. Das Qualitätsmanagementsystem unterliegt einer jährlichen Überwachung.

Dieses Zertifikat ist gültig bis: 2017-12-07
Zertifikat-Registrier-Nr.: SK 80123591 1001
Ein Audit wurde durchgeführt, Bericht-Nr.: 21219169 005
Dieses Zertifikat ist gültig bis: 2019-03-30

Zertifizierungsstelle

[Signature]
Dipl.-Ing. A. Fechner

TÜV Rheinland LGA Products GmbH - Tillystraße 2 - 80431 Nürnberg
Tel. +49 201 840-071 Fax +49 201 840-0500 www.cert-tuvs.com/trauma-centering

Zertifikat

Die Zertifizierungsstelle der TÜV Rheinland LGA Products GmbH

bescheinigt, dass die Organisation

**Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim
Deutschland**

für den Geltungsbereich:
Aufbereitung von Medizinprodukten
Beschreibung siehe Anlage

ein Qualitätsmanagementsystem für Medizinprodukte eingeführt hat und anwendet.

Der Nachweis wurde erbracht, dass die Forderungen der

**EN ISO 13485:2012
EN ISO 13485:2012/AC:2012**

erfüllt sind. Das Qualitätsmanagementsystem unterliegt einer jährlichen Überwachung.

Dieses Zertifikat ist gültig bis: 2017-12-07
Zertifikat-Registrier-Nr.: SK 80123591 1001
Ein Audit wurde durchgeführt, Bericht-Nr.: 21219169 005
Dieses Zertifikat ist gültig bis: 2019-03-30

Zertifizierungsstelle

[Signature]
Dipl.-Ing. A. Fechner

TÜV Rheinland LGA Products GmbH - Tillystraße 2 - 80431 Nürnberg
Tel. +49 201 840-071 Fax +49 201 840-0500 www.cert-tuvs.com/trauma-centering

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Darmkrebszentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

Darmzentrum Klinikum Heidenheim

Schloßhastraße 100, 89522 Heidenheim an der Brenz
vertreten durch
**Herrn PD Dr. med. Martin Grünewald
Herrn Prof. Dr. med. Andreas Imdahl**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Darmkrebszentren (FAD)“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Darmzentrum Klinikum Heidenheim erhält daher die Auszeichnung

Darmkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung: 21.10.2008
Rezertifizierung: 27.09.2017
Gültigkeitsdauer: 21.09.2021
Registrierenummer: FAD-2088

[Signature]
Prof. Dr. P. Albers
Präsident
Deutsche Krebsgesellschaft

Beste Ausbildungsapotheke Kategorie Krankenhaus 2017

Für die hervorragende Ausbildung von Pharmazeuten im Praktikum ernennt der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland BPhD e.V. die

Apotheke der Kliniken LK Heidenheim GmbH
Schlosshausstraße 100, 89522 Heidenheim

zur besten Ausbildungsapotheke 2017
in der Kategorie Krankenhaus

Stuttgert, den 04. Mai 2018

[Signature] *[Signature]*
Max Wilke Georg Henrich Esser
Präsident - Bekauftragte für Jungpharmazeuten -

ZERTIFIKAT

ESMO Designated Centres of Integrated Oncology and Palliative Care

**Kliniken Landkreis Heidenheim, Department of Medicine 1
Heidenheim, Germany**

has been re-accredited as an
**ESMO Designated Centre of Integrated Oncology and Palliative Care
for the period 2018 – 2020**

on the occasion of the

ESMO 2017 Congress

Madrid, Spain 8-12 September 2017

[Signature] *[Signature]*
Fortunato Ciardiello Florian Strasser
ESMO President Chair, ESMO Designated Centres Working Group

■ Januar

Udo Lavendel übernimmt Geschäftsleitung
Neu gestaltete Behandlungszimmer der Kinderklinik offiziell übergeben.
Neuer Notfallsimulationstrainingsraum in Betrieb genommen.
Klinikum reagiert auf Pseudomonas-Keime im Leitungssystem

■ Februar

Grippewelle trifft das Klinikum
Islamische Klinik-Seelsorger nehmen Arbeit auf
25 Beschäftigte für 25-jährige Dienstzugehörigkeit geehrt

■ März

Über 400 Zuhörer bei Vortrag über Hüftschmerzen von Chefarzt Professor Dr. Peter Helwig
Öffentlichkeitsoffensive des Darmkrebszentrums im Darmkrebsmonat März
Wahl von Professor Dr. Daniel Walcher zum neuen Chefarzt der Medizinischen Klinik II
Offizielle Vorstellung von Chirurgie-Chefarzt Professor Dr. Peter Helwig
Vier 40-jährige Dienstjubilare geehrt und 13 Beschäftigte in den Ruhestand verabschiedet
IV-Vertrag zwischen SBK und Belegklinik für Homöotherapie

■ April

Symposium »Zukunft der Pädiatrie im ländlichen Raum«
Tag des Ehrenamtes mit Feier für Ehrenamtliche
Zum vierten Mal wird Klinikapotheke als beste Ausbildungsapotheke ausgezeichnet
Rezertifizierung der ZSVA

■ Mai

Aorten-Screeningtag des Gefäßzentrums im Klinikum zieht viele Besucher an
Großes Interesse an »Zurück ins Leben-Veranstaltung« der Intensivmediziner aus dem Klinikum
Gelungene Werbung für Praktisches Jahr im Klinikum bei PJ-Börse in Ulm
Klinikum Heidenheim meldet STAUfrei-Projekt für Innovationsfonds des Bundes an
Klinikum beteiligt sich an nationaler Kampagne »Aktion saubere Hände«

■ Juni

Sommerfest der Psychiatrie
Potentialanalyse in der Klinikküche abgeschlossen

■ Juli

Information über Sanierungskonzept »Fit für 2020« bei Klinik-Update
Einweihung des muslimischen Gebetsraums
Offizielle Begrüßung von Geschäftsführer Udo Lavendel
Neues Angebot: Kostenfreies Internet innerhalb des Klinikums
»Herzessache Lebenszeit« - Aktionstag der Stroke Unit auf dem Eugen-Jaekle-Platz
Mitarbeiterfest 2017 - eine rundum gelungene Veranstaltung

■ August

Neue Gynäkologie-Ambulanz geht offiziell in Betrieb
Neue OP-Checkliste geht in Erprobungsphase

■ September

Neubauprogramm »2. Bauabschnitt« startet mit Abriss des alten Erweiterungsbaus
Examensabschluss für 14 Oberkursschüler/innen
Rezertifizierung Darmkrebszentrum und Geriatrische Rehaklinik Giengen

■ Oktober

Kreistag diskutiert über Solidaritätsbeitrag für das Klinikum
Riesiges Interesse an Schlaganfall-Informationstag in den Schloss Arkaden
Rezertifizierung des Traumazentrums
Ausbildungsstart für 28 Unterkursschüler/innen
Feierstunde zum offiziellen Chefarztwechsel in der Medizinischen Klinik II

■ November

Neue ESWL-Anlage in Urologie geht in Betrieb
Über 200 Zuhörer bei Vortrag »Das schwache Herz - was können wir tun?«
Kreistag debattiert über finanzielle Hilfen für die Klinikgesellschaft in Höhe von 27,5 Mio. Euro bis 2021
Wahl von Dr. Robert Hefty zum zukünftigen Urologie-Chefarzt

■ Dezember

Aufsichtsrat diskutiert über Sanierungskonzept »Fit für 2020«
Kreistag fasst Grundsatzbeschluss über jährliche Instandhaltungszuschüsse von 2018 bis 2021 sowie einen zweistelligen Millionenbetrag als Investitionszuschuss für 2. Bauabschnitt.



Modell des Hauses K, das zwischen den bestehenden Gebäuden Funktionsbau (links) und Haus C (rechts) in die Höhe wachsen wird.

Am Montag, 18. September 2017 erfolgte der Start für den 2. Bauabschnitt der Klinikmodernisierung auf dem Heidenheimer Schlossberg.

Zwischen dem alten Funktionsbau und Haus C wird ein achtgeschossiger Baukörper – das Haus K – entstehen.

Start mit Abriss des 30 Jahre alten Erweiterungsbaus

Den Start bildeten inzwischen abgeschlossene Abbrucharbeiten am Erweiterungsbau. Das Abbruchunternehmen, die Firma Max Wild GmbH, Berkheim hat sich gewaltig ins Zeug gelegt. Nach rund fünfmonatigen Abbrucharbeiten konnten Anfang 2018 die Bauarbeiten für den achtgeschossigen Baukörper beginnen.



Zeugen des ersten Baggerbisses v. l.: Andreas Faig (Gebäudemanagement), Landrat Thomas Reinhardt, Dr. Jan-Peter Schenkengel, Klaus M. Rettenberger, Udo Lavendel sowie Jochen Walter, Rainer Hartwig und Bernhard Müller (Fa. Wild).



Der erste Baggerbiss am Erweiterungsbau erfolgte Mitte September 2017.



Mitte Oktober 2017 war der Erweiterungsbau zu mehr als der Hälfte abgerissen.



Ende Oktober 2017 standen nur noch wenige Fragmente des einst vierstöckigen Erweiterungsbaus mit Teilunterkellerung.



Ende November 2017 waren noch die Kellerwände zu sehen, ebenso war die alte Cafeteria verschwunden und am Funktionsbau wurden große Betonfassadenelemente entfernt



Die Abbrucharbeiten konnten in den ersten beiden Monaten des Jahres 2018 abgeschlossen werden.



Im März 2018 sind die Arbeiten für die Gründung mit der Einmessung des Schnurgerüsts angelaufen.



Im April 2018 legen die Fundamentierungsarbeiten an Geschwindigkeit zu.

Hauptkliniken / Institute	Chefärzte	Betten	Sekretariate 07321 33-
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie	Professor Dr. Alexander Brinkmann		2212
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Carina Paschold	32	95507
Medizinische Klinik I – Gastroenterologie, Onkologie	Privatdozent Dr. Martin Grünewald	85	2665
Medizinische Klinik II – davon teilstationärer Dialyse	Professor Dr. Daniel Walcher	73 17 Plätze	2861/2862
Kinder- und Jugendmedizin	Dr. Andreas Schneider	24	2270
Neurologie	Dr. Karl-Heinz Huber-Hartmann	37	2102
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – davon Tagesklinik	Dr. Martin Zinkler	93 14 Plätze	2452/2483
Radiologie und Nuklearmedizin	Dr. Jan-Peter Schenkengel	-	2309
Radioonkologie und Strahlentherapie	Dr. Voica Ghilescu	-	2671
Orthopädie und Unfallchirurgie	Professor Dr. Peter Helwig	56	2182/2180
Urologie	Dr. Ulrich Wenderoth	19	2342
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Professor Dr. Andreas Imdahl	52	2172/2170
Zentrum für Intensivmedizin	Professor Dr. Alexander Brinkmann Professor Dr. Daniel Walcher	23	91300
Zentrale Notaufnahme	Norbert Pfeufer	8	91120
Belegkliniken	Belegärzte	Betten	Station 07321 33-
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Alexander Specht, Irina Roon, Dr. Thomas Reißnecker, Dr. Steffan Wenig	4	(St. B7) 93 700
Homöotherapie	Dr. Andreas Laubersheimer	18	(St. C2h) 91 202
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Dr. Thomas Fröschl, Dr. Stefan Steckeler	1	(St. B1) 93 100
Summe Klinikum Heidenheim		568	
Rehaklinik	Chefarzt	Betten	Sekretariat 07322 954-
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	Martin Nicklaus	30	201

Impressum

Herausgeber

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Schloßhastraße 100
89522 Heidenheim

Redaktion

Günther Berger, Thomas Schönemeier

Fotos

Klinikum Heidenheim, Konrad Datismann (Luftbilder), Adobe Stock

Layout, Bildbearbeitung

Werner Heinle

Druck

Druckerei Stampf
Offset- und Digitaldruck, Gerstetten

